

Postoj uživatelů nealkoholových návykových látek k želatinovým kapslím

Bc. Zuzana Guryčová

Diplomová práce
2010



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2009/2010

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Zuzana GURYČOVÁ**
Studijní program: **N 7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Postoj uživatelů nealkoholových návykových látek
k želatinovým kapslím**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti nealkoholových návykových látek a jejich aplikace.
Příprava metodiky výzkumné části.
Realizace kvalitativního výzkumu.
Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

HENDL, J. Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace. Praha:Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-485-4.

KALINA, K. A KOL. Drogy a drogové závislosti. 1. a 2.díl. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, K. A KOL. Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí. Praha: Filia Nova, 2001. ISBN 80-238-8014-4.

MRAVČÍK, V. A KOL. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2008. Praha: Úřad vlády České republiky, 2009. ISBN 978-80-87041-99-4.

ZÁBRANSKÝ, T. Drogová epidemiologie. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. ISBN 80-244-0709-4.

Vedoucí diplomové práce:

Mgr. Michal Pernička

Ústav pedagogických věd

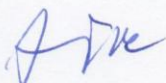
Datum zadání diplomové práce:

12. ledna 2010

Termín odevzdání diplomové práce:

30. dubna 2010

Ve Zlíně dne 12. ledna 2010



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan



Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.
vedoucí katedry

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE


Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné;
- na diplomové práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 28.4.2010



.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bc. Zuzana Guryčová: Postoj uživatelů nealkoholových návykových látek k želatinovým kapslím

Diplomová práce

Fakulta humanitních studií, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Tématem práce je postoj uživatelů nealkoholových drog k želatinovým kapslím, coby způsobu aplikace. Konkrétně se práce zaměřuje na zkušenosti uživatelů metamfetaminu s tímto druhem užívání návykových látek. Cílem práce je zmapovat tento relativně nový fenomén aplikace drog především z pohledu uživatelů drog. Výzkum je první svého druhu v České republice. Staví na průzkumech Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti. V rámci výzkumu jsou použity kvalitativní metody. Výzkumný vzorek byl vybrán záměrně z řad klientů Kontaktního centra Charáč v Uherském Hradišti. Hlavní metodou sběru dat byly polostrukturované rozhovory s šesti respondenty. Interview byla analyzována pomocí interpretativní fenomenologické analýzy (Interpretative Phenomenological Analysis – IPA). Shrnutí výzkumu podává odpovědi na výzkumné otázky a mimo to přináší potřebné informace pro praxi v oboru nízkoprahových služeb pro uživatele nealkoholových návykových látek.

Klíčová slova: aplikace drog, Harm reduction, želatinová kapsle

ABSTRACT

Bc. Zuzana Guryčová: The attitude of non-alcoholic addictive substance users toward gelatine capsules.

Master Thesis

Faculty of Human Studies, Tomáš Baťa University, Zlín

The subject of the thesis is the attitude of non-alcoholic drug users toward gelatine capsules as application method. More specifically, the thesis focuses on the experience of metamphetamine users with this way of addictive substance use. The goal of the thesis is to describe this relatively new application phenomenon particularly from the drug user's viewpoint. This is the first investigation of this kind in the Czech Republic. It is based on

the inquiry of the National Monitoring Center for drugs and drug addiction. The project uses qualitative methods. The test sample was chosen intentionally among the clients of the Drop In Center Charáč in Uherské Hradiště. The principal data mining method consisted in semi-structures interviews with six respondents. The interviews were analyzed by means of the Interpretative Phenomenological Analysis – IPA. The conclusions of this investigation offers answers to the questions of the project and, in addition, brings the necessary information for the daily practice in the domain of low threshold services for non-alcoholic addictive substances.

Keywords: application drug, Harm reduction, gelatine capsule

Děkuji Mgr. Michalu Perničkovi za odborné vedení mé práce, podnětné komentáře a ochotu při konzultacích.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1 ZPŮSOBY APLIKACE NEALKOHOLOVÝCH NÁVYKOVÝCH LÁTEK.....	12
2 RIZIKA SPOJENÁ S JEDNOTLIVÝMI ZPŮSOBY APLIKACE NEALKOHOLOVÝCH NÁVYKOVÝCH LÁTEK.....	18
3 PŘÍSTUP HARM REDUCTION V PROBLEMATICE UŽÍVÁNÍ DROG.....	24
4 ŽELATINOVÁ KAPSLE - PRVEK HARM REDUCTION.....	33
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	38
5 CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	39
6 METODIKA VÝZKUMU.....	40
7 SHRnutí.....	49
7.1 POZICE APLIKACE ŽELATINOVOU KAPSLÍ MEZI OSTATNÍMI DRUHY UŽÍVÁNÍ METAMFETAMINU.....	49
7.2 OKOLNOSTI OVLIVŇUJÍCÍ UŽÍVÁNÍ METAMFETAMINU ŽELATINOVOU KAPSLÍ.....	57
7.2.1 Pozitivní okolnosti.....	57
7.2.2 Negativní okolnosti.....	65
ZÁVĚR.....	71
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	72
SEZNAM PŘÍLOH.....	76

ÚVOD

Jako kontaktní a terénní pracovnice kontaktního centra pro uživatele návykových látek pracuji především s klienty aplikujícími si drogy intravenózně. Jelikož je toto zařízení postaveno na principu Harm reduction, apeluji na klienty, aby užívali drogy bezpečněji a minimalizovali tak rizika spojená s konzumací návykových látek.

Naše zařízení (Kontaktní centrum Charáč v Uherském Hradišti) distribuuje želatinové kapsle od roku 2007. Jde v podstatě o formu perorální aplikace. Jedinec vloží dávku drogy do kapsle, uzavře ji a spolkne. V žaludku se díky přirozeně kyselému prostředí želatinový obal rozleptá a dávka se vstřebá přes žaludeční stěnu do krevního oběhu. Jde o jednu z nejbezpečnějších forem aplikace drog.

Práce staví na výsledcích průzkumu Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti provedeného v roce 2008 mezi nízkoprahovými centry pro uživatele drog. S cílem zjistit, kolik zařízení distribuuje želatinové kapsle. (Mravčík et al., 2008). Dále se tento výzkum opírá o informace z ohniskové skupiny, které se zúčastnili zástupci zařízení, které poskytují želatinové kapsle svým klientům. (Mravčík et al., 2009)

Vzhledem k tomu, že zmiňovaná forma aplikace drog nebyla doposud podle mého názoru dostatečně prozkoumána, snaží se tento výzkum zodpovědět otázky týkající se přímo praxe. Tedy konkrétně zjišťuje, jak se samotní uživatelé staví k želatinovým kapslím. V čem vidí jejich výhody či nevýhody. Co je vede k tomu užívat drogy želatinovou kapslí.

Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická oblast se skládá ze čtyř kapitol. První dvě kapitoly uvádějí čtenáře do problematiky jednotlivých způsobů aplikace drog a z nich plynoucích rizik pro uživatele. Třetí kapitola definuje přístup Harm reduction, který se snaží efektivně pracovat právě na snižování rizik spojených s užíváním drog. V poslední kapitole teoretické části se zabývám relativně novým způsobem snižování již zmíněných rizik. Praktická část je složena ze tří kapitol, které představují výzkum na zvolené téma práce. Popisují zde cíl práce, výzkumné otázky, metodiku výzkumu a v poslední kapitole shrnuji celý výzkum a interpretuji získaná data.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ZPŮSOBY APLIKACE NEALKOHOLOVÝCH NÁVYKOVÝCH LÁTEK

Návykové látky lze do lidského organismu vpravit několika způsoby. Jednotlivé druhy aplikací pak ovlivňují působení drogy v lidském těle a zároveň určují míru ohrožení pro organismus. Způsob aplikace drogy determinuje mimo jiné rychlost a intenzitu účinku láky, míru intoxikace či náchylnost ke vzniku závislosti u jedince. (Kalina, K. et al, 2001)

V rámci mé práce se zaměřuji především na perorální aplikaci, tedy užití drogy v želatinové kapsli. Pro získání celkového pohledu je však nezbytné popsat i ostatní druhy aplikace drog. Pro dokreslení problematiky jsou u jednotlivých typů užití řazeny nealkoholové návykové látky, jež se daným způsobem nejčastěji aplikují do lidského organismu.

Orální aplikace

Jedná se o aplikaci látky do dutiny ústní. Zde dochází k jejímu vstřebání přes sliznici do žilního systému a následnému transportu do mozku. Vzhledem k tomu, že se látka podaná orálně, nedostane při transportu do jater, může její účinek nastoupit rychle, během několika minut. K rychlosti nástupu účinku přispívá i dostatečná prokrvenost dutiny ústní. (http://www.biotox.cz/toxikon/toxikologie/j_aplikace.php)

Nejčastěji užívanou drogou pomocí orální aplikace je LSD (diethylamid kyseliny lysergové). Jedná se o látku patřící do skupiny syntetických halucinogenů. Užívá se ve formě papírků nebo-li tripů napuštěných touto látkou. Papírek se vkládá do dutiny ústní pod nebo nad jazyk, kde dochází k jeho rozpuštění a vstřebání LSD do krevního oběhu. (Miovský In Kalina, K. et al, 2003)

Perorální aplikace

Látka je aplikována do gastrointestinálního traktu dutinou ústní. Po polknutí se látka dostává do žaludku. Zde dochází vlivem kyselého prostředí k perforaci obalu, v němž je látka transportována. V případě tablet dochází k jejich rozpuštění. Následně je látka

vstřebána přes žaludeční sliznici do žilního systému. Doba od polknutí po nástup účinku je relativně dlouhá (15-60 minut). Rychlost a intenzitu účinku ovlivňuje obsah žaludku. Z prázdného žaludku se látka vstřebává rychleji, než ze zaplněného. (Kamrla, R. 2009, ústní sdělení)

Tímto způsobem se nejčastěji aplikují tablety s obsahem účinné látky. Sem můžeme zařadit mimo jiné buprenorfin (nebo-li Subutex) v rámci detoxifikační či substituční léčby. Jedná se o derivát alkaloidu opia - thebainu. Dále se perorálně aplikují benzodiazepiny. Což jsou psychofarmaka sloužící k potlačení úzkostných stavů nebo léčbě poruch spánku. Mezi benzodiazepiny řadíme například sedativa, hypnotika, anxiolytika nebo antiepileptika. V neposlední řadě je perorálně užívaná extáze (MDMA). Jde o drogu spadající jak do stimulancií, tak i halucinogenů. Kromě tablet se perorálně aplikuje metamfetamin (v České republice je znám pod názvem pervitin). Ten patří do skupiny stimulancií, tedy budivých látek. Metamfetamin je užíván v „papírové formě“. Což znamená, že je droga zabalena do papírového ubrousku nebo toaletního papíru a spolknuta. Někteří uživatelé pervitinu dávají přednost aplikaci této látky pomocí želatinové kapsle. (Manuál Kontaktního centra Charáč, 2010)

Nasální aplikace

Jde o absorpci drogy skrz nosní sliznici. Tento způsob aplikace je znám také jako sniffing nebo šňupání. Uživatel vdechne drogu v sypkém složení nosem a zde se látka vstřebá přes nosní sliznici do krevního oběhu. (Kalina, K et al, 2001)

K nasální aplikaci slouží úzké trubičky. Jedná se například o papírové bankovky stočené do válce nebo skleněné trubičky. Těmito pomůckami je droga vdechnuta a transportována k nosní sliznici. (přednáška Mgr. Jindřicha Vobořila, PgDipl.)

Pomocí nasální aplikace se nejčastěji užívá metamfetamin a kokain. Obě látky patří do skupiny stimulačních drog. Kokain navíc působí jako lokální anestetikum. Je získáván z listů rostliny *Erythoxylum coca*. Mimo to, že je aplikován uživateli návykových látek, slouží navíc k výrobě jiné drogy - cracku. (přednáška Jiřího Valnohy, MA, DiS.)

Inhalace

Tento způsob užívání drog je blízký nasální aplikaci. V rámci inhalace jsou jedincem vdechovány plynné látky nebo výpary z těkavých kapalin. Účinná látka se dostává po vdechnutí do plicních sklípků, kde je vstřebána do krevního oběhu a transportována do mozku. Nástup účinku takto aplikované látky je rychlý, neboť se účinná substance dostává do krve za velmi krátkou dobu. Následně na to pak okysličená krev z plic transportuje látku přímo do mozku.
(http://www.biotox.cz/toxikon/toxikologie/j_aplikace.php)

Nejčastěji jsou formou inhalace aplikovány:

- těkavé látky (toluen, aceton)
- paliva (butan, benzín, propan)
- aerosoly/plyny (helium)
- anestetika (oxid dusný nebo li rajský plyn, chloroform, éter)
- nitrity (poppers)

(http://www.erowid.org/chemicals/inhalants/inhalants_info3.shtml)

Vdechováním kouře z rozpouštění látky v pevném skupenství se nejčastěji aplikují:

- cannabiniody (marihuana, hašiš)
- opiáty (opium, heroin)
- crack
- tabák

Látky v plynném skupenství jsou nejčastěji užívány čicháním z igelitových sáčků, textilní látky napuštěné touto tekutinou, láhve či plechovky s kapalinou. V případě rajského plynu uživatelé inhalují plyn přímo z bombiček nebo gumových balónků naplněných účinnou látkou. Drogy inhalované kouřem jsou užívány ve formě cigaret (marihuana, tabák). K aplikaci může sloužit i dýmka nebo skleněná trubička (opium, hašiš, crack, heroin, marihuana). (přednáška Ing. Radovana Voříška)

Rektální aplikace

Způsob užití, při němž se látka zavádí do konečníku pomocí želatinové kapsle. Po vpravení želatinové kapsle dochází k její perforaci a obsah je vstřebán přes sliznici konečníku do žilního systému směřujícího do dolní duté žíly. Díky tomu, se látka nedostane do jater a proto může být její účinek intenzivnější a rychlejší než u perorální aplikace želatinovou kapslí. Pomocí želatinové kapsle se drogy aplikují minimálně. V lékařství jsou podávány rektálně některé opioidy, sloužící jako anestetikum. Mimo lékařství je rektálně užíván v želatinové kapsli metamfetamin. Tento způsob aplikace látky je užívateli drog využíván pouze v ojedinělých případech. (Kamrla, R. 2009, ústní sdělení)

Injekční aplikace

Jde o způsob aplikace látky pomocí injekčního setu. Takto může být droga injektována do různých míst na těle jedince. Jednotlivé způsoby injekční aplikace se od sebe liší a mají svá specifická rizika v rámci samotné aplikace. Z tohoto důvodu jsem následující část práce rozdělila do podbodů – intravenózní, intramuskulární a subcutánní aplikace.

Intravenózní aplikace

Jedná se o injekční aplikaci do žilního systému kdekoli na těle. Účinek takto aplikované látky je velmi intenzivní a nastupuje během několika málo sekund. Nejčastěji si uživatelé drog injektují látku do oblasti loketní jamky. Avšak častá intravenózní aplikace poškozuje žilní systém. Z toho důvodu mohou uživatelé návykových látek v pozdějším období své drogové kariéry injektovat do jiných, více rizikových míst žilního systému. Jedná se především o žíly v oblasti hřbetu a mezi prsty ruky a nártu, třísel, krku či podpaží. Někteří uživatelé drog si intravenózně aplikují již v počátku drogové kariéry do méně viditelných míst (oblast nártu, podpaží), z důvodu utajení užívání drog. (Kalina, K. et al, 2001)

K intravenózní aplikaci se používají injekční sety s tenkou a krátkou jehlou (rozměry 0,3 mm × 12 mm). Čím užší jehla je k aplikaci použita, tím méně se poškozuje žilní systém. V rámci výměnných injekčních programů (viz. kapitola Přístup Harm

reduction v problematice užívání drog) jsou intravenózním uživatelům distribuovány mimo jiné i pomůcky sloužící k „bezpečnější“ injekční aplikaci. Mezi tyto základní pomůcky patří:

- sterilní filtr: sloužící k přefiltrování drogy v bez nečistot do injekčního setu
- dezinfekční tampón: sloužící k vydezinfikování kůže v místě vpichu
- sterilní voda k injekčnímu užití: sloužící k rozpuštění dávky drogy.

Všechny výše zmíněné pomůcky mají za cíl minimalizovat poškození žilního systému a zamezit vzniku onemocnění plynoucích z intravenózní aplikace. (Manuál Kontaktního centra Charáč, 2010)

Mezi nejčastěji intravenózně užívané drogy v České republice patří heroin (diacetylmorfin) a metamfetamin. V posledních letech je v České republice rozšířená i intravenózní aplikace tablet k perorálnímu užití. Konkrétně se jedná o buprenorfin (Subutex). (Mravčík, V. a kol., 2009)

Intramuskulární aplikace

Je injekční aplikace látky do svalové tkáně. Injekčními uživateli drog je pro místo vpichu volena oblast čtyřhlavého stehenního svalu. Ojedinele je také pro aplikaci využívána oblast deltového svalu. K intramuskulární aplikaci se používají odlišné jehly než u intravenózní aplikace. Jehla je delší z důvodu snadnějšího proniknutí do svalové tkáně. Pokud uživatel drog použije jehlu pro intravenózní užití, hrozí riziko zlomení jehly nebo vzniku zánětu v místě vpichu. Odlišná je taky technika aplikace drogy. Při intravenózním užití se jehla vpichuje do žíly pod úhlem 45°. U intramuskulárního užití se jehla aplikuje do svalové tkáně pod úhlem 90°. Tento typ aplikace volí intravenózní uživatelé v případě destrukce žilního systému. (brožura Jaké nádobíčko? Průvodce bezpečným braním, 2005)

Intramuskulárním způsobem jsou v České republice užívané stejné drogy jako u intravenózní aplikace – heroin, metamfetamin, buprenorfin. (Větrovec, M., 2003, Harm reduction konference)

Subcutální aplikace

Jde o aplikaci látky mezi kůží a tukové vrstvy. Pod kůží se podaná látka vstřebává do žilního systému. Vhodná místa pro subcutální aplikaci jsou předloktí, stehna břicho. Při tomto způsobu užití se používají stejné jehly jako u intravenózní aplikace. Technika subcutální aplikace se liší od dvou předchozích druhů injekčního užití. Kůže se před aplikací musí povytáhnout mezi dvěma prsty vzhůru a pak je do ní vpíchnuta jehla. Injekční jehla se do kůže vpichuje pod malým úhlem - 45°. Do kůže se vpichuje na jedno místo maximálně 0,5 ml látky, aby se tekutina mohla dobře vstřebat. Pokud si uživatel vpichuje větší dávku drogy, musí ji aplikovat do více míst. Subcutální aplikace je uživateli drog používána v malém měřítku. Ve většině případů si tímto způsobem aplikují drogy ti, jež mají žilní systém v destruktivním stavu z důvodu pravidelné a dlouhodobé intravenózní aplikace. (Manuál Kontaktního centra Charáč, 2010)

Česká republika patří podle Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA) (In Výroční zpráva za rok 2009: Stav drogové problematiky v Evropě, 2009) mezi země se stabilním počtem injekčních uživatelů drog. Průzkumy však zjistili, že až 40% ze všech injekčních uživatelů u nás tvoří jedinci mladší 25 let. Což je ve srovnání se západní Evropou nadprůměrný údaj.

Podle Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti (In Situace ve věcech drog v České republice v roce 2008, 2009) byl v roce 2008 odhadnut počet všech injekčních uživatelů drog v naší zemi na 31,2 tisíce. V celkovém počtu jsou nejvíce zastoupeni uživatelé metamfetaminu.

2 RIZIKA SPOJENÁ S JEDNOTLIVÝMI ZPŮSOBY APLIKACE NEALKOHOLOVÝCH NÁVYKOVÝCH LÁTEK

Tato část práce se zabývá riziky, jež mohou jednotlivé druhy aplikace drog způsobovat. Navazují tak na předchozí kapitulu, která charakterizovala tyto druhy užití nealkoholových návykových látek. Vzhledem k tomu, že se práce zaměřuje na aplikaci drog, nezmiňují zde rizika, jež jsou charakteristická pro jednotlivé typy návykových látek (např. vznik toxické psychózy nebo psychotických reminiscencí). V úvodu této části popisují největší riziko užívání drog, které je společné pro všechny typy návykových látek – akutní intoxikaci (předávkování). Ostatní rizika jsou řazena podle typu aplikace drogy.

Akutní intoxikace nebo-li předávkování je náhle vzniklý stav (onemocnění), způsobený užitím látky ve větším množství, než je jedincův organismus schopen akceptovat. Předávkování může být, jak úmyslné tak i neúmyslné. Akutní intoxikace může vést i k úmrtí postiženého jedince. Příznaky akutní intoxikace se liší v závislosti na typu užití látky. Na závažnosti předávkování se podílejí nepřímo i faktory jako bezvědomí, podchlazení, šok, multiorgánové selhání či vyčerpání organismu. (Pelcová D. et al., 2009)

Rizika orální aplikace

Orální aplikace je jedním z nejbezpečnějších způsobů užívání drog. Avšak stejně jako u ostatních druhů aplikace návykové látky, hrozí i zde riziko předávkování. Je však daleko menší než například u intravenózní aplikace. Rizikem pro nezkušené uživatele drog, může být rychlý nástup účinku, díky tomu, že se látka nedostává do jater. (http://www.biotox.cz/toxikon/toxikologie/j_aplikace.php#oral)

Rizika perorální aplikace

Při perorální aplikaci je nejvíce ohrožen jícen, jehož sliznice není chráněna kyselinou chlorovodíkovou, například oproti žaludku. Může tak dojít k jeho poleptání užitou látkou. Největší riziko tak v tomto případě představuje metamfetamin zabalený

v „papírové“ formě. Tím, že dojde k porušení obalu v průběhu transportu látky do žaludku, může dojít k poškození jícnu. Dalším rizikem perorální aplikace je vznik erozivní gastritidy. Jedná se o povrchový zánět žaludeční sliznice. Příčinou je dlouhodobé nadužívání látek škodlivých pro organismus a genetické predispozice k tomuto onemocnění. (Kamrla, R. 2009, ústní sdělení)

V rámci perorální aplikace může dojít také k nakažení hepatitidou typu A (VHA). Jedná se o infekční onemocnění jater v důsledku nakažení hepatotropními viry. K hlavním příznakům onemocnění patří nechutenství, zvracení, tmavá moč, světlejší stolice nebo žloutnutí bělma a kůže. Jedinec se může nakazit hepatitidou A nedodržením osobní hygieny. Toto onemocnění postihuje nejrizikovější skupiny, mezi něž patří i uživatelé drog. (přednáška MUDr. Miroslavy Zavřelové)

Rizika rektální aplikace

U tohoto způsobu aplikace hrozí podobná rizika jako u orálního užití drogy. Díky tomu, že účinná látka obejde při transportu z rekta játra, urychluje nástup účinku. To může ohrozit zejména uživatele drog, jež nemají s tímto způsobem aplikace zkušenosti. Pokud trpí uživatel hemeroidy, hrozí navíc při neodborné aplikaci, zanesení infekce do postiženého místa. (Kamrla, R. 2009, ústní sdělení)

Rizika inhalace

Inhalovány mohou být nejrizikovější látky. To sebou přináší i odlišná rizika. Proto je tato část práce rozdělena na dva druhy aplikace a s nimi související rizika.

Drogy je možno inhalovat:

- jako kouř, vzniklí spalováním pevné látky (heroin, crack, tabák, metamfetamin)
- jako výpary z kapalných látek či plynné látky

V prvním případě jde o méně rizikovou aplikaci z hlediska možného předávkování. Častým kouřením se však jedinec vystavuje riziku vzniku nádorových a infekčních onemocnění dýchacího systému. Pravidelné kouření se podílí či přímo zapříčiňuje vznik:

- aterosklerózy (=kornatění tepen), která může véde k srdečnímu infarktu nebo cévní mozkové příhodě
- zhoubných nádorů na plicích, slinivce břišní, děložním čípku nebo v dutině ústní
- neplodnosti
- žaludečních vředů. (Králíková In Kalina, K. et al, 2003)

V druhém případě inhalace, hrozí uživateli poleptání plicních sklípků nebo kůže v okolí úst a nosu. Při nesprávném odhadnutí velikosti dávky drogy se jedinec vystavuje vysokému riziku předávkování s následkem smrti. Pravidelnou inhalací dochází k poškození centrální nervové soustavy v oblasti mozečku. Postižený uživatel má narušeny kognitivní funkce. (HAMPL In Kalina, K. et al, 2003)

Rizika nasální aplikace

Nasální aplikace patří mezi méně rizikové způsoby užití drog. Nejčastěji bývá v důsledku nasálního užívání poškozena nosní sliznice a přepážka. V počátcích nasálního užívání se objevují výtoky z nosu. Pokud jedinec i přes výtoky z dutiny nosní neomezí tento způsob užití drog mohou se objevovat krvácivá poranění sliznice. Některé druhy látek způsobují anemizaci (=odkrvení) nosní sliznice. Dlouhodobou nasální aplikací dochází k destrukci nosní přepážky a ztrátě čichu. (přednáška Jiřího Valnohy, MA, DiS.)

Největším rizikem nasální aplikace je možnost nakažení se infekčním onemocněním, jako je hepatitida B, C nebo AIDS (viz. Rizika injekční aplikace). K nasální aplikaci se nejčastěji používají trubičky z bankovek či skla. Pokud má tedy jedinec rozrušenou nosní sliznici a použije k aplikaci trubičku již infekčního jedince vystavuje se riziku nakažení stejnou nemocí. (brožura Onemocnění virem hepatitidy C: informace pro pacienty, 2006)

Rizika injekční aplikace

Injekční aplikace je nejnebezpečnějším způsobem užití drogy z hlediska množství rizik, jež sebou přináší. Ze všech druhů injekční aplikace je nejrizikovější intravenózní. Mezi největší rizika tohoto způsobu užití látky patří nákaza hepatitidou B,C a virem HIV.

Hepatitida typu B (VHB)

Jedná se o infekční a zánětlivé onemocnění jater přenášené krví, nechráněným pohlavním stykem a z infikované matky na dítě při porodu. Jedinec se může nakazit sdílením injekčních setů či trubiček k nasální aplikaci, použitím nesterilních pomůcek k přípravě dávky drogy, nechráněným sexuálním stykem, tetováním, piercingem či sdílením hygienických pomůcek (zubního kartáčku, žiletky). Příznaky onemocnění se nemusejí projevit. Mezi nejčastější příznaky patří bolest břicha, ztráta chuti k jídlu, horečka, nevolnost, tmavá moč, světlá stolice, bolest hlavy a svalů, bledá pokožka. Inkubační doba tohoto typu onemocnění je 1-6 měsíců. Pokud postižený nevyhledá lékařskou pomoc, stává se onemocnění chronickým. V pozdějším stádiu dochází k cirhóze jater a jejich celkovému selhání s následkem smrti. Proti hepatitidě typu B se lze očkovat.

Hepatitida typu C (VHC)

Je přenosná stejnými způsoby jako VHB. Liší se od ní pouze projevem příznaků. U nakaženého hepatitidou typu C většinou chybí akutní průběh nemoci s klinickými příznaky. Infekční onemocnění je spíše diagnostikováno až po přechodu do chronicity. U chronicky nemocných dochází k cirhóze jater a vzrůstá tak riziko rakoviny tohoto orgánu. Proti VHC se nelze očkovat.

Infekce HIV/onemocnění AIDS

HIV je virus způsobující onemocnění AIDS. Jedná se o infekční chorobu napadající imunitní systém jedince. Virus HIV se přenáší stejnými způsoby jako hepatitida B, C. Možný je i přenos viru z matky na dítě při porodu či kojení. (Manuál Kontaktního centra Charáč, 2010)

Podle Minaříka a Hobstové (In Kalina et al, 2003, s. 230) je: „...inkubační doba 3 týdny do vzniku tzv. primoinfekce. Ta se asi u poloviny nemocných projeví příznaky podobnými infekční mononukleóze (zvýšené teploty, zvětšené uzliny). Následuje fáze nosičství HIV, které není doprovázeno žádnými nebo minimálními klinickými příznaky, virémie kolísá. (...) Stadium plně klinicky rozvinutého onemocnění AIDS nastupuje v závislosti na typu léčby až po 10 až 15 letech i déle.“

Příznaky onemocnění se nemusejí u jedince projevit. Mezi nejčastější příznaky tohoto onemocnění patří: ztráta váhy, nechutenství, bolesti hlavy, průjmy, fleky a vřidky na těle, zvětšení mízních uzlin, větší náchylnost k onemocnění. (Manuál Kontaktního centra Charáč, 2010)

Mimo výše zmíněná onemocnění způsobuje intravenózní aplikace další infekce a choroby. Mezi nejčastější kožní infekce způsobené injekční aplikací patří:

Absces

Jedná se o ohraničený, bolestivý kožní zánět. Vzniká vniknutím infekce do podkoží. K přenosu může dojít používáním nesterilní vody při aplikaci, nevydezinfikováním místa vpichu před aplikací nebo použitím nesterilního injekčního setu či filtru. Absces se může vytvořit ojedinele i mimo vpich. A to v případě, že se infekce přenesla krví. Absces se vytváří během několika hodin po aplikaci, ale může se objevit i několik dnů po ní. Postižený cítí napětí v místě infekce a jeho okolí. Místo vpichu je zčervenalé a teplé. V podkoží se tvoří hnis, jenž vytváří bouli. Povrchový absces se může protrhnout a hnis začne vytékat ven. Přes otevřenou ránu tak může dojít k pronikání dalších infekcí do organismu. Postižený jedinec může mít horečnaté stavy, zrychlený dech a může se nadměrně potit. Pociťuje únavu. Jedná se o stav podobný chřipce.

Flegmóna

Jde o neohraničený, bolestivý kožní zánět. Dochází k šíření infekce v rámci žilního systému. Na kůži můžeme pozorovat červené pruhy, směřující od místa postižení směrem k srdci. Vzniká bolestivý otok s postiženým místem, končetinou se nedá hýbat. Postižené

místo je na dotek nepřírozně teplé. Flegmóna se může objevit ze stejných důvodů jako absces. Příčinou vzniku tohoto zánětu může být prasknutí abscesu. Pokud se objeví flegmóna, musí postižený neprodleně vyhledat lékařské ošetření. Jinak hrozí odumření končetiny do 2-3 dnů po zanesení infekce. Infekcí je ohrožen celý organismus. V krajních případech může dojít k amputaci postižené končetiny. (brožura Jaké nádobíčko? Průvodce bezpečným braním, 2005)

Impetigo

Je druh kožní infekce. Původcem jsou bakterie stafylokoku a streptokoku, které se při poranění kůže dostanou pod její povrch, kde se množí a vytvářejí menší puchýře naplněné hnisem. Ty postupně praskají a infekce se tak šíří dál. Impetigo je potřeba léčit antibiotiky.

(http://www.emedicinehealth.com/impetigo/article_em.htm#Impetigo%20Overview)

Minařík a Hobstová (In Kalina K. et al, 2003) uvádí, že u intravenózních uživatelů drog dochází k tzv. invazivním infekcím. Jedná se o infekce, jež se dostanou do krevního oběhu.

Při neléčení těchto infekcí dochází k sepsi, tedy k poškození a poruchám funkce několika orgánů. To může vést až k septickému šoku, kdy zkolabují poškozené orgány s následkem smrti. Autoři také popisují v publikaci orgánová a systémová poškození v souvislosti s intravenózní aplikací, sem řadí:

- poškození cévního systému: díky dlouhodobé pravidelné intravenózní aplikaci dochází k poškození žilního systému. V důsledku toho ubývá počet vhodných míst pro intravenózní aplikaci. Uživatelé se následně uchylují k rizikovému způsobu aplikace (do krku či třísel). To může vést ke vzniku mikrotraumat (tvorba trombóz s následnou ischemií okolních tkání a abscesů). Tromboflebitida (zánět provázaný s krevní sraženinou) pak může způsobit plicní embolii a srdeční selhání.
- poškození dýchacího systému: v důsledku nedostatečného okysličení krve může dojít k poškození nejméně jednoho orgánu, hlavně plic. U uživatelů opiátů dochází po požití drogy k útlumu dechového centra, což může vést k udušení.
- poškození centrální nervové soustavy, ledvin, oka.

3 PŘÍSTUP HARM REDUCTION V PROBLEMATICE UŽÍVÁNÍ DROG

V rámci této kapitoly navazují na předchozí části práce, jež se zabývají způsoby aplikace nealkoholových návykových látek a jejich rizik. Následující kapitola je zaměřena na přístup Harm reduction, hlavní princip snižování škod způsobených užíváním drog. V úvodu této části definuji tento přístup, dále se zabývám jeho historií, principy, na nichž je postaven a jeho uplatněním v praxi.

Mezinárodní asociace Harm Reduction (IHRA) definuje přístup Harm reduction jako: „Politiky a programy, jejichž primárním cílem je snižování negativních zdravotních, společenských a ekonomických následků užívání psychotropních látek pro jednotlivce, uživatele drog, jejich rodiny a komunity.“ (http://www.ihra.net/Assets/2316/1/IHRA_HRStatement.pdf)

Newcombe (In Hunt et al, 2003) doplňuje předchozí definici názorem, že se programy Harm reduction zaměřují na prevenci poškození spojených s užíváním drog, nikoli na samotnou prevenci užívání drog.

Principy Harm reduction

Jedná se o základní pojmy, jež definují myšlenky Harm reduction a uvádí přístup do praxe. CCSA (Canadian Center on Substance Abuse) (In Beirness et al, 2008) řadí mezi základní principy Harm reduction:

- pragmatismus: přístup akceptuje fakt, že užívání drog patří mezi aspekty lidského života. Uznává, že aplikace drog sebou přináší rizika. Preferuje zmírňování škod způsobených abúzem drog před vymícením užívání drog.
- humanistické hodnoty: přístup akceptuje rozhodnutí jedince užívat drogy. To neznamená souhlas s tímto faktem. Zároveň však přístup jedince nemoralizuje ani neodsuzuje jeho jednání. Respektuje důstojnost a práva uživatelů drog.
- zaměření na škody: přístup chápe samotné užívání drog jako druhořadé, v porovnání se škodami, jež způsobuje. Zmíněné škody zahrnují mimo jiné zdravotní, sociální a ekonomické faktory a ovlivňují jedince, komunitu i celou

společnost. Přístup nevylučuje ani nestaví své aktivity na dosažení dlouhodobé abstinence od drog.

- zvažování nákladů a přínosů: přístup své principy zavádí do praxe s ohledem na efektivní nakládání s prostředky a řešení prioritních problémů. Pragmaticky srovnává míru problémů spojených s drogami a nákladů na jejich řešení. Zároveň porovnává výstupy s jinými typy intervencí. Harm reduction se tak snaží zohlednit především zájmy společnosti.
- prioritizace okamžitých cílů: dosažení okamžitých a nejrealističtějších cílů se vnímá jako první úspěšný krok směrem k užívání drog bez rizika nebo abstinenci.

Mimo výše uvedené principy uvádí Hunt et al (2005) další charakteristiky Harm reduction:

- vyhýbá se zveličování škod spojených s užíváním drog
- přistupuje k uživatelům drog s úctou jako ke každé jiné lidské bytosti
- maximalizuje možnosti intervencí
- je založená na seřazení dosažitelných cílů dle priorit
- je neutrální, co se týče legalizace nebo dekriminlizace drog
- distancuje se od „války proti drogám“.

Historie Harm reduction ve světě

Historie Harm reduction v oblasti užívání návykových látek započala tím, že byly vytvořeny kategorie legální a ilegální drogy. Čili látky jako morfin, heroin či marihuana začaly být brány majoritní společností jako nebezpečné, nezákonné. Látky dříve běžně užívány různými sociálními skupinami se tak staly ohrožujícími. Společnost změnila svůj postoj z „problém je v člověku, ne v látce“ na „problém je v látce, ne v člověku“. Avšak Harm reduction vnesl do problematiky odlišný postoj. Neřeší zmíněné postoje, snaží se pochopit vztah mezi látkou a osobou, který se může časem měnit.

Profesor Kolumbijské univerzity v New Yorku, Don McVinney uvádí 4 fáze vývoje Harm reduction drogové problematiky. Zároveň tyto fáze rozděluje na implicitní a explicitní. První fázi (implicitní) datuje McVinney do 60. let minulého století. V této době dochází ke

změně drogové situace ve světě. Návykové látky se stávají celospolečenským problémem a jejich užívání prostupuje všemi společenskými vrstvami, skupinami.

V první fázi můžeme filozofii Harm reduction pozorovat např. v nastavení minimální věkové hranice konzumace alkoholu, lahve alkoholu jsou označovány etiketou s informacemi o obsahu alkoholu či varováním pro těhotné ženy. Dochází k regulaci reklamy na tabákové výrobky, začínají se vyrábět cigarety s filtrem, vzrůstá informování veřejnosti o škodlivosti alkoholu a cigaret.

Druhou fází (70. léta 20. století) řadí McVinney také mezi implicitní. V této etapě se začíná Harm reduction zaměřovat i na nealkoholové návykové látky. V USA je zavedena substituce heroínu metadonem. Tato látka je také používána při detoxikaci organismu od heroínu. V roce 1979 vzniká v nizozemském Amsterdamu tzv. Metadon Bus, který se snaží přiblížit substituci blíže k uživatelům heroínu.

Následuje třetí fáze (od konce 70. let 20. století), která je explicitní. Toto období je charakteristické vypuknutím onemocnění AIDS a jeho následné epidemie. Díky přenášení onemocnění krví je tak ohrožena i populace uživatelů drog, především těch nitrožilních. Harm reduction reaguje na šíření viru HIV mezi drogovými uživateli zavedením prvních programů výměny injekčních stříkaček. (http://www.harmreduction.org/search.php?section_logic_plus=By+Section&class=By+Class&date=Date%3A®ion=By+Region&q=§ion=&template_section=&author=By+Author&tag=By+Tag&fulltext=Don+McVinney&Search=Search&First_Name_2009=First+Name)

V roce 1980 začíná v anglickém Liverpoolu vůbec první výměnný injekční program, v roce 1984 ho následuje organizace Junkie Union (Amsterdam, Nizozemsko), která je složena z uživatelů drog. O čtyři roky později je spuštěn první výměnný injekční program v USA. Dále v této fázi vznikají první aplikační místnosti (Bern, Švýcarsko). První automat na výdej injekčního materiálu je spuštěn v Kodani. (<http://www.addictioninfo.org/articles/256/1/Harm-Reduction-History-and-Definitions/Page1.html>)

McVinney datuje čtvrtou etapu (explicitní) na počátek 21. století. Harm reduction je využíván nejen v souvislosti s hrozbou AIDS. Snaží se, aby pro každého uživatele drog byl v systému služeb vhodný program. Vznikají nejrůznější výzkumy na problematiku Harm

reduction, pořádají se celosvětové konference o minimalizaci rizik souvisejícími s užíváním drog. (http://www.harmreduction.org/search.php?section_logic_plus=By+Section&class=By+Class&date=Date%3A®ion=By+Region&q=§ion=&template_section=&author=By+Author&tag=By+Tag&fulltext=Don+McVinney&Search=Search&First_Name_2009=First+Name)

Historie Harm reduction v České republice

Historie harm reduction služeb pro uživatele drog v České republice nemá tak dlouhou historii jako je tomu v západních zemích Evropy a USA. Jednou z příčin, jež ovlivnily pozdější vznik těchto služeb u nás, byl komunistický režim popírající existenci nealkoholových návykových látek a jejich zneužívání na svém území. Drogy byly „doménou“ pouze kapitalistických zemí. Avšak opak byl pravdou. Již před rokem 1989 se v tehdejší Československu vyráběl a užíval opiát na bázi kodeinu – braun. Tato látka byla čistě českou doménou. Také pervitin (dnes nejrozšířenější injekčně aplikovaná droga u nás) se začal vyrábět již v polovině 80. let 20. století. (Kalina, K. et al, 2003)

Ještě před pádem komunismu se u nás začaly pozvolna rozvíjet (v té době nelegální) aktivity v rámci pomoci injekčním uživatelům drog. Po roce 1989, již lidé pomáhající drogovým uživatelům nejsou perzekuováni. První nestátní organizací, která začala nabízet Harm reduction služby svým klientům, bylo středisko Drop-In, založené roku 1991. Následoval vznik dalšího pražského sdružení SANANIM a jihomoravského Sdružení Podané ruce. V roce 1993 bylo založeno první substituční centrum (Praha). Zhruba v těchto letech se také začínají rozvíjet první výměnné injekční programy pro uživatele drog. (přednáška Mgr. Jindřicha Vobořila, PgDipl.)

Další posun ve vývoji Harm reduction služeb, co se týče rozmanitosti, je uskutečněn až na začátku tohoto století, kdy začínají odborníci testovat extázi na tanečních parties. Tento typ služby je v roce 2004 ukončen, z důvodu nedostatku financí, ze strany státu. I přes potřebnost tohoto typu Harm reduction služby, nebyl doposud tento projekt opětovně spuštěn. (Kandler, Škařupová, Orliková, 2009)

Začátkem 21. století dochází na našem území spíše k rozšiřování kvality Harm reduction služeb. V roce 2008 rozšiřuje pražský program Progressive spektrum těchto

služeb o automat na výdej injekčního materiálu. I přes jeho zvyšující se oblibu mezi klienty je projekt téhož roku ukončen. Příčinou ukončení je nedostatek financí na provoz automatu (pozn. největším sponzorem je opět stát, respektive městská část Praha 5). Ta samá organizace instaluje v roce 2009 kontejnery na použitý injekční materiál v různých částech Prahy. (Sklenář, O., Janouškovec, V., 2009)

Harm reduction programy

V následujícím oddílu práce charakterizují programy, jež fungují na principu Harm reduction. Mezi tyto programy patří: výměnný injekční program, substituční léčba, medicínská preskripce farmaceutického heroinu, aplikační místnost a testování tablet.

Výměnný injekční program

Výměna a poskytování injekčních stříkaček pragmaticky upřednostňuje udržení a postupné zlepšování uživatelova fyzického zdraví. Pracovníci programu tak dávají najevo respekt a přijímání klienta, jaký je i s jeho rozhodnutím drogy užívat. Zároveň však také dávají najevo zájem o jeho život v tom nejdůležitějším aspektu – tělesném zdraví. Z tohoto hlediska je výměnný program také kontaktní službou, umožňující postupné získávání důvěry klienta pro případnou další práci s ním. Okamžitě při výměně se uplatňuje poradenství směřující k bezpečnějšímu užívání drog. (Staníček J., 2002)

Zavedení výměnných injekčních programů urychlilo šíření HIV/AIDS v populaci injekčních uživatelů drog v 80. letech 20. století. Hlavní příčinou šíření onemocnění bylo sdílení použitých injekčních setů a náčiní k injekční aplikaci. (Hunt et al, 2003)

Výkon v rámci výměnného injekčního programu zahrnuje samotný akt výměny použitých injekčních setů za nové, sterilní. Nedílnou součástí programu je i nabídka dalšího materiálu pro bezpečnější užívání drog, jako jsou bavlněné flitry, dezinfekce, vody pro injekční aplikaci. Klient je informován o bezpečné likvidaci použitého materiálu. Také se vydává Harm reduction materiál – želatinové kapsle, alobal, prezervativy, kyselina askorbová, náplasti. Součástí výkonu je i mapování rizikového chování klienta. Všechny provedené výkony jsou evidovány. (Kol. autorů, 2006)

Programy výměny stříkaček mají nejrůznější formy. Samotný akt výměny či distribuce stříkaček může být prováděn v rámci terénní práce, v kontaktním zařízení

pro uživatele drog. Do distribuce sterilních stříkaček se zapojují také lékárny či zdravotnické zařízení. V neposlední řadě jsou pro injekční uživatele k dispozici výdejní automaty s Harm reduction materiálem. V případě terénní práce a kontaktního centra jsou služby bezplatné, čili za sterilní injekční sety nemusejí klienti platit. V ostatních případech je Harm reduction materiál zpoplatněn. (Hunt et al, 2005)

Substituční léčba

Programy substituce pracují na principech Harm Reduction, tedy cílem jejich léčby není abstinence, i když se jí pomocí substituční léčby může dosáhnout. Centra poskytují určité služby, které klient využívá do doby, než se rozhodne pro abstinenci od drog. Jde o program, kde je užívaná látka(droga) substituována předepsanou látkou (nebo-li agonista) s podobnými účinky a menšími zdravotními riziky. Předepsaná látka má oproti nelegálně získané výhody, například účinkuje déle, neobsahuje toxické příměsi, není aplikován rizikovým způsobem, je u něj známa koncentrace a není získán nelegálním způsobem. (Preston, A., 1999)

Substituční program je zaměřen na stabilizaci a zlepšení klientovi situace, snaží se odstranit jeho negativní návyky (např. intravenózní aplikaci či kriminalitu) a motivovat ho k životu bez drog. (Dolák, J., In Adiktologie, květen 2002)

Substituční léčba může být různě rozvrstvena. Jednak může hovořit o komplexní substituční léčbě. Ta nabízí mimo předepisování substituční látky i další služby, například skupinovou, individuální, pracovní či rodinou terapii či poradenství. Základní substituční léčba nabízí preskripci agonisty a dále také psychoterapii. Jedná se o nejčastější typ substituční léčby u nás. Je vhodná pro pacienty, kteří nejsou ochotni či schopni absolvovat předchozí typ léčby nebo není tato služba pro ně místně dostupná. A minimální substituční léčba nabízí svým pacientům pouze preskripci substituční látky bez dalších služeb. (www.lfl.cuni.cz/zfisar/psychiatrie/Navykov%C3%A9%20poruchy.ppt)

Substituční léčba může být také rozdělena na formu krátkodobou, jež je realizována jako detoxifikační substituce na detoxifikačních jednotkách. Střednědobou, která trvá i několik měsíců, je prováděna při ústavní, ale i ambulantní léčbě u pacientů s vysokou tolerancí či polymorfní závislostí. A dlouhodobou nebo-li, tzv. udržovací substituci, která bývá realizována formou ambulantní péče trvající i několik let. Substituční léčba se

dá aplikovat pouze na klientech, jenž užívají opioidy, například heroin. (Kalina, K. a kol., 2003)

Substituční léčba je vhodná pro uživatele, kteří trpí těžkou a dlouholetou závislostí na opioidech a zároveň mají vysokou toleranci vůči těmto drogám. Předpokladem pro přijetí do substitučního programu je, že tyto osoby opakovaně neuspěly v léčbě zaměřené na abstinenci. Substituce agonistou je doporučována těhotným uživatelkám opioidů, jestliže není, díky jejich stavu, vhodná šetrná detoxifikace zaměřená na abstinenci. V neposlední řadě jsou programy substituce vhodné pro HIV pozitivní uživatele opioidů. (Strnadová, K. 2007, ústní sdělení) (Guryčová, Z., 2008)

Medicínská preskripce farmaceutického heroinu

Je jedním z nejkontroverznějších programů pracujících v souladu s filozofií Harm reduction. Jedná se o druh substituční léčby, kdy je „pouliční“ heroin substituován farmaceuticky vyráběným heroinem, bez příměsí. Substituce je prováděna pod dohledem lékaře, který látku předepisuje. Tento typ substituční léčby reaguje na nezájem některých injekčních uživatelů heroinu, o substituci metadonem, subutexem či suboxonem. Cílem tohoto programu je minimalizovat aplikaci „pouličního“ heroinu, který představuje vysoké riziko ohrožení života zejména díky příměsím a jejich množství v podávané látce. (přednáška Jiřího Valnohy, MA, DiS.)

Argumenty, jež jsou pro zavádění tohoto projektu do praxe:

- pro některé uživatele heroinu není substituce (metadonem, subutexem, suboxonem) dostatečně atraktivní či efektivní a proto ukončují nebo vypadávají z léčby předčasně.
 - s množstvím typů léčby by mohl růst počet léčících se uživatelů.
 - redukuje se užívání nelegálních látek. Uživatelé si aplikují látku známé kvality a intenzity účinku. Minimalizuje se tak ohrožení zdraví uživatele.
 - preskripce farmaceutického heroinu může vést ke snížení počtu trestných činů například za účelem získání peněz na drogy.
- (<http://www.bmj.com/cgi/content/full/327/7410/310>)

Programy medicínské preskripce farmaceutického heroinu zavedla jako první Velká Británie. Následovalo ji Švýcarsko, Nizozemsko, Německo, Španělsko, Kanada a v minulém roce i Dánsko. Ve všech zmíněných zemích fungují zavedené programy doposud. (http://www.drogy.net/clanek/expert-doporucuje-vyuzit-pri-lecbe-drogove-zavislosti-heroin_2009_03_03.html)

Aplikační místnost

„Jedná se o chráněné prostory, obvykle v blízkosti drogové scény, kde si mohou injekční uživatelé v klidu a bezpečně aplikovat drogu. Přítomnost proškoleného personálu zajišťuje možnost intervence v případě předávkování, standardně jsou dostupné potřeby pro bezpečnou aplikaci – sterilní injekční náčiní či sterilní voda. Standardem je také sběr a bezpečná likvidace použitého náčiní.“ (Kalina et al, 2001, s.106)

Klienti aplikační místnosti jsou injekční uživatelé, žijící na drogové scéně. Tito jedinci jsou většinou bez domova nebo využívají azylové bydlení či ubytovny. Jedná se o uživatele s dlouhodobou drogovou kariérou. (http://supervisedinjection.vch.ca/our_clients/our_clients)

Testování tablet

Slouží jako prevence rizik spojených se zneužíváním syntetických drog. Tento druh programu se zaměřuje především na „taneční“ scénu, parties. Reaguje tak na časté užívání drog, konkrétně extáze (MDMA) v průběhu těchto akcí. Spolu s rozšířením extáze, vzrostl také počet jiných látek, které jsou distributory zaměňovány za extázi. Každá z látek pak má odlišné účinky, kontraindikace a zdravotní rizika. Uživatel tedy s jistotou neví, co přesně si aplikuje. Dalším rizikem jsou příměsi v tabletách MDMA. Mezi relativně méně rizikové příměsi patří kofein, aspirin či efedrin. Ohrožující jsou například diazepam, atropin nebo veterinární přípravky. Program testování tablet se snaží eliminovat rizika související s užíváním syntetických drog. Mimo to návštěvníkům parties předává informace o drogách a jejich účincích na organismus. Analýza tablet může být prováděna dvěma způsoby:

- kvalitativním: orientační test zobrazí několik druhů látek, které vzorek obsahuje či neobsahuje. Není však možné určit jaké množství jednotlivých látek je v testovaném vzorku. Tento typ analýzy se používá přímo na parties.
- kvantitativním: jedná se o laboratorní rozbor, jež odhalí jednotlivé látky ve vzorku a zároveň stanoví jejich množství. Tuto analýzu však nelze provádět přímo na pořádaných akcích, kvůli její technické náročnosti. (<http://extc.cz/program-pzsd.html>)

4 ŽELATINOVÁ KAPSLE – PRVEK HARM REDUCTION

Následující kapitola se zabývá perorálním užíváním drog pomocí želatinové kapsle. Perorální aplikace je jeden z nejméně rizikových způsobů užívání drog. Želatinová kapsle tak představuje účinnou formu Harm reduction. V úvodu kapitoly popisují želatinovou kapsli a princip jejího fungování. Dále se zde zaměřují na použití želatinové kapsli v praxi a s tím související okolnosti jako je velikost dávky drogy nebo její účinek. V závěru popisují průběh distribuce kapslí uživatelům drog.

Perorální aplikace formou želatinové kapsle je v České republice poměrně novým jevem. S myšlenkou distribuovat kapsle klientům přišli pracovníci kontaktního centra pro uživatele drog v Kyjově. V jejich nabídce Harm reduction materiálu se želatinové kapsle objevily v roce 2006. (konzultace s Jarmilou Švábovou)

V roce 2008 provedlo Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti průzkum týkající se distribuce kapslí. Dotazník vyplnilo 53 nízkoprahových programů pro uživatele drog. Z dotazníků vyplynulo:

- kapsle začalo v roce 2006 distribuovat zařízení v Kyjově a Prostějově. Následující rok začaly s distribucí centra v Uherském Hradišti a Vsetíně.
- ze všech zařízení, která se průzkumu účastnila, nabízí kapsle svým klientům 17 programů. (Interní materiály Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti, 2009)

Želatinová kapsle

Želatinová kapsle (klienty nazývána také jako „tobolka“ či „ampule“) je požitelný obal, který slouží k bezpečné přepravě látky do gastrointestinálního traktu (dále jen GIT). Zde se poté želatinový obal rozpustí a obsah kapsle je vstřebán přes sliznici do oběhové soustavy. Součástí želatinové kapsle je tzv. zámek (=kroužek na uzávěru kapsle), jenž slouží k pevnému uzavření tobolky a tím i bezpečnému dopravení dávky drogy do GIT. Želatinové kapsle jsou dostupné ve většině lékáren a to v různých velikostech. Kontaktní centrum Charáč v Uherském Hradišti distribuuje želatinové kapsle velikost 0, které mají

průměr 6 mm a délku 2,2 cm. Cena kapslí se v lékárnách na Uherskohradištsku pohybuje kolem 350Kč/1000 ks. (Guryčová, Z. In Adiktologie, 2010)

Želatinová kapsle v praxi

V následující části práce se zaměřuji na okolnosti užívání drogy perorálním způsobem pomocí kapsle.

Velikost dávky drogy: je individuální a ovlivňuje ji uživatelova tolerance k dané látce. Velká část nitrožilních uživatelů si kapslí aplikuje větší množství drogy než při injekční aplikaci.

Účinek drogy podané formou želatinové kapsle: je individuální. Je ovlivněn sytostí a teplotou stravy v žaludku a druhem podané látky. Obvykle účinek drogy nastupuje po 20-70 minutách. Trvá přibližně 3-5 hodin v závislosti na velikosti užití látky. (http://www.erowid.org/chemicals/meth/meth_dose.shtml)

Zejména pro intravenózní uživatele je prioritou takzvaný nájezd nebo-li rauš v rámci účinku látky. Většina uživatelů pociťuje po perorální aplikaci menší nájezd než po intravenózním užití stejné dávky drogy. Velká část uživatelů nepociťuje žádný rauš po perorálním užití. Takzvaný dojezd (=stav po dlouhodobém užívání stimulačních drog, charakteristický rozladěností, depresí, spavostí a apatičností) je intravenózními uživateli vnímán méně intenzivně po perorální aplikaci než po intravenózním užití. Někteří uživatelé stimulancií nezaznamenávají po aplikaci želatinovou kaplí žádný dojezd.

Manipulace s kapslí: pokud se s kapslí manipuluje déle, než cca 10 minut, může zgelovatět, mezi klienty Kontaktního centra Charáč jsme zatím nezaznamenali případ, že by se kapsle při přípravě dávky klientovi rozpadla.

V případě, že se do želatinové kapsle vloží tekutina, začne se obal ihned rozpouštět. Proto je nutné drogu v tomto stavu ihned aplikovat. Při konzumaci drogy ve formě prášku zůstává želatinový obal konzistentní a rozpouští se až při kontaktu s tekutinou. (Guryčová, Z. In Adiktologie, 2010)

Distribuce želatinových kapslí uživatelům drog

Distribuci kapslí mohu podle zkušeností s klientelou Kontaktního centra Charáč v Uherském Hradišti rozdělit na následující úseky:

1. etapa: „Kapslový boom“

Tato etapa probíhala po 3 měsíce od začátku distribuce kapslí mezi klientelu Kontaktního centra Charáč.

Pokud jsou v této etapě klientovi nabídnuty kapsle ochotně si je vezme a chce je vyzkoušet. Pro některé klienty to může být zpeřnění jejich stereotypu v rámci aplikace drogy. Během této etapy je důležité klienty objektivně informovat o perorální aplikaci, sdělovat jim výhody a nevýhody tohoto způsobu užívání drog, motivovat je.

To znamená podávat informace o:

- pozdější době nástupu účinku, na rozdíl od intravenózní či nasální aplikace,
- intenzitě účinku, kterou ovlivňuje sytost a teplota stravy před požitím drogy v kapsli,
- možných bolestech žaludku, pokud se droga požije na lačno,
- rizicích této aplikace v případě onemocnění GIT,
- velikost dávky při prvním užití kapsle,
- výhody želatinové kapsle oproti tzv. „bombičkám“,
- výhody perorální aplikace oproti intravenóznímu způsobu užití drog,
- možné absenci nájezdu,
- možných obtíží s polykáním,
- možném užití drogy v sypkém či tekutém stavu,
- zgelovatění želatinové kapsle, pokud je droga v tekutém stavu.

2. etapa: „První negativní reakce“

Tato etapa probíhala zhruba 3. - 12. měsíc po začátku distribuce kapslí.

Začínaly se objevovat první negativní reakce na nabídku kapslí. Klienti je odmítali z důvod bolesti žaludku po perorální aplikaci, menší intenzity účinku v porovnání s intravenózní aplikací a absence nájezdu.

V této etapě je důležité klienty, zejména intravenózní uživatele, neustále motivovat k užívání perorálním způsobem. Vysvětlit jim možné důvody bolesti žaludku po aplikaci kapslí. Ve většině případů pramení bolest žaludku z požití kapsle s dávkou na lačno. Zejména u klientek jsme se setkávali s nevolností, zvracením, bolestí žaludku po perorální aplikaci. Po rozhovoru s těmito klientkami jsme zjistili, že si vzaly kapsli na lačno.

V rámci bezpečného způsobu užívání drog jsme u intravenózních uživatelů apelovali především na:

- zmírnění destrukce žilního systému
- riziko infekčních onemocnění plynoucích z intravenózní aplikace drogy,
- sdílení injekčního materiálu,
- mírnější dojezdy po perorální aplikaci.

3. etapa: „Pravidelní uživatelé kapslí“

Tato část distribuce se vyznačuje pravidelným odběrem kapslí klienty. Vytváří se určité skupiny perorálních uživatelů:

- pravidelní uživatelé kapslí, kteří kombinují nasální a perorální způsob aplikace drog,
- pravidelní uživatelé kapslí, kteří kombinují intravenózní a perorální způsob aplikace,
- intravenózní uživatelé, jež užívají kapsle, pokud nemají sterilní injekční set, mají problémy s žilním systémem nebo chodí pravidelně do práce,
- populace uživatelů pervitinu užívajících pouze perorálně.

V této etapě klienti vnímají želatinové kapsle pozitivně, jako vhodnou alternativu užívání pervitinu.

Kontaktní centrum Charáč distribuuje želatinové kapsle velikosti 0. Klientům rozměr kapsle vyhovuje. Větší kapsle se mohou uživatelům hůře polykat. Menší kapsle pak nemusejí být dostatečně velké vzhledem k velikosti dávky dotyčného uživatele. Želatinové

kapsle vydáváme uživatelům po pěti kusech v sáčku s klipem. Součástí balení je i informační leták obsahující informace o zařízení a službách, které poskytujeme.

V letáku by měly být dále uvedeny tyto informace pro uživatele:

- účinek drogy nastupuje po 30-45 minutách, poté co kapsli spolkneš. Mezi tím nekonzumuj žádné drogy, aby nedošlo k předávkování,
- najez se před tím, než kapsli spolkneš, jinak by tě mohl bolet žaludek,
- pokud zkoušíš kapsli poprvé, dej si do ní menší dávku, než užíváš obvykle, aby nedošlo k předávkování,
- nenos kapsle v kapse, teplem se mohou slepovat,
- pokud máš onemocnění žaludku, tak kapsle neužívej.

(Guryčová, Z. In Adiktologie, 2010)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Výzkum popisovaný v rámci této práce je zaměřen na hlubší poznání nového fenoménu želatinové kapsle a její aplikace u populace uživatelů drog, konkrétně metamfetaminu (pervitinu). Impulsem k tomuto výzkumu bylo neprobádání této oblasti, což podle mého názoru může vést k nedostatečnému či chybnému informování uživatelů želatinových kapslí. Tato nevědomá chyba pak může zapříčinit negativní postoj uživatelů drog k tomuto druhu aplikace. Od výzkumu na toto téma si mimo jiné slibují rozšíření kapslí mezi klientelu nízkoprahových drogových služeb a tím pádem i minimalizaci rizik spojených například s injekčním užíváním látek. Želatinová kapsle by zároveň mohla minimalizovat přechod od nasálního užívání k injekční aplikaci díky vytvoření jakéhosi mezičlánku mezi těmito způsoby užívání drog. Vzhledem k tomu, že jsou želatinové kapsle na poli Harm reduction novinkou, a odborná veřejnost nemá dostatek informací o tomto fenoménu, snažím se tak svou prací podnítit diskuzi mezi pracovníky v Harm reduction službách, s cílem zvýšit zájem o tento typ aplikace drog.

Cíl výzkumu:

Porozumění fenoménu aplikace pervitinu formou želatinové kapsle

Výzkumné otázky:

Jaké jsou zkušenosti uživatelů želatinových kapslí s tímto druhem aplikace?

- A. jakou pozici má aplikace želatinovou kapslí mezi ostatními druhy užívání pervitinu?
- B. jaké okolnosti ovlivňují užívání metamfetaminu formou želatinové kapsle?

6 METODIKA VÝZKUMU

Vzhledem k tomu, že zmíněný fenomén nebyl doposud hlouběji prozkoumán a jeho poznání staví prozatím pouze na kvantitativních výzkumech, rozhodla jsem se pro svůj projekt zvolit kvalitativní výzkumnou metodologii. Dalším důvodem pro volbu tohoto typu výzkumu je malý výzkumný soubor, který tvoří klienti Kontaktního centra Charáč v Uherském Hradišti. Při výběru typu výzkumu jsem brala v úvahu i postavení skupiny, na kterou je výzkum zaměřen. Pro určité společenské skupiny či subkultury se kvalitativní výzkum jeví jako jediný možný a naopak kvantitativními metodami nejsou určité jevy v daný okamžik u těchto skupin uchopitelné. Příčinou toho může být vymezení skupiny vůči majoritě nebo se aktivity členů skupiny pohybují na hranici zákonem dané normy. Z toho může pramenit negativní pohled společnosti na tyto jedince. A naopak subkultura může nedůvěřovat jedinci, který k ní nepatří. Do těchto minoritních skupin patří bezesporu i problémoví uživatelé drog.

Želatinové kapsle jako forma aplikace pervitinu je v drogových harm reduction službách novinkou, je proto nezbytné hlouběji prozkoumat postoj uživatelů drog k nim a odvodit tak případné postupy pro praxi.

Kvalitativní výzkum charakterizuje Miovský (2006) jako přístup, jenž staví na jedinečnosti a neopakovatelnosti. Dále využívá své kontextuálnosti, dynamiky a vychází z kvalitativních metod.

Hendl (2008) popisuje kvalitativní výzkumnou metodologii jako často využívanou právě v sociálních vědách. Začátek výzkumu je charakteristický určením výzkumné otázky. Náplní výzkumníka je podle autora vyhledávat, analyzovat a interpretovat data v několika cyklech. V tomto typu výzkumu nejsou většinou užity standartizované metody získávání dat.

Typ výzkumu

Existuje několik typů kvalitativního výzkumu. Miovský (2006) uvádí 5 základních přístupů výzkumu: případovou studii, analýzu dokumentů, terénní výzkum, kvalitativní experiment a kvalitativní evaluaci. Ve své publikaci popisuje Hendl (2008) dále jako

možné typy kvalitativního výzkumu například: etnografický výzkum, fenomenologické zkoumání, biografický výzkum nebo historický výzkum.

V rámci svého projektu jsem zvolila fenomenologické zkoumání. Tento přístup je charakteristický aktivní účastí výzkumníka, což ovlivňuje průběh bádání. Cílem tohoto typu výzkumu je popsat a analyzovat prožitou zkušenost jedince se zkoumaným fenoménem. Výzkumník se snaží porozumět myšlenkám, názorům a postojům respondenta.

Fenomenologická studie je vhodná pokud chceme: prozkoumat a porozumět prožité zkušenosti jedince; zkoumaný fenomén lze lépe pochopit z hlediska zkušenosti; probádat téma, které není dostatečně prozkoumáno. (Hendl, 2008)

Výzkumný soubor

Cílem práce není generalizovat výsledky výzkumu na celou populaci uživatelů drog z toho důvodu, že fenomén není doposud dostatečně probádán. Výše popsané fenomenologické zkoumání, staví především na kvalitě a hloubce porozumění zkušenosti respondentů nikoli na kvantitě respondentů. Z těchto důvodů jsem neusilovala o vytvoření reprezentativního výzkumného vzorku. Vzhledem k tomu, že mezi klienty Kontaktního centra Charáč není ani jeden uživatel opiátů, jsou účastníky výzkumu pouze uživatelé metamfetaminu.

Respondenty jsem vybírala záměrně z řad klientů Kontaktního centra v Uherském Hradišti. Předem jsem si stanovila 2 kritéria, která museli vybraní účastníci výzkumu splňovat. Za první si museli minimálně desetkrát aplikovat drogu pomocí želatinové kapsle. Za druhé v době výzkumu již měli zkušenosti s minimálně dvěma způsoby aplikace drog.

Výzkumu se zúčastnilo 6 klientů, se kterými jsem byla v pravidelném kontaktu a téma želatinových kapslí jsem s nimi několikrát probírala. Jelikož se jednalo o dlouhodobé klienty zařízení, byl náš vztah postaven na důvěře, což usnadnilo získávání dat.

Vybranými respondenty jsou 3 muži a 3 ženy. Stručnou charakteristiku jedinců uvádím níže, aby si čtenář mohl utvořit vlastní názor na zkušenosti respondentů v rámci

uvedených rozhovorů. Z důvodů zajištění anonymity všech zúčastněných klientů nejsou v jejich charakteristikách uvedeny jména ani další identifikační prvky, jejichž zveřejnění by je mohlo ohrozit. Vzhledem k tomu, že Uherskohradištsko patří mezi menší lokality v naší republice, neuvádím u respondentů věk či sociální situaci. Podle těchto znaků by mohl být klient snadno rozpoznán.

Respondent č. 1

Žena užívající metamfetamin s občasnou abstinencí 14 let. Poprvé si tuto drogu aplikovala injekčně do žíly. V současné době si aplikuje pervitin denně. Kromě již zmíněné návykové látky nekonzumuje žádnou jinou drogu včetně alkoholu. V minulosti se přibližně jeden rok léčila ambulantně ze závislosti na pervitinu. Respondentka byla testována na HIV a hepatitidu typu C s negativními výsledky. Nikdy nesdílela injekční jehly ani náčiní k přípravě dávky s ostatními uživateli drog. Vystudovala střední školu s maturitou.

Respondent č. 2

Muž užívající pervitin 12 let. Jedná se o jeho primární drogu, kterou užívá denně. Poprvé si pervitin aplikoval nasálním způsobem. Intravenózně si aplikoval drogu ve třetím roce své drogové kariéry. Mimo pervitin užívá denně marihuanu a tabák, víkendově alkohol. V minulosti absolvoval léčbu v psychiatrické léčebně v souvislosti se svou závislostí na metamfetaminu. Byl testován na HIV a hepatitidy typu B a C, s negativním výsledkem. Dříve sdílel injekční sety i nádobíčko pro přípravu dávky s ostatními uživateli. Respondent je vyučen.

Respondent č. 3

Žena užívající 6 let pravidelně metamfetamin a 8 let marihuanu. Pervitin si aplikovala poprvé nasálně, tentýž rok si ho začala aplikovat injekčně. Alkohol užívá obden, tabák kouří denně. Respondentka absolvovala měsíční odvykací léčbu v psychiatrické léčebně. V roce 2008 jí byla diagnostikována hepatitida typu C. Respondentka absolvovala základní školu, navazující vzdělávání nedokončila. V roce 2009 zemřela v důsledku selhání organismu v závislosti na jejím stylu života.

Respondent č. 4

Žena užívající denně marihuanu a pervitin. Marihuanu užívá již 8 let. Metamfetamin užívá 6 let. Intravenózně si aplikuje tuto drogu 5 let. Poprvé si aplikovala pervitin nasálně. Alkohol a tabák užívá denně. Respondentka prošla střediskem výchovné péče se zaměřením na drogové uživatele. Absolvovala testy na HIV a hepatitidy s negativním výsledkem. V minulosti sdílela injekční sety a náčiní k přípravě dávky s ostatními uživateli drog. Respondentka má základní vzdělání.

Respondent č. 5

Muž užívající primárně metamfetamin 7 let. Poprvé si aplikoval tuto látku injekčně do žíly. Alkohol užívá 12 let, v současnosti ho pije víkendově. Tabák kouří denně. Nikdy nesdílel s ostatními uživateli injekční sety ani náčiní pro přípravu dávky. V minulosti docházel měsíc do ambulantní léčby v souvislosti s užíváním pervitinu. Respondent byl testován na HIV a hepatitidy s negativním výsledkem. Respondent je vyučen.

Respondent č. 6

Muž užívající 13 let metamfetamin, z toho 11 let nitrožilně. Pervitin je jeho primární drogou. Mimo to denně užívá marihuanu, víkendově pak alkohol. Respondent nebyl nikdy léčen v souvislosti s užíváním drog. V minulosti opakovaně sdílel injekční sety i nádoby k přípravě dávky s ostatními uživateli. Respondent byl testován na HIV a hepatitidu B a C s negativním výsledkem. Je vyučen.

Postup výzkumu a použité metodyPostup získávání dat

Data do této práce byla získána pomocí polostrukturovaných rozhovorů s respondenty.

Metoda rozhovoru se podle Hendla (2008) používá v případě, že potřebujeme zjišťovat minulost, pocity nebo zkušenosti respondenta a zároveň nemáme možnost aplikovat na

fenomén pozorovací metodu. Nevýhodou rozhovoru je subjektivní pohled respondenta i výzkumníka. Což může znamenat zkreslení výstupu z výzkumu.

Polostrukturované interview charakterizuje Reichel (2009) jako kombinaci výhod nestrukturovaného a strukturovaného rozhovoru. Semistruktura usnadňuje výzkumníkovi práci v oblasti získávání a třídění dat. Polostrukturovaný rozhovor i přesto neztrácí na plynulosti a přirozenosti interview.

Pro potřeby výzkumu byl vytvořen scénář rozhovoru (Příloha č. 1), který sloužil k vedení interview. Jednotlivé otázky byly respondentům kladeny ve stejném pořadí. Vzhledem k typu rozhovoru jsem používala navíc doplňující otázky, jež sloužily pro lepší pochopení respondenta a dokreslení informací. Scénář rozhovoru byl konzultován s Mgr. Miroslavem Charvátém, Ph.D. a Mgr. Michalem Perničkou.

Potřebná data jsem získávala také díky dotazníku IN-COME (Příloha č. 2). Ten byl respondentům předkládán před samotným interview. Osvědčil se mimo jiné jako vhodné navození atmosféry. Respondenti se začali během jeho vyplňování soustředit, přestali působit roztěkaně. Vyplněný dotazník IN-COME dokresloval minulou i současnou situaci respondenta.

Dále byla účastníkům výzkumu v průběhu rozhovoru předkládána k vyplnění srovnávací škála (Příloha č. 3). Díky níž mohli lépe vyjádřit data, která by bez použití škály, mohla být velmi subjektivní.

Jednotlivých interview předcházela ústní souhlas respondentů s poskytnutím dat. Zúčastnění byli informováni o anonymnosti rozhovorů. Byli ujištěni, že pokud budou během rozhovoru zmíněny osobní, identifikační prvky, nebudou v přepisu rozhovoru publikovány nebo budou pozměněny. Respondenti byli informováni o faktu, že rozhovor bude nahráván na diktafon a následně převeden do písemné formy. Obsah bude sloužit pouze pro účely výzkumu. Účastníci měli možnost vidět přepsanou audio nahrávku rozhovoru. Pouze jeden respondent si přepis přečetl, ostatní tuto možnost nechtěli využít. Rozhovory se odehrávaly náhodně, podle kontaktu s klienty a jejich psychickému rozpoložení. Interview probíhala v poradenské místnosti Kontaktního centra Charáč. Pouze v jednom případě byl rozhovor uskutečněn v bytě respondenta, na jeho vlastní žádost. Celý rozhovor i s vyplňováním dotazníku a škály trval ve většině případů kolem 30 minut. Vzhledem k psychickému rozpoložení respondentů (pravidelní uživatelé pervitinu) nebylo

možno déle udržet jejich pozornost. Z toho důvodu jsou některé otázky v rozhovorech návodné a mohou vyznít manipulativně. Tyto typy otázek jsou však použity s cílem upřesnit získané data.

Postup analýzy dat

Na doporučení vedoucího mé diplomové práce Mgr. Michala Perničky jsem se rozhodla analyzovat získaná data pomocí interpretativní fenomenologické analýzy (Interpretative Phenomenological Analysis – IPA). Metoda si klade za cíl detailní prozkoumání respondentova pohledu na daný fenomén. Výzkumník se zajímá o osobní názory a vnímání účastníka nikoli o objektivní popis události, předmětu. Analýza závisí na zkušenostech a postojích výzkumníka, které jsou potřebné k pochopení respondentových myšlenek. Zároveň však mohou být limitující pro jeho objektivní analýzu získaných dat.

Pro lepší pochopení níže popisuji postup při analýze dat, který mi interpretoval Mgr. Michal Pernička.

1. Celý přepis rozhovoru je několikrát výzkumníkem pročten. Současně s tím jsou na jeden okraj rukopisu zaznamenávány důležité informace z odpovědí respondenta. Může se jednat například o asociace nebo spojení, která nás napadají v souvislosti s přepisem rozhovoru. V této fázi je nezbytné seznámit se dostatečně s textem. S každým přečtením přepisu se mohou objevit nové důležité informace.

2. Informace z okraje listu výzkumník převádí do formy klíčových slov, která mají vyjadřovat něco o konceptu, jež byl výzkumníkem identifikován. Klíčová slova nemusejí mít prozatím definitivní podobu. V této fázi nesmí být žádná část textu vynechána. Každá část textu je potencionálním zdrojem dat. Některé klíčové slova mohou vykazovat určité spojitosti.

3. Klíčová slova z celého textu jsou přepsána na nový papír a výzkumník mezi nimi hledá spojitost. Mohou se vynořovat skupiny slov i nadřazené pojmy. Zároveň výzkumník ověřuje, jestli se skupiny slov a nadřazené pojmy shodují s kontextem přepisu.

Zda správně pochopil respondentovi odpovědi. V této fázi analýzy jde o interakci výzkumníka a textu. Pokouší se porozumět tomu, co jedinec říkal a zároveň využívá vlastní interpretační zdroje.

4. V rámci dalšího kroku dojde k vytvoření finálního seznamu všech témat (klíčových slov) a jejich postavení v celém systému. Některá klíčová slova, která nejsou podstatná pro výzkum, mohou být vyňata. Jedná se například o témata, která nejsou dostatečně podpořena textem nebo nezapadají do celkového kontextu. Výzkumník si však musí brát zřetel na své předsudky, při třídění podstatných a pro výzkum nepodstatných dat. Pokud se projektu účastní více respondentů, nabízí se v této fázi dva postupy. Buďto bude jeden finální seznam témat použit jako předloha pro analýzu ostatních rozhovorů. Anebo je možné analyzovat každý rozhovor zvlášť a nakonec posoudit témata ze všech přepisů dohromady.

5. V závěru analýzy dochází k opětovnému vytřídění finálních témat. Při výběru témat, která budou pro účely výzkumu zachována, musí výzkumník brát ohled na jejich zastoupení v přepisu, jejich nepostradatelnost pro výzkum. Důležité je také vybrat vhodně témata, která objasňují cíl projektu.

6. Závěrem práce je zpráva o výzkumu. Témata a jejich spojitost jsou převedena do narativní podoby. Výsledný seznam témat využívá výzkumník jako výchozí pro svůj popis odpovědí respondentů, který by měl být proložen citacemi z jednotlivých rozhovorů. Závěr práce by měl rozlišovat mezi odpověďmi respondenta a interpretací výzkumníka. Výzkumník zodpovídá otázky stanovené na samotném začátku bádání. Interpretuje získaná data. (Pernička, M. 2009, ústní sdělení)

V následující části uvádím témata, na která jsem se zaměřila v rozhovorech s respondenty. Některá témata výzkumu mají ještě svá podtémata. Z odpovědí respondentů na uvedená témata vychází interpretace získaných dat a odpovědi na výzkumné otázky.

1. Perorální aplikace v drogové kariéře
 - Perorální aplikace jinou formou než želatinovou kapslí
 - Srovnání aplikace želatinovou kapslí a jiným perorálním způsobem
2. Účinek metamfetaminu aplikovaného perorálním způsobem ve srovnání s ostatními způsoby užití této látky
3. Dávka metamfetaminu (velikost, struktura) a druhy aplikace
4. Četnost užívání metamfetaminu
5. První zkušenost s želatinovou kapslí
6. Pohnutky vedoucí k aplikaci želatinovou kapslí
7. Gastrointestinální trakt a želatinové kapsle
8. Nevýhody a výhody želatinové kapsle
9. Rituály kolem aplikace želatinovou kapslí
10. Manipulace s želatinovou kapslí při přípravě dávky
11. Želatinová kapsle u ostatních uživatelů metamfetaminu v okolí respondenta
 - Povědomí uživatelů metamfetaminu o želatinových kapslích
 - Sekundární distribuce želatinových kapslích
12. Dostupnost kapslích

Věrohodnost výzkumu

Nevýhodou každého kvalitativního výzkumu je věrohodnost získaných dat. V této části práce popisuji aktivity, které se snaží eliminovat rizika ohrožující validitu výzkumu. Při sběru samotných dat jsem se snažila získat informace od více respondentů. Data jsem přestala shromažďovat poté, co se informace začaly opakovat a nová data již rozhovory s respondenty nepřinášely.

Věrohodnost výzkumu také podpořily doslovné přepisy audio nahrávek rozhovorů s respondenty. Každý přepis rozhovoru je komentovaný. Hendl (2008, s.208) definuje

komentovanou transkripci takto: „Pomocí zvláštních znaků se označují nápadné příznaky promluvy jako pomlky, zdůraznění, způsoby řeči, smích.“

Kvalitu získaných dat podporuje také prostředí, ve kterém se rozhovory odehrávaly. Účastníci dané místo setkání dobře znali a měli pocit bezpečí. Vztah mezi mnou a respondenty je postaven na důvěře, což umožnilo efektivněji získávat podstatné informace. Účastníci výzkumu měli možnost si přepis rozhovoru pročíst a vyjádřit se k němu. Každý přepis byl konzultován s Mgr. Michalem Perničkou. První přepis rozhovoru byl řešen také s Mgr. Miroslavem Charvátém, Ph.D.

7 SHRNU TÍ

V následující části práce předkládám analýzu rozhovorů s respondenty, s cílem nalézt odpovědi na výzkumné otázky. Tato kapitola je členěna do podkapitol. Každá podkapitola objasňuje jednu výzkumnou otázku. Součástí analýzy jsou úryvky z rozhovorů s respondenty. Jednotlivé přepisy interview doplňuje komentovaná transkripce (viz. Věrohodnost výzkumu). Znaky, jež jsem pro tento typ transkripce použila, jsou uvedeny níže:

..	krátká pauza
...	dlouhá pauza
(h m)	vyplnění pauzy
(.)	poklesnutí hlasu
(´)	zdvižení hlasu
(z)	zábrany ve vyjadřování
podtržení slova	nápadné zdůraznění
(smích)	charakterizace neslovních znaků projevu
&	nápadně rychlé pokračování
(..)	nesrozumitelně
barevně označené	protahovaně

7.1 Pozice aplikace želatinovou kapslí mezi ostatními druhy užívání metamfetaminu

V rámci interview jsem se zaměřovala mimo jiné na perorální užívání drog v minulosti respondenta. Vzhledem k tomu, že želatinová kapsle se rozšiřuje v populaci uživatelů až v několika posledních letech, bylo podstatné zjistit, zda perorálně drogy užívali již v minulosti. V souvislosti s tím tři ze šesti respondentů uvedli, že v minulosti pervitin užívali v „papírové“ formě nebo-li bombičce. Avšak tento typ aplikace volili jen ojedinele. Všichni tito respondenti se shodli, že s nabídkou kapslí užívají pervitin perorálně častěji než v minulosti. Dva ze šesti respondentů si začali perorálně aplikovat až s příchodem kapslí. Do té doby drogu perorálně neaplikovali. Jeden respondent uvedl,

že v minulosti si aplikoval jedenkrát pervitin perorálně. Avšak po negativním zážitku se k perorální aplikaci vrátil až s nabídkou kapslí.

Rozhovory jsem také zjišťoval pozici jednotlivých způsobů užívání pervitinu z pohledu účinku drogy. Zaměřila jsem se především na intenzitu nájezdu nebo-li rauše po podání metamfetaminu, dále pak na intenzitu dojezdu; dobu, za kterou začne droga účinkovat a trvání účinku pervitinu. Pro přehlednost jsem tyto údaje shrnula do následujících tabulek a doplnila o úryvky z interview.

Intenzita nájezdu po podání pervitinu u jednotlivých druhů aplikace

Respondenti	Intravenózně	Perorálně	Kouřením	Nasálně
1	9	4	neaplikuje	5
2	8	3	1	10
3	5	3	neaplikuje	neaplikuje
4	8	2	neaplikuje	6
5	8	4	6	3
6	8	5	1	6

Respondenti měli možnost zvolit na škále od 1 do 10 jeden bod. Přičemž bod 1 označoval velmi slabou až neznatelnou intenzitu nájezdu a bod 10 pak maximální intenzitu nájezdu.

Respondent č.6:

„Tak kouření to jakože nic .. to je vyloženě vyklidňovák, jakože do klidu prostě, že si aktivní, ale nejde to nějak moc poznat. Tady toto (pozn. nasálně) záleží kdy taky, ale ty nájezdy jako nájezdy, no nevím. Jakože to je otázka minuty dycky, když začneš něco dělat a když se dá moc tak jo.“

„...s kapslí je to tak, že to je vlastně jak kdyby potom ani si nevšímáš jak kdybys něco požila a pak se teprv chytneš u něčeho, že si úplně jako (smích), že se něco děje, víš co.“

Začne to úplně vřít v tobě, víš všechno .. tak já nevím jak to mám udělat .. kouření velmi slabý.“

Respondent č. 5:

„No kdybych prostě si mohl zapálit něco, co by mně to tam vhnalo prostě v obrovském množství a v hustotě toho dýmu, tak si myslím, že by se to mohlo aj nějak vyrovnat s tou buchnou. Protože přes ty plíce to je. No úplně hned.“

Z uvedeného vyplývá, že hodnocení intenzity nájezdu je zcela individuální. Všichni respondenti však uvádějí, že nejintenzivnější je rauš při intravenózní aplikaci. U srovnání ostatních druhů aplikace metamfetaminu nepanuje mezi respondenty shoda.

Intenzita dojezdu po podání pervitinu u jednotlivých druhů aplikace

Respondenti	Intravenózně	Perorálně	Kouřením	Nasálně
1	9	9	neaplikuje	9
2	2	1	1	4
3	6	1	neaplikuje	neaplikuje
4	2	7	neaplikuje	2
5	3	3	1	2
6	6	3	1	5

Respondenti měli možnost zvolit na škále od 1 do 10 jeden bod. Přičemž bod 1 označoval velmi slabou až neznatelnou intenzitu dojezdu a bod 10 pak velmi nepříjemnou intenzitu dojezdu.

Otázka:

„Někdo říká, že je to na té jehle nepříjemnější, že na té kapsli to není až tak nepříjemné.“

Respondent č.1:

„Víš co to je asi podle toho jak .. že podle té intenzity, jo a když mu nepříjde, si dá kapslu, tak mu to tak &rychle nenajede, takže mu to nepříjde potom že. Protože z ničeho nic hučí

jak plyn nějaký. A tady u těch kapslí to je právě v klidu, je to všechno takové v jedné rovině, si myslím, takže to možná nemůže cítit tak moc, jenomže ve finále jakože je ti blbě po tom taky. Takže podle mě je to, když to můžu srovnat, tak řeknu, že je to úplně všude stejné.“

Otázka:

„A ten dojezd u té kapsle, kdybys to nějak popsala?“

Respondent č. 3:

„Nic, pohodička, to vůbec necítím.“

Respondent č. 2:

„Vůbec nic, no vůbec ne, nijak, není mi nijak blbě, jakože já možná když tak jako třetí den, čtvrtý den, když už jako fakt valím, tak jakože jsem prostě nevyspaný, ale nějaké v hlavě nebo tak něco, nebo nějaké schízy vůbec ne. Akorát někdy jako haluce, halucinace jako zvukové.“

Z výše uvedeného vyvozují, že hodnocení intenzity dojezdu je zcela individuální. Respondenti se neshodují ani v jednom z jednotlivých způsobů aplikace pervitinu.

Čas potřebný k nástupu účinku po podání želatinové kapsle

Respondenti	Doba potřebná k nástupu účinku
1	30-40 minut
2	30 minut
3	30-60 minut
4	45-60 minut
5	15-45 minut
6	15 minut

Podle serveru Erowid může uživatel pocítit účinky perorálně podaného metamfetaminu po 20 až 70 minutách. A to v závislosti na látce a plnosti žaludku. (http://www.erowid.org/chemicals/meth/meth_dose.shtml)

Respondent č.5:

„Jak kdy právě čoveče, víš. To záleží, myslím si, že záleží podle toho jak je člověk najezený, víš. (...) No .. včera, předvčerejšky, jo včera to bylo ano. Včera čoveče jsem si to dal úplně skoro na hladný žaludek a dal jsem si to při jídle. Měl jsem džem a tyto wafle jsem jedl. Dal jsem si wafle s džemem no a to bylo strašné. To byla největší rychlost, jako strašná. Jako víš úplně, když je ten žaludek prázdný a ještě v tom průběhu. (...) Ale zase říkám, jako zase naopak když je člověk moc najezený, dá si oběd, vepřo, zelo, knedlo, třeba tak to nemá šanci tu kapslu nějak zlikvidovat. Vůbec, ne. Ani pokud, no třeba pokud by půl gramu člověk užil tak ještě to by ukočíroval jako úplně krásně si myslím jako.“

Respondent č.6:

„Ty jo .. tak 15 minut, deset. Deset, patnáct minut rozhodně. (&) Protože vím, že jsem si dal a chvíli jeli sme a musel jsem tak za pár minut zastavit(smích), protože to bylo něco neuvěřitelné. (...) rozhodně jsem nebyl úplně ready před tím. To byly jakože ty doby, kdy jsem to nechtěl nosem dávat, tak mně to dal kapslí a bylo horko hlavně.“

Respondent č. 4:

„...až tak po hod'ce .. to nastupuje. Třičtvrtě hod'ky, hod'ka.“

Čas potřebný k nástupu účinku po podání želatinové kapsle se z mého pohledu klientům hůře hodnotil, vzhledem k jejich způsobu života. Z výše uvedeného můžeme vyvodit, že nástup účinku po perorální aplikaci můžeme očekávat po 15 až 60 minutách.

Trvání účinku metamfetaminu aplikovaného želatinovou kapslí

Respondenti	Trvání účinku (v hodinách)
1	3
2	4
3	4
4	3
5	5-8
6	4

Podle serveru Erowid může metamfetamin podaný perorálním způsobem účinkovat 3 až 5 hodin. (http://www.erowid.org/chemicals/meth/meth_dose.shtml)

Respondent č.4:

„Tož já jsem to měla krátké, protože jsem (nadechnutí) měla jsem toho tam hodně v té kapsli. Tři, tři hodky.“

Respondent č.3:

„Tak já si myslím, že to .. tož nemyslím, tož na kapsli to prostě míň asi. Mně to připadá že míň, ale asi je to víc(smích) .. já se kolikrát podívám na hodiny a víš jak. (...) Na té kapsli já nevím tak 4 hodinky.“

Respondent č.5:

„Čoveče u té kapsle v celku dlouho. Říkám zas to prostě je přímo úměrné s tím jakože pokud je člověk najezený a nebo ne. (...) No dívej srovnajme to s tím, že je člověk najezený do polosytosti, jo. No tak, když je najezený do polosytosti a dá si já nevím nebudu říkat přesně, prostě bla bla, třeba těch nula tři. Tak mu to bude účinkovat si myslím. (...) Tož víš co, když do polosyta tak 5,6 až 8 hodin jak jako zas komu. Když si dáš jako úplně

aj nafutrovaný, vepře, knedlo, zelo, tak tam si myslím (...) že se to ani nerozjede. Jo možná člověk ucítí, že rozhodně není ospalí nebo tak, ale když není najezený vůbec, tak si myslím, že se tam zvyšuje aj ta rychlost a prodlužuje v celku o hodně ještě ta délka toho stavu. Prodlužuje dost.“

Respondent č.1:

„No předpokládejme, že to díl trvá a není to tak intenzivní, takže si myslím, že to může být delší. Protože na té jehle je to pác bác naráz a poznáš kdy to jde dole. A na té kapsli .. je to právě že, to co mě vyhovuje do práce, protože jakože v klidu.“

Už z uvedené tabulky vyplývá, že většina respondentů se shodují s informacemi uvedenými na serveru Erowid. Pouze jeden respondent uvádí, že účinek drogy podané perorálně je větší než uvádí zmiňovaný server.

V rámci rozhovorů jsem se také zaměřovala na velikost dávky pervitinu, jež si respondenti aplikují perorálně. Tyto údaje jsem srovnávala s velikostí dávky, kterou si aplikují ostatními způsoby. Z interview vyplynulo, že tři ze šesti respondentů užívají větší dávku při perorální aplikaci než například při intravenózní. Dva respondenti si aplikují stejnou dávku perorálně i injekčně. Pouze jeden respondent uvedl, že v rámci perorálního užití si aplikuje menší dávku než při ostatních způsobech užití.

Respondent č.2:

„Tak na pecku tak ty tři stlačené a do té kapsle aj šest (smích). Co se tam vleze.“

Respondent č. 5:

„No tak surfem nevím, já to nedávám takto skoro. A u té kapsle, nevím, tak maximálně do těch 0,3 gramu. No a u té jehly taky tak, maximálně 0,2. a to vím, že zase ti můžu říct, že úplně klidně, že jsou tady lidi jako, no nevím, určitě víš sama, když s nima toto. Že třeba půl gramu a tak.“

Respondent č.6:

„Rozhodně na tu kapslu je toho potřeba víc, takže to je tak jednou tolik jako na sniff. Kouření to je jednou tolik míň, jako ze stlačky, co si (.)šňupnu, tak polovina toho stačí na to zahulení. To zkouříš moc, (')jako furt tam něco je. Jako hromada toho je, to se nezdá, to hoří dlouho.“

Respondent č.3:

„... tož já si dávám možná tak stejně, jak do buchny tak do té kapsle. (...) No možná do té kapsle míň.“

V neposlední řadě jsem se zaměřovala během rozhovorů na frekvenci užívání želatinových kapslí v poměru k ostatním druhům aplikace metamfetaminu. Pět z celkových deseti respondentů uvedlo, že želatinovou kapslí si drogu aplikuje méněkrát, než například intravenózně nebo nasálně. Pouze jedna respondentka uvedla, že želatinovou kapsli teď využívá častěji než injekční set k aplikaci. Důvodem je destrukce žilního systému a tím pádem znesnadněná intravenózní aplikace.

Respondent č.1:

„(...) v poměru dvě ku jedné .. nevím jakože přesný počet, ale dvě kapsle ku jedné jehle.(smích) No tak tak nějak.“

Respondent č.2:

„Tož já to mám když nemám čistou a nebo když mě moc bolí ruka nebo tak něco .. a tak já nevím třeba dvakrát týdně (pozn. kapslí).“

Respondent č.3:

„Tož těma kapslami víc za týden .. to teďka prakticky furt, já nevím do týdne tak dvakrát kapslou a jehlou jednou za tři týdny. (...) Tož ruky, aby se daly do pořádku.“

Respondent č.4:

„Tož (hmm)& když už mám nachystané v té jehle a zkouším si dát a nejde to tak (hmm) a mám prostě tu (hmm) kapslu tak si to dám tam. Co s tím budu dělat jako to nevysříknu pryč, ale když prostě nechcu brat jehlou tak si to dám do nosu, no.“

Respondent č.5:

„No tak moc se tím chválit nechci, ale řekl bych, že dávám spíš víc tou jehlou, ale spíš si dávám až v pozdějších hodinách. Jo rozhodně to jako po ránu tímto stylem. (...) Kolikrát v týdnu (hmm), tak šest sedm, tou jehlou si dám šestkrát asi aj šestkrát tou kapslou nějak. Protože říkám jako večer už si většinou dávám tou jehlou. No jak kdy to je prostě. To je takové střídavo oblačno. Šest šest si myslím.“

Respondent č.6:

„Tak jakože, řekl bych, že sniff nejvíc a kapsle polovic, jedenkrát míň.“

7.2 Okolnosti ovlivňující užívání metamfetaminu želatinovou kapslí

Předchozí kapitola se zabírala pozicí želatinové kapsle mezi ostatními druhy aplikací. Snahou mé práce je objasnit otázky kolem tohoto druhu užívání drog a zároveň poskytnout data potřebná k praxi. Proto se následující podkapitola zaměřuje na okolnosti, jež ovlivňují volbu mezi želatinovou kapslí a jinými způsoby aplikace drog. Podkapitola je rozdělena na dvě části. První část se zabývá okolnostmi, které pozitivně ovlivňují zvolení želatinové kapsle uživatelem metamfetaminu. Druhá část se naopak zaměřuje na okolnosti ovlivňující negativně tuto volbu. Při výběru okolností jsem vycházela z rozhovorů s respondenty. Proto pokládám za důležité zde uvést úryvky z interview. Čtenář se tak může přesvědčit o tom, že výběr okolností stál na reálných zkušenostech respondentů – uživatelů metamfetaminu.

7.2.1 Pozitivní okolnosti

Motivování uživatelů drog k perorální aplikaci želatinovou kapslí

Podstatným prvkem při distribuci kapslí uživatelů drog je podávání objektivních informací o tomto druhu aplikace. Ruku v ruce s tím, je nezbytné motivovat klientelu

k tomuto způsobu aplikace, a to při každém výdeji kapslí. Jedná se o zdlouhavý proces, jehož primárním cílem je minimalizovat rizika pramenící například s injekční aplikací drog.

Otázka:

„Proš ses rozhodl užívat kapsle dál, co tě k tomu vedlo?“

Respondent č.5:

„Tož nevím chodil jsem aj sem na káčko a ty si mně začalo o tom říkat a začali jste tady s klukama o tom mluvit a šlo to do oběhu. Snažil jsem se tou zkoušet a dávat dohromady nějak ty časy a množství a ty různé kombinace s tím jídlem. A zkusit si to upravit prostě pro každý všední den, abych mohl fungovat. (...) No. Tys to do mě začala hučet, že si to mám aspoň vzít aj, když to nepoužiju, prostě od té doby jsem to začal nějak aktivněji to, se k tomu stavit.“

Otázka:

„Od koho ses dozvěděla o kapslích poprvé?“

Respondent č.1:

„Od tebe. No jako .. jsem věděla, že se to dá předělat, že někdo si to dává, do toho CETEBE, nebo tak něco. Protože právě když někam jedeš, jakože na přepravu nebo tak protože, to schováš mezi léky a je to úplně v pohodě, ale tady tyto kapsle, jakože co jsem začala brát, tak až vlastně od tebe.“

Změna stereotypu užívání drog

Pro dlouhodobé uživatele drog, se postupem času stane aplikace drogy jakýmsi stereotypem, který jim již nepřináší stejné účinky jako na počátku drogové kariéry. Mohou se tak snažit o prolomení tohoto stereotypu.

Respondent č.2:

„Ono jako, nevím jestli je to takový můj, taková domněnka. Ono když začneš fetovat, to má každý takové, ten začátek ty stavy a to, ale pak jako postupem času to mají všichni tak stejné, bych řekl, jakože ten průběh a všechno jako. To už se mění v takové cosi a už je to takové stejné no.“

Respondent č.6:

„Tak to bylo jakože hodně nájezdové jakože (pozn. zkušenost z aplikace želatinovou kapslí). Takové poprvé jak kdybych měl nájezd, co sem nikdy neměl ani ze šňupu.(...) to bylo něco neuvěřitelné.“

Otázka:

„A co tě vedlo k tomu, abys zkusil tu kapsli poprvé?“

Odpověď:

Respondent č.5:

„Co mě vedlo .. no já nevím .. chtěl jsem zkusit jestli mě nezaujme kromě té jehly něco třeba zajímavějšího.“

Menší intenzita dojezdu po perorální aplikaci

Intenzita dojezdu může život uživatelů drog ovlivnit zásadním způsobem. Z toho důvodu, je přínosem pro některé z nich menší intenzita dojezdu po požití drogy perorálním způsobem.

Respondent č.6:

„Právě že ani ne, pohoda jako, ani pajsł mě nedělá problémy, jako ze žaludkem. Někomu jako jo. Ono záleží asi zase na tom jestli na to jíš a toto. A já právě se snažím na to, třeba, že jím aj když nemám chuť. Jakože cítím, že je ten žaludek nějaký divný tak se nažeru. A pak je to lepší hned. Tak (‘)největší děčka jsou u mě na tom .. (.)na sniffu.“

Respondent č.3:

„Dojezd kapsle? Žádný dojezd. (...) Nic, pohodička, to vůbec necítím.“

Menší intenzita účinku drogy po perorální aplikaci

Pro některé uživatele drog může být paradoxně pozitivní menší intenzita účinku po perorální aplikaci než například po intravenózním užití. Důvodem může být životní styl klienta. Konkrétně například pravidelné zaměstnání či studium. Kvalitní vykonávání těchto aktivit je pak v rozporu s intenzitou účinku stimulancí a užíváním drog vůbec.

Respondent č.1:

„ ...tady u těch kapslí to je právě v klidu, je to všechno takové v jedné rovině, si myslím, takže to možná nemůže cítit tak moc. (...) na té kapsli .. je to právě že, to co mě vyhovuje do práce, protože jakože v klidu. To je právě ono, protože já už, jak jsem říkala (smích), protože ty nájezdy mám tak jako no, to už nesnáším. Takže mně tady to, já se vyloženě udržuju, abych neusnula nebo tak. Tady už nejde .. to s ničím jiným.“

Respondent č.6:

„(')&Tož ne když jako su vyjetý nosem, tak prostě mám pocit, že to hned jako každý vidí, ale když to sežeru tak je to o moc klidnější, že to v tobě vře jinak. Že prostě nemáš pocit, že si můžou myslet, že si sjetý.“*

Dodržování pravidel bezpečnější aplikace

V rámci kontaktů s pracovníkem jsou klienti, uživatelé drog informováni o rizicích jednotlivých způsobů aplikace. Nejrizikovějším způsobem užívání drog je injekční forma. Především riziko nákazy infekčním onemocněním, pak může injekční uživatelé drog motivovat k bezpečnějšímu způsobu aplikace látky. K tomu jim může sloužit mimo jiné i želatinová kapsle.

Respondent č.2:

„Tož já to mám když nemám čistou.“ (...) to беру asi jako takovou rezervu.“

Zdravotní dopady užívání drog

Jedná se zřejmě o největší motivační prvek pro aplikaci dávky drogy kapslí. Do zdravotních dopadů patří zejména destrukce žilního systému, nosní sliznice nebo

onemocnění (absces, flegmóna). Zkušenosti z praxe ukazují, že pro injekční uživatele, může být kapsle dobrou variantou, v případě destrukce žilního systému. Zároveň tak želatinová kapsle může zabránit či omezit aplikaci do rizikových míst (třísla, krk).

Respondent č.1:

„... No protože víš co tou jehlou, jakože ten oběh taky stávkuje po čase ne a kolikrát prostě to nechat odpočinout nebo něco. Vyloženě jako zdravotní důvody .. Protože před tím mě to jako takto nenapadlo, jsem takto neuvažovala. Člověk dokud nemá problém no.“

Respondent č.2:

„Když prostě ruka to nechce tu pecku, tak si to stříknu do toho a tak takto. (...) Kapslema berou všichni, kteří už neví jak by si to dali nebo tak. To je ten poslední způsob jak to narvat.“

Respondent č.3:

„Tož ruky, aby se daly do pořádku.“

Respondent č.4:

„Tam jsem si fakt prostě dávala to, když jsem si nemohla dát do ruky, tak jsem si to dala do toho (pozn. do kapsle). (...) Tož(hmm)& když už mám nachystané v té jehle a zkuším si dát a nejde to tak (hmm)a mám prostě tu (hmm) kapslu tak si to dám tam. Co s tím budu dělat jako to nevysřiknu pryč.“

Respondent č.6:

„Přešoupaný nos. No jakože to už bolí. To se ti udělá takový nějaký bolák a už máš aj tu nechut'. Jakože už jenom k tomu čuchneš a víš, že to prostě pojede tadyka a fuj. Prostě nechut' jako.“

Dostupnost želatinových kapslí

To, jestli jsou želatinové kapsle pro uživatele drog dostupné, může ovlivnit volbu klienta aplikovat si perorálním způsobem. Proto je tak podstatné rozšířit nabídku kapslí v populaci uživatelů drog. Může poté docházet k sekundární distribuci želatinových kapslí mezi klienty. Což znamená, že uživatelé nikoli pracovníci distribuují kapsle ostatním

uživatelům drog, kteří nejsou v kontaktu s programem Harm reduction. Sekundární distribuce je zcela běžná u injekčních setů a pomůcek pro injekční aplikaci.

Respondent č.1:

„Tak ony jsou dostupné, takže v pohodě. Když takto si je můžeš koupit normálně v lékárně, že to prodávají i v lékárně nějaké takové tyto. Víš jak prodávají zkumavky a takové ty věci. Tak musí myslím si prodávat tady ty. A nebo se to dá řešit tím, že si koupíš nějaké ty a vysypeš to. A nebo od vás(pozn. KC).“

Respondent č.5:

„Jako o kapslích jsme nevěděli, jako my jsme to zkoušeli do těch vitamínů.“

Respondent č.6:

„No nesháňal jsem je nikdy, jako buď ty a nebo někdo jiný(pozn. mu kapsle dal).“

Negativní postoj k jinému druhu aplikace

Užívání pomocí želatinové kapsle může ovlivnit i nechtít aplikovat si drogu jiným způsobem. Například z důvodu nepříjemných účinků pramenících z aplikace.

Respondent č.1:

„Já to moc nemám ráda, to je, jakože to je rana do hlavy, to je strašně nepříjemné. Jestli jakože strašně málo tím sniffem. A většinou si to jako zaleju vodou. Víš jako normálně, si tam kapnu vodu nebo něco víš, kapky do nosa víš, aby se to spláchno. Je to nepříjemné.“

Respondent č.2:

„Kouření to mám akorát dycky v hubě jak v polepšovně.“

Pozitivní první zkušenost s aplikací želatinovou kapslí

Pro pokračování v užívání drog pomocí želatinové kapsle je nesmírně důležité, aby neměl uživatel v rámci první aplikace negativní zkušenosti. U několika klientů Kontaktního centra Charáč jsme během distribuce želatinových kapslí zaznamenali nechuť aplikovat si perorálním způsobem, protože jejich první zkušenost s želatinovou kapslí byla negativní. Například je rozbolel žaludek nebo se objevila nevolnost. Klienti se po tomto zážitku hůře motivovali pro pokračování v užívání pomocí želatinové kapsle.

Otázka:

Jaké to bylo, když sis dal kapsli poprvé? “

Odpověď:

Respondent č.1:

„V pohodě, víš co v pohodě, protože čekáš, čekáš, jakože a pak z ničeho nic se to vyrovná ne, takže v pohodě. Že člověk od toho nečeká moc, že když jakože po jehle přejde na to, nečeká žádný zázrak.“ (...) Ale jakože je to docela slušné, protože když se mně jednou podařilo, že jsem si dala tu kapsli u kamarádky a ona mně pak nalila horkou polívku a já jsem to snědla a to byla taková pecka u toho stolu, že já jsem tam sedla & a snědla jsem polívku a bála jsem se postavit, protože jako já sem tam jen seděla.(smích)“

Respondent č. 4:

„(hmm) Nějak jsem to, bylo to až po delší době a nějak jsem to prostě .. nic silného to nebylo, takže jsem to nějak jako .. nic extra .. normální no(smích).“

Respondent č.5:

„No jako aj příjemné jako spíš.“

Možnost snížit frekvenci užívání drog

Želatinová kapsle nebo-li perorální aplikace může u některých klientů pomoci postupně snižovat četnost aplikace drog. Pokud se nahradí injekční set želatinovou kapslí může účinek drogy trvat déle, což může korespondovat s frekvencí užívání látky. S nadsázkou by se dalo říci, že je zde možné zaznamenat prvky substituce.

Respondent č.3:

„No určitě abych přestala brat tou jehlou a abych snížila dávky .. vlastně ta kapsle mě vede k tomu, že ani ten perník tolik nepotřebuju.“

Respondent č.5:

„Změnilo se mně akorát to, že..já jsem bral, když jsem to bral tou jehlou tak jsem toho bral právě že víc, víš. To ten organismus si velice tak nějak na to zvykne a já jsem ty dávky právě nechtěl moc zvyšovat, ani nechcu moc jako. Tak aj třeba no nechce se mně s tím chválit no aj dvanáct aj třeba víc patnáct dávek za ten týden tou jehlou. A potom když jsem začal s těma kapslema .. možná, že to trošku pokleslo, že. Říkám je to možná takové delší trvání u té kapsle. Snížil jsem to no určitě.“

Želatinová kapsle jako prvek dekriminalizace

I přes to, že je v naší zemi legální užívat drogy (konkrétně například pervitin), je to aktivita, kterou společnost odsuzuje. Uživatelé si tak snaží zachovat svou anonymitu a udržet své užívání drog v tajnosti. Symbolem, který si někteří lidé spojují s užívání drog, může být například injekční set. Naopak želatinová kapsle jako taková nevzbuzuje ve společnosti opovržení. Proto mohou klienti bez výčitek a strachu tento předmět nosit u sebe a nehrozí jim riziko odhalení jejich užívání drog.

Respondent č.1:

„Jakože já sebou tady tyto věci, jako jsou jehly a tak, ze zásady vůbec nikam nevozím ani nenosím ani nikam, protože .. já nevím to je prostě jednoznačné. Víš co a to není prostě dobré v žádném případě a ty kapsle to jsou prostě kapsle, to nikdo víš co neví co to může být takto. Kdo třeba neví, nezná, tak to můžeš vždycky říct, že je to cokoliv,že. Jenomže, když ti vypadne někde z kapsy jakože inzulínka tak .. těžko vysvětluješ, že to máš na něco jiného, že si diabetik(smích), protože oni už mají dneska ty pera nastřelovací ne, takže to asi nepůjde(smích).“

7.2.2 Negativní okolnosti

Intenzita nebo absence nájezdu

Pro většinu injekčních uživatelů je podstatné, aby po užití drogy pocítili nájezd nebo-li rauš. Pokud srovnáme intravenózní a perorální aplikaci, je nájezd u prvního ze zmíněných způsobů užití nesrovnatelně větší než u druhého způsobu. To může výrazně ovlivnit volbu perorální aplikace.

Otázka:

„Jaké jsou podle tebe nevýhody kapslí?“

Odpověď:

Respondent č.1:

„No jakože není ten nájezd (smích). Jakože je rozdíl v tom účinku, ale jak říkám já tak pro mě je to to co já potřebuju ne, protože kdybych samozřejmě chtěla tak to dám jinak.“

Otázka:

„Máš tam nájezd u té kapsle?“

Odpověď:

Respondent č.4:

„Já jsem neměla skoro vůbec...“

Čas potřebný k nástupu účinku po podání želatinové kapsle

Pokud užíváme drogy, chceme pocíťovat účinek, a to co nejdříve od podání látky. V rámci perorální aplikace musí látka v želatinové kapsli překonat úsek z dutiny ústní do žaludku a poté se musí ještě rozpustit kapsle, aby mohla látka začít účinkovat. To může výrazně negativně působit při volbě druhu aplikace.

Server Erowid uvádí začátek účinku u jednotlivých druhů aplikace:

Způsob aplikace	Začátek účinku od aplikování látky (v minutách)
Perorální	20-70
Nasální	5-10
Inhalace	0-2
Injekční	0-2

(http://www.erowid.org/chemicals/meth/meth_dose.shtml)

Velikost dávky pro vyvolání uspokojujícího účinku

Většina uživatelů Kontaktního centra Charáč, kteří užívají želatinové kapsle, uvádějí, že při perorální aplikaci musejí zvýšit dávku, jež užívají obvykle, aby dosáhli chtěného účinku drogy. Polovina respondentů uvádí, že do želatinové kapsle dávají větší množství metamfetaminu, než užívají při intravenózní aplikaci. Druhá polovina respondentů užívá stejné množství drogy jak při perorální tak intravenózní aplikaci. Vzhledem k tomu, že užívání drog je finančně náročné, může být velikost dávky rozhodující při výběru aplikace.

Respondent č.2:

„Nevýhody, nevím. Asi možná, že se tam toho musí narvat fakt kotel, jakože víc.“

Respondent č.5:

„No tak surfem nevím, já to nedávám takto skoro. A u té kapsle, nevím, tak maximálně do těch 0,3 gramu. No a u té jehly taky tak, maximálně 0,2.“

Respondent č.6:

„Rozhodně na tu kapslu je toho potřeba víc, takže to je tak jednou tolik jako na sniff. Kouření to je jednou tolik míň, jako ze stlačky, co si (.)šňupnu, tak polovina toho stačí na to zahulení. To zkouříš moc, (')jako furt tam něco je. Jako hromada toho je, to se nezdá, to hoří dlouho.“

Dopady na organismus

Jak jsem již uváděla v kapitole Želatinová kapsle – prvek Harm reduction, může perorální aplikace drogy na lačno, vyvolat nevolnost nebo bolesti žaludku. Pokud nejsou klienti správně informováni o možných dopadech požití drogy na lačno, může nevolnost či bolení žaludku po aplikaci ovlivnit jejich výběr způsobu aplikace drog. Je tedy nezbytné informovat uživatele drog o možnostech jak předejít těmto negativním zkušenostem.

Vliv skupiny uživatelů drog na členy

Stejně jako u jiných skupin, jsou členové drogové subkultury ovlivňováni ostatními členy - jejich zvyky, názory, zkušenostmi. Domnívám se tedy, že při volbě způsobu aplikace může sehrát svou roli i názor skupiny jako celku. Případně mohou volbu ovlivňovat zkušenosti dlouhodobých uživatelů drog. To, že skupina nebo někteří jedinci z ní odmítají užívat želatinové kapsle, ovlivňuje názory a postoje ostatních uživatelů drog. V subkultuře drogových uživatelů také panuje několik mýtů a polopravd o jednotlivých druzích aplikace drog. I to může být příčinou odmítnutí želatinové kapsle některými uživateli návykových látek. Je tedy nutné rozkrývat mýty a objektivně informovat klienty.

Respondent č.6:

„No řešil jsem akorát to, že jsem slyšel, že by to mohlo rozjebávat tu ... střeva a žaludek, ale teďka mně kdosi říkal, že to tak není. Že to tak není, ale že něčím jiným, že se to dá. (...) Víš to mně říkal kámoš, že dobrým pikem se to nerozto.“

Otázka:

„Baví se tvoji známí o kapslích, třeba jestli mají jinší zkušenosti...“

Odpověď:

Respondent č.5:

„No ani ne, oni jsou všichni tam takoví jako. Jako já jsem teďka jinde než v XY (pozn. lokalita neuvedena s ohledem na anonymitu respondenta), tady jsem žil, tady to bylo. A pak jsem odjel tam a je to blbě jiný kraj jiný mrav. Jako ti lidi jsou tam jiní. (...) oni to tam ani neznají ti blbci.“

Respondent č.1:

„Já se teďka s těmato lidima (pozn. nitrožilními uživateli) nebavím, víš a já se bavím třeba jenom s L. (pozn. iniciál změněn) a ona to (z)kouří, nebo nose. A ona kapsle vůbec ne to. A jinak ten známí, toho už jsem dlouho neviděla, ale on zase jinak to nedává, takže vím, že on to dával vždycky do těch papírů nebo tak a jemu to zas taky tak jako vyhovuje. To už je taky dlouhá doba, tak už to asi taky jinak nedává.“

Manipulace s želatinovou kapslí při přípravě dávky drogy

S délkou užívání drog dochází k vytvoření stereotypního chování v rámci aplikace drog. Mohou vznikat určité rituály při užívání návykových látek. Vzhledem k tomu, že jsou želatinové kapsle relativně „novým“ způsobem užívání drog, dělá některým uživatelům drog problémy manipulace s nimi při přípravě dávky. To může nejednoho jedince odradit od tohoto druhu aplikace. Jako nejčastější problémy při manipulaci s kapslí uvádějí klienti: třes rukou a zgelovatění kapsle při dlouhé manipulaci s ní.

Otázka:

„Jak probíhá příprava dávky do kapsle? Jak se ti s ní manipuluje?“

Odpověď:

Respondent č.2:

„No kolikrát blbě, ale jako to se člověk naučí nebo tak. (...) Dřív jsem to normálně nabral natáhl jakože dohromady a ono se to tam vždycky dostalo a vždycky jsem to jako trochu sťukl jak kdyby a zas do té druhé strany to samé a pak už prostě(smích), aby tam toho bylo co nejvíc. (...) Možná když se mně někdy třepou ruky moc. (...) A ono se to když se potí prsty tak ono se to za chvíli změkne jak kdyby.“

Respondent č. 5:

„Když si s ňou dlouho nehraješ, tak nelepí (smích).“

Respondent č.3:

„Jo akorát se to tam blbě dává. (...) No když se mně někdy potí ruky, tak se to jak kdyby za chvíli začíná roztavovat nebo nevím jak to mám říct.“

Respondent č. 4:

„No jakože to tam stříknu a musíš to hned sníst, protože se ti to vlastně roztápí. Prostě to musíš hned spolknout a zapít no.“

Závislost na jehle

V neposlední řadě může ovlivnit výběr způsobu aplikace závislost na injekčním způsobu užívání drog nebo-li závislost na jehle. Tento termín patří mezi běžně zažitá označení jak u odborné veřejnosti, tak i u uživatelů drog, zejména těch injekčních. To, že je jedinec závislý na injekční aplikaci, nám může vysvětlit jeho setrvávání u tohoto způsobu užívání i přes jeho vysoká zdravotní rizika. Nejednou jsem se za svou praxi setkala s klienty, kteří si injekčně aplikovali vodu nebo jiné tekutiny, jen proto, aby dosáhli „uspokojení“ z injekční aplikace.

Respondent č. 1:

„Já osobně můžu říct .. že se mně to po čase začalo, ty jehly, tak hnusit, že kdyby nebyly, tak nebudu mít s tím problém, protože už s tím mám stejně problém takto. Tak já jsem to úplně vytěsnila. (z)Třeba byla doba před tím, třeba před rokem a půl, kdy jakože bych si to nedovedla představit, že dávat to nějak jinak.“

Respondent č.2:

„Ty jehly jako chybí. Já jsem jakože (nadechnutí), když jsem čtyři dny frkal prostě toto a pak už jsem vyloženě musel, jsem si tu buchnu někde toto vyvzpouzel. Prostě mně to chybělo no. Jakože ta pecka.“

Respondent č.3:

„...já jsem to sama prožila. Vlastně já sem byla závislá, ani ne tak na tom perníku jak na jehle. Mně to připadalo no.“

Ridder (s. 192, 2002) k tomu uvádí: „Tímto způsobem lze vysvětlit, proč závislý na heroinu, který už léta abstinuje, může při pouhém pohledu na jehlu zažívat objektivní

tělesné abstinenci příznaky. Dráždidla tohoto druhu mohou hypotetickou „drogovou paměť“ aktivovat vždy znovu, možná po celý život, a vyvolat recidivu.“

ZÁVĚR

Práce zaměřená na perorální aplikaci želatinovou kapslí podává stručný přehled o tom, jak respondenti (nitrožilní uživatelé pervitinu) vnímají tento způsob aplikace metamfetaminu. Vzhledem k tomu, že se jedná o jeden z prvních výzkumných počínů na zmíněné téma, klade si tato práce za cíl objektivně informovat odbornou veřejnost tak, aby byla schopna kvalitně distribuovat želatinové kapsle cílové skupině a minimalizovat tak rizika plynoucí z aplikace drog. Kvalitativního výzkumu se zúčastnilo pouze šest respondentů. Což je jen nepatrné množství z celkového počtu uživatelů drog v České republice. Nelze tedy předpokládat, že je tento výzkum pro tuto problematiku dostačující. Pro vyšší kvalitu dat, by však bylo vhodné využít i klienty z jiných lokalit. Pozornost by si také zasloužil výzkum, který by se zaměřil pro změnu například na uživatele opiátů a jejich zkušenosti a postoj k tomuto druhu aplikace.

Ze shrnutí výzkumu vyplývá, že klienty je nutné v praxi neustále motivovat k užívání želatinovou kapslí, informovat je o výhodách a nevýhodách této aplikace pervitinu. Diskutovat s nimi na toto téma, protože od nich lze získat podstatné informace. Vizí do budoucna je motivování uživatelů pervitinu k aplikaci želatinovou kapslí přes uživatele-vrstevníky. Vzhledem k tomu, že mezi uživateli drog panuje velké množství mýtů o drogách a jejich užívání, je nutno postoj klientů mimo jiné měnit právě přes jejich známé, vrstevníky uživatele.

Nabídka želatinových kapslí se může stát pro pracovníky účinným prvkem pro navázání komunikace s uživatelem a změnu jeho rizikového chování. Želatinové kapsle také rozšiřují nabídku pro nasální uživatele drog, kterým nebylo doposud možné nabídnout něco podobného jako nitrožilním uživatelům injekční set. Lze tak předejít přechodu těchto osob k nitrožilní aplikaci, z důvodu zdravotních obtíží s nosní sliznicí či přepážkou. Zároveň může být kapsle využívána jako prevence na tanečních akcích.

Cílem práce není jen seznámit odbornou veřejnost s perorální aplikací pomocí želatinové kapsle, ale zahájit diskuzi na toto téma, a tak posunout výzkumnou činnost tohoto fenoménu výše.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Monografie:

- [1] BEIRNESS et al. *Harm reduction: What's in a Name?* Ottawa: CCSA, 2008. ISBN 1-897321-72-4.
- [2] EMCDDA: *Výroční zpráva za rok 2009: Stav drogové problematiky v Evropě*. Lucemburk: Úřad pro publikace Evropské unie, 2009. ISBN 978-92-9168-379-6.
- [3] HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. 2.vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-485-4.
- [4] HUNT et al. *A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use*. 2003. [cit. 2010-03-15]. Dostupné z WWW: <<http://www.adiktologie.cz/download/100/Hunt-Harm-reduction-full.pdf>>.
- [5] KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti, mezioborový přístup 1*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
- [6] KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti, mezioborový přístup 2*. Praha: 2003. ISBN 80-86734-05-6.
- [7] KALINA, K. et al. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Filia Nova, 2001. ISBN 80-238-8014-4.
- [8] KOL. AUTORŮ. *Seznam a definice výkonů drogových služeb*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2006. ISBN 80-86734-81-1.
- [9] MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-2563-602-5.
- [10] MRAVČÍK, V. et al. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2008*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2009. ISBN 978-80-87041-99-4.
- [11] MRAVČÍK, V. et al. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2007*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2008. 978-80-87041-46-8.
- [12] PELCOVÁ, D. et al. *Nejčastější otravy a jejich terapie*. Praha: Galén, 2009. ISBN 80-7262-60-8.
- [13] PRESTON, A. *Drogy na předpis. Vše o metadonu*. 2. díl, 1. vyd. Olomouc: Votobia, 1999. ISBN 80-7198-383-7.

- [14] REICHEL, J. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-3006-6.
- [15] RIDDER, M. *Heroin, od léku k droze*. Praha: Argo, 2002. ISBN 80-7203-441-3.

Časopisy:

- [26] DOLÁK, J. Metadonová substituce u klientů závislých na opiátech. *Adiktologie*, 2002, roč. 2, č. 1. ISSN 1213-3841.
- [17] GURYČOVÁ, Z. Perorální aplikace pervitinu formou želatinové kapsle. *Adiktologie*, 2010, roč. 10, č.1. ISSN 1213-3841.

Internetové zdroje:

- [18] *Aplikace* [online]. [cit. 2010-03-15]. Dostupné z WWW: <http://www.biotox.cz/toxikon/toxikologie/j_aplikace.php>.
- [19] *A History of the Harm Reduction Movement* [online]. [cit. 2010-04-07]. Dostupné z WWW: <http://www.harmreduction.org/search.php?section_logic_plus=By+Section&class=By+Class&date=Date%3A®ion=By+Region&q=§ion=&template_section=&author=By+Author&tag=By+Tag&fulltext=Don+McVinney&Search=Search&First_Name_2009=First+Name>.
- [20] *Expert doporučuje využít při léčbě drogové závislosti heroin* [online]. [cit. 2010-04-10]. Dostupné z WWW: <http://www.drogy.net/clanek/expert-doporucuje-vyuzit-pri-lecbe-drogove-zavislosti-heroin_2009_03_03.html>.
- [21] *Harm reduction History and Definitions* [online]. [cit. 2010-04-07]. Dostupné z WWW: <<http://www.addictioninfo.org/articles/256/1/Harm-Reduction-History-and-Definitions/Page1.html>>.
- [22] *Impetigo Overview* [online]. [cit. 2010-03-26]. Dostupné z WWW: <http://www.emedicinehealth.com/impetigo/article_em.htm#Impetigo%20Overview>.
- [23] *Medical prescription of heroin to treatment resistant heroin addicts: two randomised controlled trials* [online]. [cit. 2010-04-10]. Dostupné z WWW: <<http://www.bmj.com/cgi/content/full/327/7410/310>>.

- [24] *Methamphetamine Dosage* [online]. [cit. 2010-04-18]. Dostupné z WWW:
< http://www.erowid.org/chemicals/meth/meth_dose.shtml >.
- [25] *Návykové poruchy* [online]. [cit. 2010-04-02]. Dostupné z WWW:
<www.lf1.cuni.cz/zfisar/psychiatrie/Návykové%20poruchy.ppt>.
- [26] *Our clients* [online]. [cit. 2010-04-10]. Dostupné z WWW:
< http://supervisedinjection.vch.ca/our_clients/our_clients >.
- [27] *Prevence zneužívání syntetických drog* [online]. [cit. 2010-04-11].
Dostupné z WWW: < <http://extc.cz/program-pzsd.html> >.
- [28] *Types of Inhalants* [online]. [cit. 2010-03-11]. Dostupné z WWW:
<http://www.erowid.org/chemicals/inhalants/inhalants_info3.shtml>.
- [29] *What is Harm Reduction?* [online]. [cit. 2010-04-05]. Dostupné z WWW:
<http://www.ihra.net/Assets/2316/1/IHRA_HRStatement.pdf>.

Odborné přednášky:

- [30] Kandler M., Škařupová K., Orliková B. Projekt SaferParty jako fénix drogových služeb. 2009. AT konference, Měříň
- [31] Sklenář, O., Janouškovec V. Konečná stanice harm reduction? 2009. AT konference, Měříň
- [32] Valnoha, J. Harm reduction. 2009. Kvalifikační multidisciplinární kurz pro pracovníky v sociálních službách zaměřených na prevenci, léčbu a redukci škod zneužívání návykových látek, Brno
- [33] Větrovec, M. Užívání buprenorfinu na pražské drogové scéně. 2003 Harm reduction konference, Praha
- [34] Vobořil, J. Metamfetamin, pervitin, speed. 2009. Kvalifikační multidisciplinární kurz pro pracovníky v sociálních službách zaměřených na prevenci, léčbu a redukci škod zneužívání návykových látek, Brno
- [35] Voříšek, R. Těkavé látky. 2009. Kvalifikační multidisciplinární kurz pro pracovníky v sociálních službách zaměřených na prevenci, léčbu a redukci škod zneužívání návykových látek, Brno
- [36] Zavřelová, M. HIV/AIDS a virové hepatitidy. 2009. Kvalifikační multidisciplinární kurz pro pracovníky v sociálních službách zaměřených na prevenci, léčbu a redukci škod zneužívání návykových látek, Brno

Osobní konzultace:

- [37] MUDr. Kamrla René, internista, Nemocnice s poliklinikou Uherské Hradiště, rozhovor ze dne 23. 9. 2009
- [38] Mgr. Pernička Michal, klinický psycholog a psychoterapeut, Psychocentrum Zlín, rozhovor ze dne 10. 2. 2010
- [39] Strnadová, K., pracovnice DPS Elysium, Brno, osobní rozhovor ze dne 27. 9. 2007
- [40] Jarmila Šváblová, vedoucí Kontaktního centra CHILL OUT v Kyjově, osobní rozhovor ze dne 22. 2. 2008

Interní materiály:

- [41] Brožura *Jaké nádobíčko? Průvodce bezpečným bráním*. Sdružení Podané ruce,o.s., 2005
- [42] MUDr. Hejda V. *Onemocnění virem hepatitidy C: informace pro pacienty*. 2006
- [43] Interní materiály Národního monitorovacího centra pro drogy a drogové závislosti týkající se želatinových kapslí, 2009
- [44] Operační manuál Kontaktního centra Charáč v Uherském Hradišti, 2010
- [45] Staniček, J. Terénní programy pro uživatele drog, 2002
- [46] Guryčová, Z. Systém péče u uživatele návykových látek v České republice, Bakalářská práce. Opava: Slezská univerzita, Filozoficko-přírodovědecká fakulta, 2008

SEZNAM PŘÍLOH

- P I** Scénář rozhovoru s respondentem, jež jsem měla během interview k dispozici
- P II** Dotazník IN-COME byl vždy vyplněn před rozhovorem s respondentem. Pomohl dotvářet informace o respondentovi.
- P III** Srovnávací škála, na níž respondenti označovali body, které odpovídali jejich zkušenosti s účinkem pervitinu podaného želatinovou kapslí.
- P IV** Ukázka želatinových kapslí

PŘÍLOHA P I: SCÉNÁŘ ROZHOVORU

- Bereš kapslema?
 - Polykáš dávku i jinak než kapslí?
- Jaké drogy bereš kapslí?
 - viz. škály
 - Můžeš srovnat velikost tvójí dávky podle způsobu užití(kapsle, jehla, sniff, kouření)?
 - Můžeš srovnat délku účinku drog u jednotlivých způsobů braní?
- Jak často užíváš kapsle ve srovnání s jehlou, sniffem a kouřením?
 - Změnil se nějak počet dávek za den/týden od té doby co užíváš kapsle?
- Od koho ses dozvěděl o kapslích?
- Co tě vedlo k tomu užít poprvé kapsli?
- Jaké to bylo poprvé co sis dal kapslí?
 - Proč ses rozhodl užívat kapsle dál?
- Jsou pro tebe kapsle snadno sehnatelné?
 - Od koho kapsle bereš?
- Jaká situace by musela nastat abys přestal kapsle brát?
- Jaké jsou podle tebe nevýhody kapslí?
- Jak probíhá příprava dávky do kapsle?
 - Jak se ti s kapslí manipuluje při přípravě dávky?
- Jak se ti kapsle polykají?
 - Vyhovuje ti velikost kapsle?
- Dodržuješ nějaká pravidla před tím než si dáš kapsli?(piješ, jíš nebo ne?)
- Co si myslíš o „závislosti na jehle“?
- Baví se tvoji známí, kteří berou o kapslích?
 - Jakou s nimi mají zkušenost?
- Máš ke kapslím ještě něco, co jsme nezmínili během rozhovoru?

PŘÍLOHA P III: SROVNÁVACÍ ŠKÁLA

1. NÁJEZD

Kapsle

1=velmi slabý až neznatelný

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10=maximálně intenzivní

Jehla

1=velmi slabý až neznatelný

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10=maximálně intenzivní

Kouření

1=velmi slabý až neznatelný

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10=maximálně intenzivní

Sniff

1=velmi slabý až neznatelný

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10=maximálně intenzivní

2. DOJEZD

Kapsle

1=velmi slabý až neznatelný

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10=velmi nepříjemný

Jehla

1=velmi slabý až neznatelný

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10=velmi nepříjemný

Kouření

1=velmi slabý až neznatelný

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10=velmi nepříjemný

Sniff

1=velmi slabý až neznatelný

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10=velmi nepříjemný

PŘÍLOHA P IV: UKÁZKA ŽELATINOVÝCH KAPSLÍ

