

MASARYKOVA UNIVERZITA

Fakulta sociálních studií

Katedra sociální politiky a sociální práce



Faktory ovlivňující rizikové chování intravenózních uživatelů drog vedoucí k nákaze infekčními chorobami

Bakalářská práce

Martin Strnad, DiS.

Vedoucí práce: Mgr. Magda Frišaufová

Brno 2012

Čestně prohlašuji, že jsem tuto práci vypracoval samostatně, pouze s použitím zdrojů uvedených v seznamu použité literatury.

V Praze, dne 28. 12. 2012

Martin Strnad, DiS

Děkuji Mgr. Magdě Frišaufové za cenné rady, připomínky a čas, který mi věnovala při vedení této práce. Dále děkuji všem, kteří ke vzniku této práce jakkoliv přispěli.

Obsah

| | |
|---|-----------|
| Úvod | 6 |
| Teoretická část | 8 |
| 1 Základní pojmy | 9 |
| 1.1 Rizikové chování | 9 |
| 1.1.1 Rizikové chování injekčních uživatelů drog | 9 |
| 1.2 Injekční užívání drog | 10 |
| 1.3 Méně rizikové užívání drog | 12 |
| 1.4 Rizikové sexuální chování | 12 |
| 1.5 Infekční choroby intravenózních uživatelů drog | 12 |
| 1.5.1 Virová hepatitida B (VHB) | 13 |
| 1.5.2 Virová hepatitida C (VHC) | 13 |
| 1.5.3 HIV | 13 |
| 1.5.4 Ostatní infekční choroby | 14 |
| 2 Faktory ovlivňující rizikové chování | 16 |
| 2.1 Znalosti | 16 |
| 2.1.1 Znalosti infekčních chorob a způsobů jejich přenosu | 16 |
| 2.1.2 Znalosti bezpečnější aplikace | 17 |
| 2.1.3 Znalosti možností odborné pomoci a snižování rizik pro okolí | 17 |
| 2.2 Postoje a chování | 17 |
| 2.3 Podmínky | 19 |
| 2.3.1 Charakter prostředí | 19 |
| 2.3.2 Situace nedostupnosti prostředků pro méně rizikové užívání drog | 23 |
| 2.3.3 Specifické prostředí | 25 |
| 3 Závěry plynoucí z teoretické části | 27 |
| Metodologická část | 29 |
| 4 Metodologie | 30 |
| 4.1 Metoda, strategie výzkumu a její zdůvodnění | 30 |
| 4.2 Technika zjišťování | 30 |
| 4.3 Stanovení jednotky zkoumání a jednotky zjišťování | 31 |
| 4.3.1 Charakteristika respondentů | 32 |
| 4.4 Průběh výzkumu | 33 |
| 4.5 Operacionalizace | 33 |
| 4.6 Limity výzkumu | 35 |
| Empirická část | 37 |
| 5 Analýza a interpretace dat | 38 |
| 5.1 Znalosti uživatele | 38 |

| | |
|--|-----------|
| 5.1.1 Shrnutí | 39 |
| 5.2 Postoje uživatele | 40 |
| 5.2.1 Shrnutí | 41 |
| 5.3 Chování uživatele | 41 |
| 5.3.1 Shrnutí | 42 |
| 5.4 Prostředí podporující rizikové chování | 42 |
| 5.4.1 Shrnutí | 43 |
| 5.5 Situace podporující rizikové chování | 44 |
| 5.5.1 Shrnutí | 47 |
| 6 Závěr | 48 |
| 6.1 Doporučení pro praxi | 49 |
| Použitá literatura | 51 |
| Anotace | 54 |
| Jmenný rejstřík | 56 |
| Věcný rejstřík | 57 |
| Přílohy | 58 |
| Příloha 1 – Bezpečnější aplikace | 58 |
| Prostředky pro bezpečnější aplikaci | 58 |
| Místa vhodná k injekční aplikaci | 59 |
| Postup aplikace | 59 |
| Příloha 2 – Terénní programy a kontaktní centra pro uživatele drog | 61 |
| Terénní programy | 61 |
| Kontaktní centra | 61 |

Úvod

Užívání drog s sebou nese řadu významných rizik, a to především rizik zdravotních a sociálních. Nejohroženější je populace injekčních uživatelů drog, u nichž jsou sociální a zdravotní poškození nejmarkantnější. Tato poškození jsou důsledkem životního stylu a častého rizikového chování a vystavování se rizikovým situacím. Ačkoliv může tato skupina uživatelů představovat značné riziko pro běžnou populaci, je stále ze strany odpovědných míst (především místních samospráv) velmi marginalizována a není jí věnován dostatečný zájem a péče.

Téma rizikového chování injekčních uživatelů drog mě, jakožto terénního sociálního pracovníka pracujícího s cílovou skupinou drogově závislých, velmi zajímá. Můj zájem je soustředěn především na rizikové chování a rizikové situace vedoucí k nákaze infekčními chorobami. Mým cílem je na klienty působit tak, aby se rizikově chovali co nejméně a možným rizikovým situacím pokud možno předcházeli. Mají-li však být intervence funkční a něco platné, je důležité nejprve porozumět tomu, které druhy chování a situací vedou k nákaze infekční chorobou a proč se injekční uživatelé drog do situací, v nichž se chovají rizikově, dostávají. Právě prevence šíření infekčních chorob (a rizikového chování vedoucího k nákaze) je jedním z primárních úkolů nízkoprahových služeb a také jedním z pilířů přístupu „harm reduction“, tedy snižování škod, a přístupu „public health“, který se zaměřuje na veřejné zdraví. V popředí zájmu stojí především infekce virovou hepatitidou typu C, jejíž rozšíření v populaci injekčních uživatelů drog je alarmující, trpí jí téměř plná polovina z nich.

Cílem této práce je identifikovat faktory ovlivňující rizikové chování injekčních uživatelů drog vedoucí k nákaze infekčními chorobami a tak je formulována i hlavní výzkumná otázka. Je pravděpodobné, že do motivů rizikového chování se bude promítat více faktorů. Je tedy stěžejní porozumět, v jaké míře se jednotlivé faktory na rizikovém chování uživatelů drog podílejí a nakolik se vzájemně ovlivňují.

Práce je členěna do tří základních částí. První část práce se věnuje teorii, v níž jsou objasněny základní pojmy a dále rozpracováván teoretický základ, z něhož vyplývají dílčí výzkumné otázky, které umožní nalézt odpověď na hlavní výzkumnou otázku. Druhá část práce, věnující se metodologii výzkumu, pak popisuje vybranou výzkumnou strategii, techniku výzkumu a jejich zdůvodnění z hlediska cíle výzkumu.

Závěrečná empirická část obsahuje již samotnou analýzu získaných dat. V jejím závěru je podána odpověď na hlavní výzkumnou otázku a formulovány z ní vyplývající doporučení pro praxi.

Teoretická část

V úvodu teoretické části budou definovány základní pojmy, které vnímám pro tuto práci jako podstatné a budu s nimi dále v práci operovat. Po vymezení základních pojmů následuje část, jejímž cílem je teoretické ukotvení problematiky rizikového chování injekčních uživatelů drog. Tato část je členěna do podkapitol dle jednotlivých faktorů, které mohou mít vliv na rizikové chování injekčních uživatelů drog.

1 Základní pojmy

1.1 Rizikové chování

Rizikové chování lze obecně definovat jako „*takové vzorce chování, v jejichž důsledku dochází k prokazatelnému nárůstu zdravotních, sociálních, výchovných (včetně vzdělávacích) rizik pro jedince nebo společnost.*“ (Miovský, Zapletalová, 2006). Rizikové chování nemusí mít nezbytně rozměr sociálně-patologického jevu a někteří autoři se takovému označování určitých vzorců chování vyhýbají. Nicméně některé druhy rizikového chování jsou za sociálně-patologický jev považovány. Tak je tomu v případě užívání drog.

1.1.1 Rizikové chování injekčních uživatelů drog¹

Právě rizikové chování spojené s konzumací drog je považováno za hlavní příčinu zdravotních a sociálních poškození, jimiž trpí nejen jejich konzumenti, ale i jejich blízké a široké okolí. Blízkým okolím je míněna rodina a přátelé a jiné blízké osoby uživatele. Širokým okolím je pak především ostatní společnost (veřejnost), s kterou uživatel přichází do styku. V případě užívání drog se rizikovým chováním chápe „*Chování nebo typ užívání s vyšší pravděpodobností zdravotního a sociálního poškození v důsledku užívání drogy.*“ (Kalina a kol., 2001: 94). Důvody takového chování mohou být nevhodné návyky a postoje, nízká informovanost, ale také špatná sociální a ekonomická životní situace. Rizikové chování pojící se s abúzem drog zahrnuje nejen nebezpečné způsoby aplikace drogy, ale i chování uživatele v situacích, kdy drogu přímo nekonzumuje a není aktuálně intoxikován. Do tohoto rámce lze zařadit např. rizikové sexuální chování, nelegální zaopatřování prostředků pro nákup drogy a nevhodnou přípravu drogy k její konzumaci, respektive aplikaci. Dále je možné mezi rizikové chování zahrnout i aktivity provozované pod vlivem drog, ale s nimi přímo nesouvisející. Takovými aktivitami je např. řízení motorových vozidel, páčání trestné činnosti atd. V této práci se však budu věnovat pouze oblasti rizikového chování pojícího se s injekční aplikací.

Co se týče oblasti rizikového chování uživatelů drog obecně, je při práci s nimi věnována největší pozornost právě injekčnímu užívání. Injekční užívání se pojí

¹ Pro injekční uživatele drog/injekční užívání drog se užívá zkratka IUD. V tomto textu je zkratka užívána ve významu označujícím injekční uživatele drog.

s největšími riziky, jakými je nejen úmrtí v důsledku předávkování, ale také výrazně zvýšené riziko zdravotních poškození a především šíření infekčních kreví přenosných chorob, které je často injekčního užívání drog přímým důsledkem.

1.2 Injekční užívání drog

Injekčním užíváním drog je míněná nelékařská injekční aplikace návykových látek. Injekční užití látky je možné třemi způsoby – nitrožilně (intravenózně), do svalu (intramuskulárně), do podkoží (subkutánně) (Kalina a kol, 2001). Injekční způsob aplikace je spíše okrajovou záležitostí, je však veřejností považován za nejvíce signifikantní a nejrizikovější prvek fenoménu užívání drog.

V roce 2004 v zemích EU užívalo injekčně pět set tisíc až jeden milión lidí, což představovalo maximálně 5% z odhadovaného počtu uživatelů nelegálních drog. Nové údaje poskytlo ze zemí EU pouze 14 států a mezi jednotlivými státy panují velké rozdíly. Odhaduje se však, že prevalence injekčního užívání v Evropě spíše klesá, a to především díky poklesu injekčního užívání heroinu (Zaostřeno na drogy, 2004). V České republice však počet injekčních uživatelů v posledních letech vzrůstá. Jen v roce 2010 se jejich počet zvýšil z 35 300 na 37 200. Nárůst je spojován především s nárůstem počtu uživatelů pervitinu (Mravčík a kol., 2011).

Injekční způsob aplikace je nejčastěji spojován s „problémovými uživateli“. Jako takové je zahrnuto i v definici tzv. problémového užívání drog. Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti² definuje problémové užívání drog jako: „*intravenózní užívání drog (IUD) a/nebo dlouhodobé či pravidelné užívání opiátů a/nebo drog amfetaminového typu a/nebo kokainu. Do pojmu „problémové užívání“ se nezahrnuje užívání extáze a konopí.*“ (Kalina in Kalina a kol., 2003: 17).

Česká definice problémového užívání drog je poněkud přizpůsobena našim domácím podmínkám. Nezahrnuje užívání kokainu, neboť užívání kokainu je v ČR stále spíše okrajovou záležitostí. V kontextu ČR se tedy jedná především o injekční uživatele pervitinu, Subutexu^{®3}, a v omezené míře též uživatele heroinu.

² European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) je agenturou, jejímž úkolem je shromažďovat a poskytovat EU a jejím členským státům kvalitní údaje a informace týkající se problematiky užívání drog na území EU. V jednotlivých členských státech jsou pak zřízena monitorovací střediska na národní úrovni.

³ Subutex[®] je substituční preparát určený k substituční léčbě uživatelů opiátů, účinnou látkou je syntetický opioid buprenorfin. Tento preparát začal být hojně zneužíván a obchodován na černém trhu.

Injekční užívání, respektive zneužívání, návykových látek je nejrizikovějším způsobem jejich aplikace. Právě injekční užívání drog je považováno za původce většiny, především vážných zdravotních poškození, jimiž intravenózní uživatelé drog trpí. Stejně tak na vrub injekčního užívání připadá většina případů úmrtí v důsledku předávkování.

Mezi nejčastější rizika je řazeno především riziko nákazy infekčními chorobami (sdílení injekčních stříkaček), dále pak infekce v místě vpichu a poškození žilního a kardiovaskulárního systému (infekční endokarditida) a v neposlední řadě také poškození způsobená konkrétní aplikovanou látkou (předávkování, nekvalitní a příměsemi kontaminované „pouliční“ drogy).

V případě přenosu infekčních chorob není riziko spojeno pouze se samotnou aplikací injekční stříkačkou, ale také s návyky uživatele spojenými s vlastní přípravou a konzumací drogy a s parafernáliemi k tomu používanými. Mezi tyto parafernálie patří především voda a nádobka na rozdělávání drogy (tzv. rozdělávačka). *"Hlavním rizikovým faktorem z hlediska nákazy krví přenosnými infekcemi je sdílení jehel, stříkaček a dalšího náčiní používaného k přípravě a injekční aplikaci drogy. I mezi uživateli drog, kteří podle svých slov nikdy nesdíleli jehly nebo stříkačky, je běžné, že sdílejí materiál určený k přípravě drogy, např. nádoby na rozmíchání drogy, vodu k rozpuštění drogy nebo filtry, což může vést k přenosu virových hepatitid (B, C). Je rovněž prokázáno, že osoby, které si injikují drogy, jsou ve značné míře postiženy kožními, žilními a krevními infekcemi, ke kterým dochází v důsledku injekčních praktik za použití nesterilního materiálu."* (Zaostřeno na drogy, 2012: 3).

Vlastní injekční užívání spolu s návyky při přípravě a aplikaci drogy lze tedy zahrnout mezi stěžejní rizikové chování, které ohrožuje na zdraví samotného uživatele drog a ve svém důsledku též ostatní společnost. Následky a poškození spojená s injekčním užíváním je však možné snížit, pokud bude uživatel při aplikaci dbát jistých pravidel.

Později se objevily další substituční preparáty se stejnou účinnou látkou, jedná se např. o preparáty Suboxone[®], Ravata[®] a Buprenorphine Alkaloid[®]. Mezi uživateli je však nejpoblábnější a nejrozšířenější právě Subutex.

1.3 Méně rizikové užívání drog

V této práci je méně rizikovým užíváním drog míněna méně riziková injekční aplikace. Stranou je ponecháno perorální užívání, kouření a jiné než injekční užívání drog.

Pakliže konzument užívá drogy injekčně, je možné některá rizika, která jsou s tímto způsobem užívání spojená, snížit. Dodržováním pravidel bezpečnější aplikace je možné řadě rizik předejít či je alespoň omezit. Jde především o úmrtí v důsledku předávkování, nákazu infekčními chorobami a poškození žilního systému. Pravidla bezpečnější aplikace doporučují vhodné prostředky k aplikaci, vhodná místa k aplikaci a vhodný postup při aplikaci.

1.4 Rizikové sexuální chování

Vedle injekční aplikace je ve vztahu k šíření infekčních chorob významným ohrožením rizikové sexuální chování. Šíření infekčních chorob tímto způsobem, tedy sexuálním stykem (orálním, vaginálním, análním), ohrožuje přímo také ostatní populaci, jež neužívá drogy a není součástí komunity uživatelů drog. Jednou z možných příčin šíření infekčních chorob mimo komunitu drogově závislých mohou být partnerské svazky uživatelů drog s neuživateli. Neužívající partneři často nemusí o partnerově závislosti, potažmo onemocnění infekční chorobou, vůbec vědět. Obecně pak v partnerských svazcích, a to jak uživatele s uživatelem, tak také uživatele s neuživatelem, nemusí být vždy užíváno kondomu. Užití, respektive neužití, kondomu mívá často symbolický rozměr, tedy projev intimity, důvěry, lásky (EMCDDA, 2001). Svůj podíl na šíření infekčních chorob má také prostituce. Řada uživatelů a uživatelů volí jako způsob obživy v určité fázi své drogové kariéry prostituci. Jejich zákazníci nemusí být pouze jiní uživatelé drog, ale také neuživatelé z řad ostatní společnosti, kteří tento druh služeb vyhledávají.

Nejčastějšími chorobami, které mohou být takto šířeny, jsou především virová hepatitida C (VHC) a virová hepatitida B (VHB), HIV a v posledních letech syfilis a též kapavka.

1.5 Infekční choroby intravenózních uživatelů drog

Vedle smrtelného předávkování⁴ je nákaza infekční chorobou jedním z největších rizik,

⁴ V České republice došlo v roce 2010 k 55 případům úmrtí v důsledku předávkování (nelegální) drogou.

jež hrozí injekčnímu uživateli drog. U IUD v ČR jde především o krví přenosné virové hepatitidy typu B a C.

1.5.1 Virová hepatitida B (VHB)

Virová hepatitida B je považována za nejčastější pohlavně přenosnou chorobu. Přenášena je infikovanou krví, tkáněmi a tělesnými sekrety (ejakulát, vaginální sekret, sliny, slzy a mateřské mléko). První příznaky v akutní fázi mohou být nespecifické a připomínat chřipkové onemocnění. Následně se přidávají a prohlubují další příznaky, mezi které patří změna zabarvení moči, stolice a zežloutnutí kůže. Avšak velká část onemocnění může probíhat téměř bezpříznakově. V akutní fázi je pacient pro své okolí velmi infekční. Po fázi vymizení příznaků přechází onemocnění do chronicity. K závažným pozdním následkům patří jaterní cirhóza, jaterní selhání a rakovina jater. Proti VHB je dostupné účinné očkování (Řehák, Krekulová, 2002).

U VHB bylo v ČR za rok 2010 zaznamenáno 244 nových případů nákazy, přičemž 76 jich připadalo na injekční uživatele drog (Mravčík, 2011).

1.5.2 Virová hepatitida C (VHC)

Virová hepatitida C je chorobou, která je přenášena převážně krví, riziko nákazy běžným (vaginálním) pohlavním stykem je velmi nízké. K nákaze postačí i velmi malé množství krve, které může ulpět v částech injekční stříkačky a jehly, které není možné po aplikaci zcela vyprázdnit. Akutní VHC probíhá ve většině případů bezpříznakově a většina případů onemocnění je odhalena až po přechodu do chronicity. Následky chronického onemocnění se rozvíjejí v řádu desítek let a bývají u nemocných rozdílné. Nejvíce postiženým orgánem jsou játra, ale objevují se i další poškození i mimo tento orgán (Řehák, Krekulová, 2002).

U VHC jsou počty nakažených poměrně vysoké a vyšší je i počet nakažených IUD. V ČR bylo v roce 2010 zaznamenáno 709 nových případů nákazy, přičemž polovina z nich byla zjištěna u injekčních uživatelů drog (Mravčík, 2011).

1.5.3 HIV

Virus HIV napadá v lidském těle především buňky imunitního systému. Důsledkem

K největšímu nárůstu došlo v počtu úmrtí v důsledku předávkování těkavými látkami. V souvislosti s nimi bylo zaznamenáno 16 úmrtí, což je oproti roku 2009 dvojnásobný počet. Počty úmrtí v důsledku předávkování opiátů/opiodů a pervitinu se téměř nezvýšily. V případě opiátů/opiodů se jednalo o 19 úmrtí, v případě pervitinu pak o 18 úmrtí. Poprvé byla registrována úmrtí (2 případy) v důsledku předávkování fentanylem (syntetický opioid) (Mravčík, 2011).

nákazy virem HIV je onemocnění AIDS, které je charakterizováno závažnou poruchou imunity s přítomností řady infekcí a nádorů ve většině orgánových systémů. Pro nákazu HIV je charakteristické dlouhé bezpříznakové období, kdy je nakažený velkým rizikem pro své okolí, neboť je infekční téměř okamžitě po vniknutí viru HIV do organismu, infekčním zůstává do konce života. K infekci dochází krevní cestou, sexuálním stykem a také přenosem z matky na dítě. Onemocnění je nevyléčitelné, lze však oddálit rozvoj pozdních stádií onemocnění (Minařík, Řehák in Kalina a kol., 2008).

Riziko nákazy virem HIV není v kontextu ČR aktuálně tak vysoké jako v případě virových hepatitid, přesto jej nelze podceňovat. V roce 2010 bylo hlášeno 180 nových případů. Z tohoto počtu bylo pouze 5 případů spojováno s injekční aplikací drog. Je tedy zřejmé, že v případě nákazy HIV je injekční aplikace spíše marginálním způsobem nákazy. Riziko nákazy virem HIV je zvýšené především v případě homosexuálního/bisexuálního styku, resp. v případě sexuálního styku muže s mužem. Homosexuální styk se v kontextu ČR v roce 2010 podílel 71,1 % na celkovém počtu nových případů nákazy virem HIV (Malý a kol., 2011).

1.5.4 Ostatní infekční choroby

Ostatní infekční choroby, které postihují injekční uživatele drog, jsou spojeny výhradně se sexuálním přenosem a se špatnými hygienickými návyky. Spadá sem především syfilis a kapavka a virová hepatitida A⁵.

Z těchto chorob je nevýznamnější především nákaza syfilis. U této choroby bylo v ČR za rok 2010 evidováno 1022 nových případů nákazy, z čehož 113 připadalo na injekční uživatele drog. U injekčních uživatelů drog pak počet případů onemocnění syfilis od roku 2006 výrazně narůstá.

V případě kapavky je výskyt u IUD daleko nižší. V ČR se v roce 2010 nakazilo 756 osob, z nichž 10 užívalo injekčně drogy.

Nákaza virovou hepatitidou A (VHA) se pojí především se špatnými hygienickými návyky – přenos je převážně fekálně-orální (Řehák, Krekulová, 2002). Ohroženy jsou tedy osoby žijící v neuspokojivých podmínkách. V roce 2008 došlo

⁵ Ve výčtu ostatních infekčních chorob není uvedena tuberkulóza (TBC). Domnívám se, že její šíření nelze spojovat s rizikovým chováním, ale spíše s celkovou sociální situací a životním stylem sociálně vyloučených, především pak lidí bez přístřeší. V České republice došlo v roce 2010 k 680 případům nákazy TBC, z čehož 14 případů bylo zaznamenáno u injekčních uživatelů, u alkoholiků pak bylo zaznamenáno plných 80 případů (Mravčík, 2011).

k epidemii VHA, počátek epidemie byl spojován s IUD, kdy v počátečním období (květen-červen) byly 2/3 případů nákazy prokázány u IUD, posléze se onemocnění šířilo mezi dalšími rizikovými skupinami a dále mezi běžnou populací. V roce 2008 bylo celkově evidováno 1649 případů, z nichž 228 připadalo na IUD (Mravčík a kol., 2009).

2 Faktory ovlivňující rizikové chování

Pokud dojde k nákaze nějakou z infekčních chorob, pak tomu bývá zpravidla v důsledku rizikového chování. V praxi se setkávám jen zřídka s tím, že by nákaza byla skutečným dílem nešťastné náhody. Otázkou však je, co je důvodem toho, že se injekční uživatel k takovému druhu chování uchýlí. Domnívám se, že uživatele k takovému chování vedou tři základní faktory – na straně uživatele jsou to jeho znalosti, postoje a chování, a na straně vnějších vlivů podmínky (situace, prostředí). Je pravděpodobné, že první dva faktory (znalosti, postoje a chování) bude uživatel zpravidla s to ovlivnit, poslední faktor (podmínky) však bude spíše ovlivňovat uživatele. Je také pravděpodobné, že se tyto faktory mohou vyskytovat společně a vzájemně se posilovat. V této části práce se v některých momentech opírám mimo jiné také o vlastní zkušenosti nabyté při terénní práci s drogově závislými v prostředí pražské otevřené drogové scény.

2.1 Znalosti

Znalosti hrají v případě šíření infekčních chorob u injekčních uživatelů drog zcela jistě zásadní roli. Jestliže IUD nemá patřičné a relevantní znalosti, pak nemusí v rozhodující okamžik (např. injekční aplikace drogy) vědět, že se chová rizikově a jaké nebezpečí z takového chování pro něho vyplývá. Zásadní jsou informace o infekčních chorobách a jejich šíření, a informace o bezpečnější aplikaci drog. Tedy informace, jež dopomohou nákaze předejít. Jestliže už k nákaze došlo, pak by měl IUD disponovat informacemi o tom, kde vyhledat náležitou odbornou pomoc, a také informacemi, jak se chovat, aby neohrozil své okolí.

2.1.1 Znalosti infekčních chorob a způsobů jejich přenosu

Uživatel drog by měl mít povědomí o tom, jaké infekční choroby mu hrozí. Přesněji tedy informace o chorobách, u nichž je zvýšené riziko, že se jimi nakazí v souvislosti se svým životním stylem, tedy především o krvi přenosných chorobách, jako je VHB, VHC a HIV. Tyto choroby jsou často spojovány právě s přenosem při injekční aplikaci drog a rizikovém sexuálním chování. Stěžejní je samozřejmě znalost způsobů přenosu. Nicméně důležitá je i znalost zdravotních komplikací, které tyto choroby způsobují,

neboť to může uživatele vést k tomu, že tyto choroby nebude podceňovat. Podrobněji se infekčním chorobám věnuji na jiném místě této práce⁶.

2.1.2 Znalosti bezpečnější aplikace

Dostatečné znalosti způsobů a pravidel bezpečnější aplikace drog mohou IUD uchránit nejen před nákazou infekčními chorobami, ale také před ostatními zdravotními poškozeními, jež se pojí s injekční aplikací, a samozřejmě také před úmrtím v důsledku předávkování.

Pravidla bezpečnější aplikace zahrnují výčet a použití vhodných prostředků⁷ pro aplikaci (injekční stříkačky, jehly, voda, filtry atd.), dále pak vhodná místa pro aplikaci a postup bezpečnější injekční aplikace. Tato pravidla počítají s intravenózní aplikací v běžných podmínkách, nikoliv s aplikací ve sterilním nemocničním prostředí. Pro představu jsou tato pravidla a vhodné prostředky pro bezpečnější injekční aplikaci ve stručnosti uvedena v Příloze 1.

2.1.3 Znalosti možností odborné pomoci a snižování rizik pro okolí

Mezi důležité znalosti patří i znalosti o dostupné péči a odborné pomoci, kterou může IUD vyhledat. Pokud se uživatel choval rizikově, pak je pro něho důležitou informací, kde se může nechat na infekční choroby testovat. Pokud již došlo k nákaze, pak jsou důležité znalosti o dostupnosti, respektive síti odborné lékařské pomoci, popřípadě léčby. Stejně tak by uživatel měl mít znalosti, jak se v případě nákazy infekční chorobou chovat ve vztahu ke svému okolí tak, aby chorobu dále nešířil. V tomto případě se pojí opět znalosti o infekčních chorobách a způsobech jejich přenosu spolu se znalostmi bezpečnější aplikace.

2.2 Postoje a chování

Při práci s drogově závislými se setkávám s tím, že i když mají patřičné znalosti (šíření infekčních chorob, bezpečná aplikace), přesto se chovají rizikově. To potvrzuje i výzkum mezi klienty pražských nízkoprahových zařízení, který proběhl v roce 2010. Respondenti (563) prokázali dobré znalosti pravidel bezpečné aplikace a také dostatečné znalosti o krví přenosných chorobách. Přesto se chovali rizikově. Uvedli řadu nevhodných návyků při rozdělávání drogy a při její aplikaci. Jako nejvíce rozšířené

⁶ Viz kapitola 1.5.

⁷ Často je užíváno souhrnné označení „harm reduction materiál“.

rizikové chování se ukázalo být připravování tzv. výplachů⁸. 36,6 % procenta provádí výplach po sobě a 9,2 % v případě potřeby udělalo výplach z injekční stříkačky někoho jiného, přičemž spoléhali, že dotyční jsou zdraví. Nicméně téměř 70 % neguje sdílení injekční stříkačky (Verner, 2010).

Domnívám se, že to pramení z jejich postojů a vztahu k sobě (svému zdraví) a svému okolí. IUD nenahlíží na infekční choroby jako na zásadní zdravotní riziko, jež by je fatálně ohrožovalo. Ani v případě nákazy HIV nejsou jejich obavy značné, a to z důvodu dlouhodobě nízké prevalence HIV mezi IUD. Stejně tak jim často nebrání v rizikovém chování zcela zjevná zdravotní poškození způsobená injekční aplikací, jako jsou abscesy, flegmóny, poškození žilního systému atd. Také z výše uvedeného výzkumu vyplynulo, že klienti se chovají ke svému okolí méně rizikově, než k sobě samým.

Tendence k rizikovému chování může být u uživatele posílena také k závislosti přidruženou psychickou poruchou. Jestliže je u uživatele diagnostikována závislost na návykových látkách a zároveň psychická porucha, hovoří se o tzv. psychiatrické komorbiditě, popř. duální diagnóze. Světová zdravotnická organizace definuje komorbiditu (duální diagnózu), jako „*souběžný výskyt poruchy spojené s užíváním psychoaktivní látky a další duševní poruchy u téhož jedince*“ (Úkol drogy, 2004).

Uživatele drog s duální diagnózou je možné rozdělit do dvou skupin. Do první skupiny spadají osoby s psychiatrickou diagnózou, do druhé skupiny pak spadají osoby, které jsou spíše uživateli drog, u nichž se některé psychické obtíže rozvinuly až v důsledku užívání psychoaktivních látek. Nejasná zůstává kauzalita, tedy nakolik je zvýšená pravděpodobnost rozvinutí závislosti na návykových látkách u osob s psychickým onemocněním, a naopak, tedy nakolik závislost na psychoaktivních látkách podněcuje rozvoj psychických onemocnění, případně, zda jsou psychická onemocnění a závislost na psychoaktivní látce projevem/důsledkem stejné základní příčiny (Miovská, 2006).

Studie poukazují na to, že vedle závislosti se s dalšími psychickými poruchami potýká až 80 % uživatelů drog (Úkol drogy, 2004). Uživatelé drog často trpí depresemi a úzkostnými stavy, dissociálními poruchami osobnosti, psychózami a toxickou

⁸ Výplach je způsob opatření si drogy v nouzi vypláchnutím použité stříkačky či použitých filtrů, a to jak své vlastní stříkačky (filtrů), tak stříkačky (filtrů) jiného uživatele. V extrémních případech bývá použito také nalezené „anonymní“ injekční náčiní.

psychózou. Např. u uživatelů s dissociální poruchou osobnosti byla prokázána vyšší tendence k užití cizích injekčních stříkaček a jehel (Nešpor in Kalina a kol., 2003). Je tedy možné, že právě ataka psychického onemocnění znemožní uživateli nahlížet racionálně své chování a domýšlet jeho důsledky.

Do další kategorie uživatelů drog s vyšším sklonem k rizikovému chování lze vyčlenit uživatele se specifickým světonázorem, který ovlivňuje jejich postoje a jednání. Do kontaktu se dostávám s řadou uživatelů, kteří se hlásí (vnějšími znaky i prezentovanými názory) k punkové subkultuře a ve shodě s jejím heslem „No Future“ důsledky svého chování k sobě samotným i svému okolí do značné míry prostě ignorují a chovají se silně sebedestruktivně⁹.

2.3 Podmínky

Podmínky, za jakých dochází k injekční aplikaci, mají velký vliv na to, jak se IUD chová. Přesněji řečeno na to, zdali se IUD chová či nechová rizikově. Samy podmínky mohou vytvářet rizikové situace a uživatele drog k rizikovému chování podněcovat. Nejvýznamnější je v tomto ohledu charakter prostředí, ve kterém se IUD pohybuje a ve kterém i aplikuje. Dále je pak rozhodující situace dostupnosti/nedostupnosti sterilního injekčního materiálu a dalšího materiálu potřebného k bezpečnější aplikaci. Jako velmi rizikové podmínky jsou pak ty, kdy se spojí vliv specifického prostředí (náchylného k výskytu rizikového chování a výskytu infekčních nemocí) a situace nedostatku sterilního aplikačního materiálu.

2.3.1 Charakter prostředí

Charakter prostředí, ve kterém se uživatel pohybuje a ve kterém dochází k injekční aplikaci, může mít značný vliv na jeho chování, respektive na tendenci k rizikovému chování. S rizikovým chováním se lze setkat především v místech zvýšené koncentrace uživatelů drog. Tato místa jsou označována jako drogová scéna. Drogová scéna je tedy místem, kde se sdružuje více uživatelů návykových látek a zpravidla tam zároveň dochází k obchodu a distribuci drog a také k jejich přípravě a konzumaci. Lze rozlišit tři druhy drogové scény: otevřená drogová scéna, polootevřená drogová scéna, uzavřená drogová scéna (Kalina a kol, 2001).

⁹ Tato skupina uživatelů často drogy kombinuje s alkoholem, který lze u řady z nich považovat za primární drogu. Domnívám se, že intoxikace alkoholem bude v jejich případě tendence k rizikovému chování ještě posilovat.

Například užívání na otevřené drogové scéně vyžaduje zkrácení doby aplikace drogy na minimum. V exponovaných chvílích uživatelé mohou upouštět od pravidel bezpečné aplikace¹⁰.

Uzavřená drogová scéna skýtá v tomto ohledu jiná úskalí. Konzumace či aplikace drog nabývá více komunitního charakteru. Při aplikaci může docházet ke sdílení injekčního náčiní a parafernálií, navíc také mohou uživatelé vzájemně přejímat nevhodné návyky ve smyslu rizikového chování při aplikaci.

1) Otevřená drogová scéna

Otevřenou drogovou scénou jsou míněna především veřejná prostranství (parks, náměstí atd.) kde dochází ke zvýšenému pohybu uživatelů drog. Důvodem zvýšeného pohybu uživatelů drog na těchto místech je především nákup a prodej drog. Nicméně bývají i místem získávání financí, a to především prodejem kradeného zboží. Na otevřené drogové scéně se tedy pohybují jak samotní uživatelé, tak i distributoři drog. Otevřená drogová scéna je spíše záležitostí větších měst. Její existence bývá spojena i s dalšími negativními jevy, těmi je ve většině případů injekční aplikace a jiné narušování veřejného pořádku. Proto bývá snahou většiny městských samospráv eliminace otevřené drogové scény, popřípadě její vytlačení mimo frekventované lokality.

"The concept of open drug scene covers differing elements. The term is used for meeting points where drugs are sold and for places where users aggregate and meet each other. It is also used in describing the problems of nuisance and public reactions to the scenes and the development of subcultures that might be experienced offensive. According to Bless et al, there is no generally accepted definition of a drug scene as locations, types of drugs and types of users might vary. The core concept is of course that several users meet and that drug are sold and used. The open drug scene is defined by Bless as 'all situations where citizens are publicly confronted with drug use and drug dealing'." (Waal, 2004).

„Koncept otevřené drogové scény zahrnuje různé prvky. Termín je užíván pro označení míst, kde se prodávají drogy a míst, kde se shromažďují a setkávají jejich uživatelé. Termín je také užíván pro popis nepříjemných problémů a reakcí veřejnosti

¹⁰ Viz Příloha 1.

na scénu a rozvoj subkultur, které mohou být vnímány jako obtěžující. Dle Blesse a kol. neexistuje obecně přijímaná definice drogové scény, neboť se může lišit lokalita, typ drogy a typ uživatelů. Jádrem konceptu je samozřejmě fakt, že se setkává několik uživatelů a dochází k prodeji a konzumaci drog. Drogová scéna je Blessem definována jako ‚všechny situace, při nichž je občan veřejně konfrontován s užíváním drog a jejich distribucí‘.“(vlastní překlad).

Je tedy pravděpodobné, že vzhledem ke zvýšenému výskytu uživatelů drog bude v místě otevřené drogové scény zvýšen i výskyt rizikového chování. Podmínky veřejného prostranství a tlak veřejnosti a represivních složek rizikovému chování přímo napomáhá. Uživatelé se snaží dobu trvání aplikace zkrátit na minimum a v důsledku toho nemusí vždy dodržovat pravidla bezpečné aplikace. Potřeba rychlé aplikace může mít několik důvodů. Tím hlavním důvodem je zvýšený pohyb osob, a to jak běžných občanů, tak především represivních složek (policie), které zpravidla veřejnou aplikaci netolerují a naopak se jí snaží zamezovat. Dále se uživatelé mohou obávat, že budou o své drogy připraveni jinými uživateli, což hrozí v obdobích, kdy je „v ulicích“ nedostatek drog. Potřeba rychlé aplikace pak může být vyvolána také snahou otestovat kvalitu drogy bezprostředně po jejím zakoupení. V neposlední řadě pak může tendence k rizikovému chování posilovat prostý rozvoj abstinenčního syndromu.

Vyšší koncentrace sociálně vyloučených osob může pak stanovovat pro ostatní společnost znatelné riziko. Například v případě infekčních chorob může takto soustředěná komunita stát na počátku masového šíření infekce. Příkladem může být epidemie žloutenky typu A v hl. městě Praze, v roce 2008¹¹.

Existence otevřené drogové scény může přinášet i jistá pozitiva. Otevřenou drogovou scénu lze poměrně snadno monitorovat a kontrolovat. Je také dobře dostupná službám, které se zaměřují na cílovou skupinu uživatelů drog. Pro tyto služby (tzv. nízkoprahové služby) je na otevřené scéně snazší s uživateli navázat a rozvíjet kontakt. V rámci kontaktu pak mohou šířit adekvátní informace a přímo vhodně ovlivňovat postoje a chování uživatelů drog.

2) Polootevřená drogová scéna

Polootevřenou drogovou scénou jsou míněna místa se zvýšenou koncentrací

¹¹ Viz kapitola 1.5.4.

uživatelů drog, která mají charakter veřejně přístupného prostoru, nicméně nejsou natolik exponována, jako je tomu v případě otevřené drogové scény. Mezi takové prostory se řadí např. restaurace, bary, kluby a jiné zábavní podniky. Tento druh scény není svým charakterem pro tuto práci podstatný, protože se dle mého názoru jedná o druh scény, který nese prvky jak otevřené, tak i uzavřené drogové scény a je jakýmsi jejich přechodem či prolnutím.

3) Uzavřená drogová scéna

Uzavřenou drogovou scénu tvoří převážně komunita drogově závislých, kteří se pohybují v prostředí bytů a soukromých klubů, popřípadě uzavřených akcí. Uživatelé zde fungují ve skrytu a anonymitě. S ostatní populací se spíše nesetkají. Uzavřená drogová scéna neumožňuje téměř žádnou kontrolu a monitorování. Zůstává skryta jak oficiálním místům, tak i službám pro uživatele drog, pakliže to sami uživatelé nechtějí jinak. Navázání kontaktu s uživatelem pohybujícím se na uzavřené drogové scéně je nesnadné a časově velmi náročné, navíc návštěvy uživatelů např. v bytech skýtají četná rizika. Je tedy poměrně obtížné zprostředkovat těmto uživatelům adekvátní informace a ovlivňovat jejich postoje a vzorce chování. Uzavřená drogová scéna je velmi typická pro malá města, kde vzhledem k neexistující anonymitě nemůže komunita uživatelů drog fungovat v modelu otevřené drogové scény. Důvodem pro setrvávání v anonymitě může být buď prostá snaha nebýt v centru pozornosti, nebo snaha abúzus drog utajit před okolím.

Užívání drog na uzavřené drogové scéně v zásadě komunitní charakter. Uživatelé často spolu dlouhodobě sdílejí společnou domácnost, a proto se domnívám, že je pravděpodobné, že se některé činnosti mohou ritualizovat a být pak provozovány celou skupinou. Tak to je i v případě injekční aplikace drog. Droga může být užívána kolektivně. Příkladem takového chování je užívání roztoku opia ze společné nádoby v Polsku (kompot) a v Rusku (širka). V Polsku je tento způsob společné aplikace „kompotu“ spojován s epidemií HIV u nitrožilních uživatelů drog v polovině 90. let. Od roku 1985, kdy se započalo s rutinním sběrem epidemiologických dat týkajících se šíření HIV/AIDS, do konce roku 2010 bylo v Polsku evidováno 14 027 případů nákazy HIV, z nichž plných 42 % procent připadalo na injekční uživatele drog, počty nových případů se rapidně zvyšovaly právě v letech 1993 – 1996 (Malczewski, 2010).

Kromě užívání společné drogy může být v takovém komunitním prostředí s četnými skupinovými rituály vnímáno i sdílení injekčního materiálu a parafernálií jako běžná norma. Řadu možných vysvětlení, proč injekční uživatelé sdílejí injekčních stříkačky, předkládá Grund ve své práci, věnující se fenoménu sdílení injekčního náčiní v subkultuře IUD. Uvádí, že důvody jsou povahy instrumentální, ekonomické, sociální a symbolické. Sociální a symbolická povaha sdílení injekčního materiálu je vysvětlována interakcemi, které upevňují, popřípadě potvrzují vztahy a hierarchii v rámci skupiny. Zajímavou teorií je pak vysvětlení sdílení stříkaček jako potřeby, hledání (a také jasné demonstrace) sounáležitosti a důvěry v prostředí, kde panují poměry spíše opačné (Grund et al., 1996). Domnívám se, že právě sociální a symbolický základ je častější na uzavřené drogové scéně spíše než na scéně otevřené. Ekonomická stránka věci pak je spojena především s nákupem drog, tedy se situacemi, kdy se více uživatelů finančně spolupodílí (skládá se) na nákup dávky drogy. Instrumentální povaha pak pramení především z nedostatku či nedostupnosti sterilního injekčního náčiní.

2.3.2 Situace nedostupnosti prostředků pro méně rizikové užívání drog

Domnívám se, že situace, kdy je nedostatek sterilního materiálu (a také informací), či je dokonce zcela nedostupný, patří, co se výskytu rizikového chování IUD týče, mezi ty nejexponovanější.

K takovým situacím dochází podle samotných uživatelů především ve večerních a nočních hodinách, kdy nejsou v provozu zařízení či programy, u nichž by si uživatelé sterilní materiál mohli opatřit. To může vybízet k tomu, že uživatel opakovaně použije svůj vlastní materiál, který má při sobě, či dokonce použije materiál cizí, popřípadě nalezený. Jediným způsobem, jak se dostat ke sterilnímu materiálu, je nákup od jiného uživatele, který sterilním materiálem disponuje a takové situace obchodně využije. Ceny za jednu stříkačku prý bývají velmi přemrštěné a tedy mimo finanční možnosti řady uživatelů.

Další situací, kdy se uživatel potýká s akutním nedostatkem sterilního materiálu, může být situace po propuštění z cely předběžného zadržení (CPZ), kde může být uživatel policií ponechán až 48 hodin. Policie, dle svědectví samotných uživatelů, injekční náčiní odebírá, a to jak použité, tak i to sterilní. Ne vždy jim pak materiál po propuštění vrátí. Uživatel nemusí být propuštěn v čase, kdy je možnost si sterilní

materiál opatřit, a navíc se již u něj projevuje abstinenční syndrom. V takové situaci je pravděpodobné, že sáhne po materiálu, který je nejrychleji a nejsnáze dostupný. Tedy opět po materiálu cizím nebo nalezeném. Navíc, pokud není s to sehnat v krátkém časovém horizontu drogu, požádá často jiného uživatele o část dávky. Ten mu pak jeho díl ponechá ve své stříkačce, nebo ze své přestříkne díl dávky do jiné stříkačky. Je tedy zřejmé, že situace po propuštění z CPZ v sobě spojuje více rizikových faktorů.

K opatření sterilního materiálu může IUD využít dva základní zdroje: běžnou síť lékáren a výměnné programy určené uživatelům drog. Uživatelé referují, že personál řady lékáren odmítá osobám, u nichž předpokládá užívání drog, injekční materiál prodávat. Pokud prodávají, tak neztídka ve větším balení, které je pro řadu uživatelů finančně nedostupné. Lékáren tedy nejvíce využívají IUD, kteří jsou stabilizovaní a v obstojné sociální a finanční situaci, nebo se vyhýbají z důvodů anonymity kontaktu s jakoukoliv institucí.

Dostupnost injekčního materiálu je v omezování šíření infekčních chorob mezi IUD zásadním faktorem. Ke zvýšení dostupnosti slouží výměnné programy, jejichž účinnost (především v případě šíření HIV/AIDS) byla potvrzena řadou výzkumů, za přiměřený je považován počet 200 kusů injekčních stříkaček a jehel na jednoho uživatele za rok (WHO, 2004). V ČR je poměrně dobře rozvinutá síť těchto programů. V roce 2010 bylo v provozu 96 zařízení, která zdarma distribuovala 4 942 816 injekčních stříkaček a jehel. Rozložení množství distribuovaného injekčního materiálu v jednotlivých krajích odpovídalo počtu injekčních uživatelů. V průměru pak připadlo na jednoho uživatele, který využil služeb výměnného programu, 200 kusů injekčních stříkaček a jehel, což koresponduje s výše uvedeným přiměřeným počtem (Mravčík, 2011).

Výměnný program je zajišťován nízkoprahovými službami, které se na práci s uživateli drog soustřeďují. Jsou to kontaktní centra a terénní programy. Tyto služby poskytují uživatelům anonymně nejen sterilní injekční materiál, ale také materiál zdravotní a další služby, jako je testování na infekční choroby, zdravotní ošetření, individuální poradenství, zprostředkování léčby závislosti atd. Bývají často jedinou institucí, se kterou jsou uživatelé drog ochotni vstoupit do kontaktu. Mezi výměnné programy by se daly řadit i automaty na výdej injekčních setů. Ty zajišťují zcela anonymní získání sterilního materiálu, například v časech, kdy nejsou v provozu jiné

výměnné programy. V ČR se však nejedná o příliš rozšířenou službu. Automaty nejsou volně rozmístěny v ulicích, ale jsou součástí kontaktního centra (např. Stage 5 o. s. Progressive). Charakteristika a přiblížení služeb poskytovaných terénními programy a kontaktními centry je uvedena v Příloze 2.

2.3.3 Specifické prostředí

K rizikovému chování vedoucímu k nákaze nějakou infekční chorobou může vybízet i specifické prostředí, které nespadá do kategorie výše popsaných drogových scén. Je to však takové prostředí, kde je vyšší koncentrace uživatelů drog a panují tam podmínky nedostatku sterilního materiálu. Typickým příkladem takového specifického prostředí je prostředí nápravných zařízení. Dříve tomuto prostředí nebyla věnována přílišná pozornost. Důvodem mohlo být to, že zainteresované subjekty užívání drog v tomto prostředí nepředpokládaly, nebo si z různých důvodů tuto možnost nepřipouštěly. Dnes je dostupnost a užívání drog ve věznicích brána jako fakt, který přijaly i samotné správy vězeňských zařízení a také se této situaci snaží do určité míry přizpůsobit.

Vězeňská služba ČR v roce 2010 evidovala 21 900 vězněných osob, z čehož 19 449 osob bylo odsouzeno k výkonu trestu odnětí svobody (VTOS). Praktičtí lékaři provedli ve věznicích 421 782 ošetření a vyšetření, na základě nichž evidovali 10 763 drogově závislých (VS ČR, 2011). V roce 2010 proběhla vůbec poprvé mezi vězni dotazníková studie týkající se užívání drog, která pracovala s 1668 respondenty. Užití nelegální látky během pobytu ve vězení uvádí 26,2 % respondentů. Ve srovnání s obecnou populací je výrazně vyšší procento užití pervitinu, heroinu a kokainu. Injekční užití drogy ve vězení uvádí 8,4 %, přičemž, použití injekční stříkačky, kterou již předtím použil někdo jiný, uvádí 6,6 % respondentů. Z infekčních chorob byla u respondentů nejvíce zastoupena VHC (9,7 %) a VHB (4 %), prevalence HIV byla 0,4 %. Co se dostupnosti drog ve věznicích týče, tak více než 31 % respondentů subjektivně vnímá jako nejdostupnější pervitin a konopné drogy, následně pak alkohol a tlumivé léky. Podle respondentů byl poměrně dostupný také heroin (18,7%) a preparáty s obsahem buprenorfinu (14,5 %) (Zaostřeno na drogy, 2011).

V ČR je ve věznicích již dostupná péče určená vězněným osobám, které se potýkají se závislostí na návykových látkách. Mezi tato zařízení patří detoxifikační jednotky, poradenské a preventivní služby, bezdrogové zóny, specializovaná léčebná zařízení, která poskytují dobrovolnou i soudně nařízenou léčbu a také substituční

programy. Služby jsou poskytovány jak samotnými věznicemi, tak i nestátními neziskovými organizacemi. Populaci vězňů lze z léčebného, terapeutického a výchovně-vzdělávacího hlediska rozdělit do čtyř skupin: 1) vězni, kteří před nástupem neměli s drogou zkušenost a během výkonu trestu ji nehodlají získat; 2) vězni, kteří před nástupem neměli s drogou zkušenost, ale během výkonu je užívání drog pravděpodobné; 3) vězni, kteří před nástupem drogy užívali a během výkonu trestu hodlají s užíváním přestat; 4) vězni, kteří před nástupem drogy užívali a hodlají v tom pokračovat i během výkonu trestu (Miovský, Spirig, Havlíčková, 2003). Druhy poskytovaných služeb v zásadě s těmito skupinami korespondují. Je však otázkou, nakolik jsou služby funkční a efektivní. Mezi poskytovanými službami není zastoupen program výměny injekčního materiálu, což vnímám, z hlediska rizika přenosu infekčních chorob, jako velmi nešťastné.

Právě nedostatek sterilního injekčního materiálu potvrzuje řada uživatelů, kteří mají zkušenost s VTOS a s nimiž se v rámci terénní práce setkávám. Dle jejich tvrzení, je v podmínkách věznic velmi nesnadné a také finančně nákladné získat sterilní injekční stříkačku a jehlu. Sdílení je tedy zcela běžné. Řada z těchto uživatelů podotýká, že nákaza infekční chorobou (nejčastěji VHC) byla přímým důsledkem jejich pobytu ve vězení. U ostatního materiálu potřebného k bezpečnější aplikaci je situace obdobná. Uživatelé, dle svých vlastních slov, drogovou závislost tají, neboť nechtějí být zařazeni na oddělení určené drogově závislým (tzv. toxička). Pobyt v tomto oddělení vnímají jako velmi „nevýhodný“. Důvodem je přísný režim, omezený kontakt s vnějším prostředím, absence možnosti přivýdělků a také absence volnočasových aktivit.

Je tedy zřejmé, že vězeňské prostředí rizikové situace přímo vytváří a rizikové chování v zásadě podněcuje. Důvodem je především dostupnost drog, společný pobyt uživatelů i ne uživatelů drog, a nedostupnost sterilního materiálu.

3 Závěry plynoucí z teoretické části

Jak již bylo řečeno, tato práce si klade za cíl porozumět faktorům, které mají vliv na rizikové chování injekčních uživatelů drog, které vede k nákaze infekčními chorobami. Cestou k tomu je hlubší poznání situací nákazy. Pak bude možné určit i povahu rozhodujících faktorů, jejich podíl a jejich interakci, zejména pak vzájemné posilování. Z teoretické části je zřejmé, že motivace rizikového chování je multifaktoriální povahy. Z teorie poměrně jasně vyplynuly tři možné základní faktory vedoucí k rizikovému chování, na jejichž základě lze následně zformulovat pět dílčích výzkumných otázek. Zmíněné faktory jsou následující: znalosti uživatele, postoje a chování, podmínky (prostředí, situace).

Dílčí výzkumné otázky, které lze vyvodit, jsou tedy následující:

- „Jaké znalosti (jejich absence) ovlivňují rizikové chování intravenózních uživatelů drog?“

Smyslem této dílčí otázky je zjistit, nakolik ovlivňují tendence k rizikovému chování znalosti IUD. Znalosti, které vnímám jako podstatné, jsou především znalosti infekčních chorob, způsobů jejich šíření a toho, jak nákaze předcházet. Dále mezi podstatné znalosti spadá znalost způsobů a pravidel bezpečnější aplikace.

- „Jaké postoje přispívají k rizikovému chování injekčních uživatelů drog?“

Dílčí výzkumná otázka se zaměřuje na vztah postojů uživatelů a rizikového chování. Z postojů je stěžejní, nakolik vnímají riziko nákazy jako skutečné riziko a také jak vnímají samotné rizikové chování. A to nejen ve vztahu k sobě samým, ale také ve vztahu ke svému okolí.

- „Jaké chování v rizikových situacích vede k nákaze infekční chorobou?“

Tato dílčí výzkumná otázka zjišťuje, jaké konkrétní chování vedlo k nákaze infekční chorobou.

- „Jaké prostředí podporuje rizikové chování injekčních uživatelů drog?“

Čtvrtá dílčí výzkumná otázka zkoumá vliv prostředí na výskyt rizikového chování, tedy nakolik prostředí samo podněcuje u IUD sklon k rizikovému chování.

- „Jaké situace podporují rizikové chování injekčních uživatelů drog?“

Cílem poslední dílčí výzkumné otázky je zmapování situací, při nichž dochází k nákaze infekční chorobou.

Takto vymezené dílčí výzkumné otázky by měly umožnit nalezení odpovědi na hlavní výzkumnou otázku znějící „Jaké faktory ovlivňují rizikové chování intravenózních uživatelů drog vedoucí k nákaze infekčními chorobami?“.

Metodologická část

V této části práce zaměřené na metodologii je prostor věnován zvolené strategii a metodě výzkumu a samozřejmě též zdůvodnění volby. Dále navazují podkapitoly věnující se volbě jednotky zkoumání a jednotky zjišťování, výběru respondentů a jejich stručné charakteristice.

Důležitou je podkapitola zaměřená na operacionalizaci, tedy určení jednotlivých otázek polostrukturovaného rozhovoru tak, aby ze získaných odpovědí bylo možné vyvodit odpovědi na výzkumné otázky, tak jak vyplynuly z teoretické části.

Závěr části věnované metodologii bude věnován reflexi možných omezení prováděného výzkumu.

4 Metodologie

4.1 Metoda, strategie výzkumu a její zdůvodnění

Jak bylo řečeno v teoretické části, na tendencích k rizikovému chování se podílí řada možných faktorů. Abychom se tedy mohli dopátrat důvodů rizikového chování IUD, které vede k nákaze inf. chorobami, je třeba porozumět situacím, v nichž k nákaze došlo. Z výzkumného hlediska je tedy k problematice přistoupeno metodou porozumění. V rámci výzkumu se pro porozumění fenoménu rizikového chování jeví jako nejvhodnější kvalitativní strategie. Silverman uvádí, že: *„Metody užívané kvalitativními výzkumníky jsou příkladem společného přesvědčení, že mohou zprostředkovat ‚hlubší‘ pochopení společenských jevů, než čistě kvantitativní data.“* (Silverman, 2005: 101). Hendl pak jako jednu z charakteristik kvalitativního výzkumu uvádí: *„Kvalitativní výzkum se provádí pomocí delšího a intenzivního kontaktu s terénem nebo situací jedince či skupiny jedinců. Tyto situace jsou obvykle banální nebo normální, reflektující každodennost jedinců, skupin, společností nebo organizací.“* (Hendl, 2005: 51). V tomto případě snahou tedy je, zkoumat chování uživatelů drog v prostředí, ve kterém se pohybují a v situacích do kterých se běžně dostávají, konkrétně pak v situacích, ve kterých došlo k přenosu inf. choroby. Pro tuto práci je stěžejní sestavení komplexního obrazu fenoménu rizikového chování a vysledování jednotlivých proměnných, které se na něm podílejí a porozumění jejich vzájemným interakcím a vlivům.

4.2 Technika zjišťování

Jako vhodnou techniku zjišťování jsem zvolil techniku rozhovoru, konkrétně pak polostrukturovaného rozhovoru. Pro tento typ rozhovoru je stanoveno určité schéma, které je tvořeno okruhy otázek, avšak pořadí ve kterém jednotlivé okruhy otázek následují, je možné měnit. U polostrukturovaného rozhovoru je předem určené jádro rozhovoru, tedy dané minimum otázek, jež musí tazatel s respondentem probrat. Na toto jádro se postupně nabalují další otázky či témata, která výsledný obsah doplňují či dotvářejí. Technika polostrukturovaného rozhovoru tedy zaručuje tazateli, že témata, která je třeba probrat, budou probrána, a dává prostor pro ověřování a ujasňování si obsahu rozhovoru (Miovský, 2006). Tato technika také ponechává dostatečný prostor

samotným respondentům, které nedrží ve striktních mantinelech. To vše může výtěžnost výzkumného rozhovoru maximalizovat.

4.3 Stanovení jednotky zkoumání a jednotky zjišťování

Jako jednotku zkoumání jsem stanovil faktory ovlivňující rizikové chování injekčních uživatelů drog.

Jednotkou zjišťování jsou pak sami respondenti, tedy uživatelé drog. K výběru byla použita strategie záměrného (účelového) výběru, respektive prostého záměrného výběru. Tato strategie spočívá ve výběru mezi možnými respondenty ty, kteří jsou pro účast ve výzkumu vhodní (splňují stanovené kritérium či soubor kritérií) a s účastí souhlasí a nejsou uplatněny další specifické metody či strategie výběru (Miovský, 2006). Disman pak poznamenává, že účelový výběr je v případě některých populací jediným možným řešením. Jako příklad uvádí např. etnické minority, kdy nejsou k dispozici spolehlivé seznamy (Disman, 2002). Populace drogově závislých je, dle mého názoru, také tímto případem. Neexistuje přesná evidence uživatelů drog. Uživatelé drog se většinou zařazení do jakékoliv evidence záměrně vyhýbají, stejně tak se často vyhýbají kontaktu s institucemi, nebo jsou při tomto kontaktu velice zdrženliví a opatrní.

Základním kritériem výběru bylo problémové užívání drog (tedy dlouhodobé injekční užívání drog). Jako dílčí kritérium byla sledována nákaza nějakou infekční chorobou v průběhu drogové kariéry. A nakonec samozřejmě ochota se výzkumu zúčastnit. Vzorek byl vybírán tak, aby byly v rámci možností zastoupeny různé kategorie klientů, a to podle pohlaví, užívané drogy a věku. Minimální počet respondentů byl stanoven na 5, ale výzkum byl následně proveden s počtem 6 respondentů. Respondenti byli vybráni z řad klientů (uživatelů drog), kteří jsou v kontaktu s terénními programy o. s. SANANIM, konkrétně pak klienti, kteří pravidelně docházejí do subprogramu, jehož cílem je intenzivnější kontakt s uživateli a dlouhodobá práce na jejich sociální a zdravotní stabilizaci. Z řad těchto klientů mohou být někteří následně zařazení do programu externích terénních pracovníků (XTP)¹². O

¹² Program XTP, tedy externích terénních pracovníků, je pracovním a sociálně stabilizačním program, který zaměstnává aktivní uživatele drog. Ti zajišťují výměnu injekčního materiálu a distribuci zdravotnického materiálu a relevantních informací dalším uživatelům drog na místech (a v časech) mimo dosah profesionálních terénních pracovníků. Externí terénní pracovníci také zajišťují sběr použitého injekčního materiálu pohozeného na veřejných prostranstvích. Program XTP je provozován v rámci

slabinách tohoto výběru bude pojednáno v kapitole věnující se limitům výzkumu.

4.3.1 Charakteristika respondentů

Respondenti byli vybráni podle kritérií, tak jak bylo uvedeno výše. Bylo osloveno 8 klientů, kteří s účastí ve výzkumu souhlasili. Jeden respondent se však k rozhovoru nedostavil a s dalším nemohl být rozhovor, vzhledem k jeho intoxikaci, proveden. Výzkumu se tedy ve výsledku zúčastnilo 6 respondentů, jejichž charakteristika je následující:

- Respondent 1 (žena, 31 let):
Drogy užívá od svých 15 let, od 17 let intravenózně. Od začátku drogové kariéry užívá opiáty/opioidy. Přibližně před dvěma roky diagnostikována VHC.
- Respondent 2 (muž, 28 let):
Drogy užívá od svých 15 let, nejprve užíval pervitin šňupáním, následně od 16 let intravenózně pervitin a opiáty/opioidy. Před šesti lety diagnostikována VHC.
- Respondent 3 (muž, 36 let):
Délka drogové kariéry je 16 let, z čehož 14 let užívá intravenózně. Užívá opiáty/opioidy a pervitin. Diagnostikována VHC, v loňském roce podstoupil léčbu interferonem, kterou úspěšně ukončil.
- Respondent 4 (žena, 42 let):
Drogy užívá od 16 let, od 17 pak intravenózně. Po celou drogovou kariéru užívá pervitin, dříve také ojediněle opiáty. Několikrát krátce pobývala ve VTOS, kdy drogy neužívala. Diagnostikována VHC a v minulosti prodělala VHB.
- Respondent 5 (muž, 34 let):
Drogy užívá od 17 let, primární injekčně užívanou (od 17 let) drogou je pervitin, v průběhu kariéry užíval též halucinogeny. Několikrát pobýval ve VTOS. V minulosti prodělal VHB.

- Respondent 6 (žena, 37 let):
Drogy užívá přibližně od 16 let, od 19 let intravenózně. Primární drogou byl a je pervitin, epizodně opiáty. Diagnostikována VHC.

4.4 Průběh výzkumu

Po stanovení minimálního počtu respondentů byl proveden jejich výběr dle výše uvedených kritérií. Ve výběru jsou rovnoměrně zahrnuti muži i ženy, uživatelé tlumivých látek i stimulantů, liší se věk a délka drogové kariéry.

Klienti byli osloveni při návštěvě sociálně stabilizačního subprogramu terénních programů o. s. SANANIM. Potenciálním respondentům bylo představeno zaměření výzkumu a také to, k jakému účelu bude výzkum sloužit. Následně byl každý z nich seznámen s kritérii výběru. Pokud klient souhlasil, bylo následně sjednáno místo a termín, ve kterém se rozhovor uskuteční. Ti, kteří souhlasili se zařazením do výzkumu, také souhlasili, aby rozhovor proběhl v prostorách sociálně stabilizačního centra, které považují za bezpečné a tedy přijatelné.

Rozhovory tazatele s jednotlivými respondenty byly vedeny v bezpečném prostředí oddělené místnosti, bez přítomnosti jiných osob. Respondenti tedy měli dostatečný klid a soukromí a nemuseli se obávat hovořit otevřeně a upřímně. Před samotným započatím rozhovoru byl respondent seznámen s tím, že rozhovor bude nahráván a dotázan na souhlas se záznamem. Dále byl respondentům zopakován účel rozhovoru a nastíněn jeho přibližný průběh a to, co se s nahraným materiálem bude dál dít. Respondentům byly vysvětleny některé termíny, které by během rozhovoru mohly zaznít a nemusely by jim být zcela srozumitelné nebo jasné. Dále byli respondenti ujištěni, že pokud v rozhovoru zazní jejich jméno, nebo jméno jiné osoby, pak při přepisu budou tato jména změněna. Všichni respondenti byli seznámeni s opatřeními zaručujícími jejich anonymitu a následně požádáni o souhlas s pořízením a uchováním nahrávek, tento souhlas je součástí zvukového záznamu.

4.5 Operacionalizace

K odpovědi na hlavní výzkumnou otázku „Jaké faktory ovlivňují rizikové chování intravenózních uživatelů drog vedoucí k nákaze infekčními chorobami?“ poslouží zhodnocení vlivu tří, respektive pěti možných faktorů ovlivňujících tendence

k rizikovému chování, tak jak vyplynuly z teoretické části práce. Rozhovory s klienty tedy byly rozčleněny do pěti tematických okruhů, tak aby poskytly dostatečný vhled do motivů rizikového chování a vyplynuly z nich odpovědi na dílčí výzkumné otázky. Těchto pět tematických okruhů bylo stanoveno takto: znalosti uživatele, postoje uživatele, chování uživatele, prostředí podporující rizikové chování, situace podporující rizikové chování.

1. Znalosti uživatele

Dílčí výzkumná otázka znějící „Jaké znalosti (jejich absence) ovlivňují rizikové chování intravenózních uživatelů drog?“ byla v rozhovoru rozčleněna do následujících konkrétních otázek:

- Jak byste zhodnotil své znalosti týkající se infekčních chorob?
- Jak byste zhodnotil své znalosti týkající se bezpečné aplikace?
- Jaké máte informace o tom, jak nákaze inf. chorobou (a dalším zdravotním poškozením) předejít?
- Jaký byl váš zdroj informací?

2. Postoje uživatele

Dílčí výzkumná otázka znějící „Jaké postoje přispívají k rizikovému chování injekčních uživatelů drog?“ byla v rozhovoru rozčleněna do následujících konkrétních otázek:

- Jaký je váš postoj k rizikovému chování (sdílení, výplach atd.)?
- Považoval jste své chování před nálezou za rizikové?
- Jak nahlížíte na fakt, že jste se nakazil inf. chorobou?
- Jak nahlížíte na fakt, že jste mohl nakazit (nakazil) jinou osobu?

3. Chování uživatele

Dílčí výzkumná otázka vztahující se k chování zní „Jaké chování v rizikových situacích vede k nálezě infekční chorobou?“ a byla v rozhovoru rozčleněna do následujících dvou konkrétních otázek:

- Pokud jste se nakazil nějakou inf. chorobou, jaké chování k tomu vedlo?
- Považoval jste toto své chování za rizikové?

4. Prostředí podporující rizikové chování

Dílčí výzkumná otázka tohoto tematického okruhu zní „Jaké prostředí podporuje rizikové chování injekčních uživatelů drog?“ a v rozhovoru byla členěna do následujících konkrétních otázek:

- Pokud jste se nakazil nějakou inf. chorobou, v jakém prostředí k tomu došlo?
- Pokud jste nakazil jinou osobu nějakou inf. chorobou, v jakém prostředí k tomu došlo?

5. Situace podporující rizikové chování

Dílčí výzkumná zní „Jaké situace podporují rizikové chování injekčních uživatelů drog?“ a je rozdělena do následujících konkrétních otázek:

- Pokud jste se nakazil nějakou inf. chorobou, v jaké situaci to bylo?
- Pokud jste nakazil nebo ohrozil jinou osobu nějakou inf. chorobou, v jaké situaci to bylo?
- Byl pro vás v dané situaci dostupný sterilní injekční materiál?
- Jak byste zhodnotil vliv abstinčního syndromu na průběh situace?
- V jakém vztahu jste byl k osobě, od které jste se nakazil/kterou jste nakazil nebo ohrozil?

4.6 Limity výzkumu

V rámci výzkumu vyvstalo několik omezení, jež mohou mít vliv na jeho průběh a výsledky. Tato část práce se bude věnovat reflexi těchto limitů.

Prvním limitem výzkumu je osoba výzkumníka/tazatele. V rámci své profese a zaměstnání, tedy terénní sociální práce s drogově závislými, se setkávám, mezi jinými, též s respondenty zapojenými do tohoto výzkumu. Domnívám se, že to může být významnou kontraindikací při vedení výzkumu. Důvodem je spojení role terénního soc. pracovníka a role výzkumníka v jedné osobě. To může mít vliv na uživatele zapojené ve výzkumu, kdy jsou jednak respondenty, ale zároveň též klienty služby. Respondenti tedy při rozhovoru mohou mít tendence některá fakta nezmiňovat, nebo též přizpůsobovat tak, aby vyhověli pracovníkovi, nebo aby se v jeho očích nepoškodili. Výpovědní hodnota výzkumu v tuto chvíli z pohledu výzkumníka trpí.

Druhým možným limitem výzkumu je výběr respondentů. Respondenti byli

vybírání z řad klientů subprogramu Terénních programů o. s. SANANIM. Jsou to tedy uživatelé drog, kteří jsou s pracovníky v užším a pravidelnějším kontaktu, než je obvyklé. V rámci tohoto programu je pracováno na jejich sociální a zdravotní stabilizaci. Klienti mají také nadstandardní přístup k relevantním informacím a materiálu. V tomto ohledu nejsou tedy zcela typickým vzorkem populace injekčních uživatelů drog. Limit výběru respondentů a limit osoby výzkumníka/tazatele jsou provázané.

Tyto limity výzkumu však může redukovat právě vztah pracovníka a klienta, a to především díky kontaktu v rámci terénního programu. Základem kontaktu v terénu je vytvoření a upevnění vzájemného vztahu, jenž je postaven především na důvěře. Klient si je vědom, že služba je anonymní a tedy, že se může pracovníkovi svěřit. Během výzkumu se tento fakt potvrdil, neboť respondenti se v průběhu rozhovorů dotýkali i pro ně velmi citlivých témat, např. témat dotýkajících se jejich trestné činnosti, sexuálního života atd. Domnívám se, že i v těchto chvílích respondenti hovořili přímo a otevřeně.

Empirická část

V empirické části je prostor věnován analýze získaných informací a následně zodpovězení dílčích výzkumných otázek, jež nám v závěru pomohou nalézt odpověď na hlavní výzkumnou otázku. Text je dělen do jednotlivých tematických okruhů, tak jak byly vymezeny v předchozí části práce a každému z nich je věnována samostatná podkapitola.

Dílčí výzkumné otázky se dále větví do několika konkrétních otázek, jež byly pro získání patřičných informací stěžejní. Během rozhovoru pak byla položena řada méně zásadních otázek, jejichž smyslem bylo spíše ujasňování a konkretizování vyřčeného a nezářídka navracení respondentů k podstatě rozhovoru. Respondenti měli často tendence se od stěžejního tématu odchylovat, neodpovídat přímo, a pouštět se do výkladu či popisu faktů a událostí, které pro výzkum nebyly důležité. Nicméně i tyto odbočky přinesly místy zajímavé informace. V některých pasážích je použito citací respondentů a to zpravidla tehdy, pokud byla jejich odpověď nějakým způsobem významná či reprezentativní.

Je třeba uvést, že ani jeden z respondentů nemohl přesně určit, kdy a za jakých okolností k nákaze došlo. Všichni však byli schopni identifikovat alespoň možné situace nákazy, nebo takové situace, které dle jejich názoru mohou k nákaze inf. chorobou vést. Je tedy možné, že v případě otázek operujících s časovým obdobím před nákazou a po nákaze, pracují respondenti s časovými rovinami před a po diagnostikování choroby nebo okamžik nákazy odhadují.

5 Analýza a interpretace dat

5.1 Znalosti uživatele

Dílejší výzkumná otázka vázající se k tomuto tematickému okruhu zní: „Jaké znalosti (jejich absence) ovlivňují rizikové chování intravenózních uživatelů drog?“. K nalezení odpovědi na ní je třeba zjistit, zda uživatelé měli dostatek znalostí a informací, týkajících se dané problematiky. Přesněji řečeno, zda vnímali své znalosti a jim známé informace jako dostatečné.

V rámci tohoto tematického okruhu jsem při rozhovorech s respondenty zjišťoval, jak uživatelé hodnotí své znalosti týkající se infekčních chorob (jaké jsou hrozící infekční choroby, jaké jsou způsoby jejich přenosu atd.) a jak hodnotí své znalosti způsobů bezpečné aplikace. Dále pak, mají-li informace o tom, jak nákaze infekční chorobou a také dalším zdravotním poškozením předcházet. Konkrétní otázky tedy zní:

- Jak byste zhodnotil své znalosti týkající se infekčních chorob?
- Jak byste zhodnotil své znalosti týkající se bezpečné aplikace?
- Jaké máte informace o tom, jak nákaze inf. chorobou (a dalším zdravotním poškozením) předejít?
- Jaký byl váš zdroj informací?

V odpovědi na první konkrétní otázku zaměřenou na znalosti týkající se inf. chorob odpovídali všichni respondenti shodně. Svě znalosti aktuálně považují za dobré a dostačující. Jsou jim známé infekční choroby, kterými jsou ohroženi injekční uživatelé drog, znají způsoby přenosu těchto chorob a mají též znalosti o průběhu a zdravotních komplikacích, jež z těchto chorob plynou. Shodují se též v tom, že tomu tak nebylo vždy. Shodně uvádějí, že obzvláště v počátku jejich drogové kariéry měli informace spíše jen kusé a povrchní, délka tohoto období je u respondentů různá. Respondent 1: „*Já vůbec nevěděla, že něco takovýho jako céčko (VHC, pozn. autora práce) je. Věděla jsem, že je HIV, ale céčko? To vůbec. Snad jsem ani nikoho neznala, kdo by to měl. Myslim, že teď už toho vim docela dost, a taky si dávám víc bacha, když už teda vim, že to céčko mám.*“ Respondent 3: „*No tak já myslim, že teď mám ty informace fakt dobrý, mám za sebou ten interferon (léčba VHC, pozn. autora práce). Vim od doktora, co a jak. A taky od*

tréňáků. Tak před deseti lety to bylo jiný, tušil jsem, že něco můžu dostat, ale neřešil jsem to a to taky třeba vo tom céčku nikdo moc nevěděl. Rozhodně ne to, jak to s člověkem zamává.“ Respondent 4: „Tak v té době, kdy já jsem začala brát (před rokem 1989, pozn. autora práce), nikdo moc nevěděl a moc nebylo, kde to zjistit. Takže jsem moc nevěděla, že bych něco mohla dostat. No a on to taky nikdo ani neřešil. To až pozděj jsme to začali aspoň trochu řešit. S tím, co vim teď, se to fakt nedá ani náhodou srovnat.“

Odpovědi na druhou otázku byly v zásadě shodné. Respondenti opět považovali své informace za dostatečné a kvalitní, znají postup bezpečné aplikace. Opět však poznamenávají, že dříve tomu tak nebylo. Připouštějí však, že ani v současnosti se postupu bezpečné aplikace vždy nedrží. Respondent 4: „Jo, jasný. Tohle znám, vim kam si dávat, vim jak si dávat, že bych měl mít čistý, škrtit, filtrovat a taky používat desinfekci. Dřív jsem řešil jen ty čistý, to nám bylo jedno kam a jak. Ale ty čistý jsme se snažili sehnat. No ale co si budem povídat, teď to... vono to ale někdy nejde, že jo. Nemáš čas a tak...“

Odpověď na otázku, zdali mají respondenti informace, jak předejít nákaze inf. chorobou a dalším zdravotním poškozením, do jisté míry vyplývá z předchozích odpovědí. Všichni respondenti byli s patřičnými informacemi obeznámeni.

Zajímavé byly odpovědi na otázku zjišťující zdroje informací. Téměř všichni respondenti se opět shodují, že v počáteční fázi jejich drogové kariéry byli zdrojem především ostatní uživatelé. Připouštějí, že zpětně hodnoceno, byla řada těchto informací pochybná a mylná. Později, když vešli do kontaktu se službami pro uživatele drog, dostávalo se jim potřebných informací od pracovníků terénních programů a kontaktních center, popřípadě z distribuovaných informačních materiálů (letáky, plakáty, časopisy). Vybočující byla odpověď Respondenta 2, který uvedl: „Já měl ty informace, ještě než jsem začal pořádně fetovat. Mě ty drogy už předtím zajímaly, dost mě to fascinovalo. Tak jsem si vo tom sháněl různý materiály, chodili jsme se školou na přednášky, třeba i do káčka. Pak když už jsem fetoval, tak jsem měl ty informace docela dobrý, si myslím.“

5.1.1 Shrnutí

Všichni respondenti aktuálně disponují v oblasti infekčních chorob, prevence nákazy a bezpečné aplikace dostatkem informací v dostatečné kvalitě. V průběhu jejich drogové

kariéry bylo však na počátku období, někdy v délce několika let, kdy tyto informace neměli a pokud, tak informace pocházely od dalších uživatelů. Tyto informace však byly často nedostatečné nebo mylné. S výjimkou jednoho respondenta v tomto období neměli potřebu aktivního vyhledávání náležitých informací. Respondenti také ve většině přípouštějí, že se chovají rizikově, a to i přes dostatek relevantních informací.

5.2 Postoje uživatelé

Tematický okruh zabývající se postoji uživatelů je pro účely výzkumu prezentován dílčí výzkumnou otázkou „Jaké postoje přispívají k rizikovému chování injekčních uživatelů drog?“. V rámci toho okruhu výzkum zjišťuje, jaký postoj zaujímají IUD k sobě samým a svému zdraví a také jaký postoj zaujímají ke svému okolí a ohrožení svého okolí infekčními chorobami.

Konkrétní otázky tedy zjišťují, jak uživatel nahlížel fakt, že se mohl nakazit či se nakazil infekční chorobou, a jak uživatel nahlížel fakt, že mohl nakazit či nakazil infekční chorobou jinou osobu. Konkrétní otázky také zjišťují postoj uživatelů k rizikovému chování (např. sdílení injekčního náčiní, příprava tzv. výpachů atd.), tedy zda k rizikovému chování zaujímají negativní postoje, nebo jej naopak přijímají, a zda své chování před nákazou shledávali rizikovým. Znění konkrétních otázek je:

- Jaký je váš postoj k rizikovému chování (sdílení, výplach atd.)?
- Považoval jste své chování před nákazou za rizikové?
- Jak nahlížíte na fakt, že jste se nakazil inf. chorobou?
- Jak nahlížíte na fakt, že jste mohl nakazit (nakazil) jinou osobu?

Vůči rizikovému chování všichni respondenti zaujímali vyhraněný negativní postoj. Zcela negují sdílení injekčních stříkaček, v některých případech však připouštějí provádění tzv. výplachu a to výhradně ze svého vlastního injekčního náčiní. Jako důvod takového kroku uvádějí akutní nedostatek drogy.

Své chování před nákazou shledávala opět valná většina respondentů za rizikové. V odpovědích lze vyzorovat zdůvodnění tohoto chování, i přes vědomí rizikivosti, dvojího druhu. Část respondentů (respondenti 1, 2, 4, 5) své chování zdůvodňuje nezájmem, Respondent 1 např. uvedl: „... *tak jsem si tu buchnu (cizí) vzala. Bylo mi to jedno, prostě jsem si chtěla dát.*“

Cílem posledních dvou otázek bylo zjištění postojů respondentů k sobě a svému okolí. Odpovědi byly poměrně překvapivé a vyplývá z nich, že zatímco ohrožení vlastní osoby je jim víceméně lhostejné, naopak ohrožení okolí je pro ně nepřijatelné a snaží se rizika hrozící jejich okolí limitovat. 5 respondentů vnímalo vlastní ohrožení inf. chorobou shodně. Vesměs toto ohrožení brali jako skutečnost, jež s injekčním užíváním drog nevyhnutelně souvisí. Respondent 1: „*Hele, to mi bylo jedno. Nakazim se, a co? Chtěla jsem fetovat, rozhodla jsem se být feťák, a tohle k tomu patří. Každý se někdy něčím nakazí.*“ Respondent 2: „*Tak mě to fetování bavilo, tohle mě nezajímalo. Na něco umřít musím, a když člověk fetuje, tak s tímhle počítat musí. Je mi to jedno... Proč? Protože se nemám rád.*“ Odpovědi ostatních respondentů byly v podstatě totožné. Výjimkou byl pouze Respondent 5, který naopak vnímal riziko nákazy jako věc, která se ho netýká, neboť „*nebyl feťák*“, kdy jako „*feťáka*“ vnímá uživatele drog, jehož chování již překročilo přijatelnou a důstojnou mez.

V otázce ohrožení okolí nákazou inf. chorobou zaujímali všichni respondenti stejný postoj, tedy považovali za nepřijatelné takovému riziku své okolí vystavit. Ve svých odpovědích na konkrétních příkladech demonstrovali také aktivní snahu tomuto riziku zamezit, např. důsledným znehodnocováním vlastního použitého injekčního materiálu, odmítnutí zapůjčení injekčního materiálu atd. Výjimkou byl opět Respondent 5, který považuje ochranu před nákazou inf. chorobou za věc odpovědnosti každého jednotlivce.

5.2.1 Shrnutí

Téměř všichni respondenti, výjimkou byl pouze jediný respondent, považovali nákazu inf. chorobou za nevyhnutelný důsledek injekčního užívání drog, respektive za součást života drogově závislého. Jako takové jim tedy bylo toto riziko lhostejné. Překvapivé byly odpovědi, z nichž poměrně jasně vyplývala programová neúcta k vlastní osobě, tělu a tedy i lhostejnost k vlastnímu zdraví.

Opačný postoj respondenti zaujímají v případě ohrožení svého okolí, a to jak uživatelů drog, tak i běžné populace. Neohrozit své okolí je pro ně zásadní a podle svých slov se snaží dělat vše pro to, aby k tomu nedošlo.

5.3 Chování uživatele

Tematický okruh zaměřený na chování uživatelů je reprezentován dílčí výzkumnou

otázkou „Jaké chování v rizikových situacích vede k nákaze infekční chorobou?“. Konkrétní otázky jsou formulovány tak, aby poskytly tazateli informace o tom, jaké konkrétní chování vedlo u respondentů (uživatelů) k nákaze infekční chorobou a jak toto své chování v danou chvíli vnímali. Konkrétní otázky zní:

- Pokud jste se nakazil nějakou inf. chorobou, jaké chování k tomu vedlo?
- Považoval jste toto své chování za rizikové?

Nákazu inf. chorobou respondenti přičítali téměř výhradně sdílení injekčního náčiní. V jednom případě (Respondent 4) se jednalo o sdílení vody, pro rozdělání dávky drogy. Výjimkou byl Respondent 6, který jako způsob přenosu uvedl nechráněný pohlavní styk, ke kterému došlo v promiskuitním období života, které bylo důsledkem nezpracovaného rozpadu partnerského svazku. Další výjimkou byl pak Respondent 5, podle kterého byla nákaza dílem nehody, pravděpodobně nešťastného poranění o cizí injekční stříkačku.

Respondenti připouští, že své chování považovali za rizikové, ovšem v danou chvíli tomu nepřikládali důležitost. To se týká především sdílení injekčních stříkaček a jehel, sdílení vody k rozdělání drogy za rizikové již považováno nebylo.

5.3.1 Shrnutí

Z odpovědí vyplývá, že k nákaze inf. chorobou došlo především v důsledku rizikové injekční aplikace, konkrétně pak sdílením injekčního materiálu. Ve většině si respondenti byli vědomi toho, že se chovají rizikově.

5.4 Prostředí podporující rizikové chování

Dílejší otázka, která se váže k prostředí, ve kterém došlo k nákaze, zní: „Jaké prostředí podporuje rizikové chování injekčních uživatelů drog?“. Cílem kladených konkrétních otázek je identifikace prostředí, které podporuje rizikové chování uživatelů. Tedy takové prostředí, ve kterém se uživatel nakazil, nebo naopak nakazil jinou osobu. Konkrétní otázky jsou následující:

- Pokud jste se nakazil nějakou inf. chorobou, v jakém prostředí k tomu došlo?
- Pokud jste nakazil jinou osobu nějakou inf. chorobou, v jakém prostředí k tomu došlo?

Všichni respondenti identifikovali jako nejvíce rizikové prostředí především prostředí, které má charakter uzavřené drogové scény. Jednalo se především o byty či squaty, kde se vyskytovalo více uživatelů, kteří spolu žili a také společně užívali, dále se pak v tomto prostředí vyskytovala řada dalších osob. Jako nejrizikovější považovali respondenti fakt sdílení injekčního náčiní (stříkačky, voda atd.). Respondent 1: „*Tak asi na tom bytě se to mohlo stát. Tam to neřešíš, nebo nemáš přehled. My jsme si teda nepučovali, ale když někdo rozdělal a podal mi to, tak jsem si to vzala. Ale to byla nejspíš čistá... hmm... nebo taky ne. Ty svý buchny jsme měli každej někde položený, ale vobčas taky někdo uklidil a to pak v tý hromadě nevíš, co je tvý a co není. A ráno je to pak blbý. Ale před jinejma jsme si dávali bacha, to bylo všechno jasný a voddělený.*“

Část respondentů (respondenti 3, 6) pak rizikové chování přičítá vlivu okolí, přesněji dalším uživatelům, což dokládá např. vyjádření Respondenta 3: „*... to byla normálka, Takhle to na bytě dělali všichni.*“

Velice zajímavé informace poskytly rozhovory s Respondentem 4 a 5, kteří zmínili svou zkušenost z pobytu ve vězení, avšak možnost, že by se nakazili během VTOS odmítají. Respondent 4 během svého pobytu ve vězení drogy neužíval a Respondent 5 volil bezpečnější způsoby aplikace. Respondent 5: „*V krimu to bylo dost šílený. Tos čekal třeba tejdén, než se k tobě dostala buchna, a taky jsi na ní musel sehnat. Když jsem to viděl, tak jsem se málem poblil, radši jsem jen hulil, nebo jsem to polykal nebo si sehnal hadičku. To nás na cele bylo asi 8, ta jehla byla tupá... to byl fakt votřes. Nejdřív si dal ten, kdo šéfoval a pak to putovalo k těm níž a níž. A to si vem, že to takhle projelo snad celý patro a bůhví kolikrát dokola. Než si dělat takový díry do haksny, to mi fakt stačilo to hulení.*“

5.4.1 Shrnutí

Z odpovědí respondentů vychází jako nejrizikovější především prostředí uzavřené drogové scény, tedy prostředí tzv. toxibytů nebo squatů. Jako jeden z významných faktorů přitom uváděli ztrátu kontroly nad vlastním injekčním náčiním, dále pak z odpovědí vyplynulo, že zásadní byl také jiný charakter vzájemných osobních vztahů.

Dva respondenti se ve svých odpovědích dotkli tématu specifického prostředí, konkrétně prostředí vězeňských zařízení. Z odpovědí zcela jasně vyplynulo, že prostředí věznic je významně rizikové a to především z důvodu fatálního nedostatku sterilního injekčního materiálu.

5.5 Situace podporující rizikové chování

Tento tematický okruh pojímá problematiku rizikového chování vedoucího k nákaze infekčními chorobami ve větší šíři, než je tomu v případě předchozích okruhů. Okruh je shrnut pod dílčí výzkumnou otázku „Jaké situace podporují rizikové chování injekčních uživatelů drog?“. Snahou je zmapovat, jak celkově vypadala situace, v níž se uživatel nakazil infekční chorobou, nebo v níž nakazil někoho jiného. Je zřejmé, že v jejím líčení bude zahrnuto nejen chování, ale také prostředí a další zmíněné vlivy a faktory. Jedna z konkrétních otázek je zaměřena na přiblížení vztahu uživatele k dalším zainteresovaným osobám (a také jejich vzájemný vztah), které v dané situaci figurovaly.

Konkrétní otázky zní:

- Pokud jste se nakazil nějakou inf. chorobou, v jaké situaci to bylo?
- Pokud jste nakazil nebo ohrozil jinou osobu nějakou inf. chorobou, v jaké situaci to bylo?
- Byl pro vás v dané situaci dostupný sterilní injekční materiál?
- Jak byste zhodnotil vliv abstinčního syndromu na průběh situace?
- V jakém vztahu jste byl k osobě, od které jste se nakazil/kterou jste nakazil nebo ohrozil?

Popis situací, v nichž pravděpodobně došlo k nákaze inf. chorobou, přinesl velice důležité odpovědi. Popisy situací, v nichž se pravděpodobně nakazili sami respondenti a situací, kdy naopak došlo k nákaze jiné osoby, byly shodné. Nicméně, respondenti bez výjimky uváděli, že si nejsou vědomi toho, že by někoho nakazili, avšak nemohou to s jistotou vyloučit. Jednalo se o běžné situace, do nichž se drogově závislý běžně dostávají.

Respondent 1 a Respondent 3 identifikovali jako pravděpodobnou situaci společný nákup drogy a následně společnou aplikaci. Společný nákup obnášel obstarání potřebného obnosu, kontaktování dealera, vyjednávání a vyčkávání na předání drogy. Oba respondenti uvádějí, že v takové situaci se vždy ustanoví jeden z uživatelů, jenž o nákupu rozhoduje, stejně tak následně rozhoduje o dělení drogy, popřípadě o pořadí aplikace. Rozhodující pro ustanovení takové role jsou finance a také zkušenosti a stáří uživatele. Respondent 1 popisuje situaci následovně: „*Sehnali jsme prachy, trvalo to fakt dlouho, pak jsme se nemohli dovolat. Když jsme se dovolali, tak pak se čekalo*

docela dlouho na sraz. Celý to mohlo trvat snad několik hodin. Když jsme to měli, tak jsme vodjeli o pár zastávek dál a zalezli si do parku. Čim si dát, jsme měli, ta holka měla buchnu. Jak si dáme jsem rozhodla já, vždycky jsem to rozhodovala. Ta holka brala nejkratší dobu, takový pískle to bylo, tak ta si dávala první, pak její přítel, ten taky nebral moc dlouho. No a nakonec já, protože já jsem tehdy už brala docela dlouho, tak mi to připadalo nejvíc v pohodě.“ Ostatní respondenti považovali za nejpravděpodobnější situace nákazy užívání drog v prostředí bytů či squatů, kdy jsou drogy konzumovány v kruhu více uživatelů. Z odpovědí vyznívalo, že rizikem nebylo přímo cílené sdílení injekčního náčiní, ale spíše nepřehlednost jeho pohybu a pak zvláště hromadná příprava, kdy jeden uživatel připravuje dávku drogy pro více lidí. Koncový uživatel pak nemá přehled nad tím, zdali byla dávka drogy natažena do sterilní nebo použité injekční stříkačky. Pokud byla k aplikaci užita pouze jedna injekční stříkačka, pak bylo o pořadí aplikace rozhodováno podle obdobného klíče, jaký byl popsán výše.

Co se týče dostupnosti sterilního injekčního materiálu, pak čtyři respondenti uvádějí, že k dispozici sterilní injekční materiál neměli. Možnost jeho opatření však nehodnotili jako problematickou. Možným zdrojem mohl být jiný uživatel, který by sterilní materiál měl při sobě, nebo návštěva lékárny či specializované služby distribuující injekční materiál drogově závislým. Shodují se však, že v danou chvíli obstarání sterilních stříkaček nemělo prioritu, přesněji řečeno nepovažovali to za důležité a nezajímalo je to.

Překvapivé odpovědi přinesla otázka zkoumající vliv abstinčního syndromu na rizikové chování. Reprezentativní je odpověď Respondenta 3: *„To myslím nebyl absták. Sháněli jsme prachy a pak matro (droga, pozn. autora práce) několik hodin. Já měl na to prostě děsnou chuť. Tekly nám sliny. Těšili jsme se Hmm, to nebyl absták, to bylo něco... no jak to říct. Ty vole, prostě chuť.“* Odpovědi dalších tří respondentů byly téměř shodné. Všichni identifikují svůj pocit jako chuť na drogu, tedy jako tzv. craving¹³, nikoliv jako abstinční syndrom.

Poslední otázka tohoto okruhu se zaměřovala na vztah k osobám, od nichž se nakazili, nebo které nakazili či které nákazou ohrozili. Odpovědi pomohly objasnit vliv okolí (konkrétně ostatních uživatelů) na rizikové chování. Respondenti přibližovali své

¹³ Craving, neboli bažení, je silná touha po droze nebo též nutkání tuto drogu užít. Craving je považován za jedno z hlavních kritérií při diagnostikování závislosti (Kalina a kol., 2001).

vztahy k osobám, které figurovaly v rizikových situacích, tak jak je respondenti specifikovali v předchozím bloku.

Vliv ostatních uživatelů shledávali respondenti klíčovým. V případě užívání v prostředí uzavřené menší komunity uživatelů drog, tedy na bytě či squatu, se jasně rýsoval prvek vzájemné důvěry, v důsledku čehož byli respondenti při svém chování nepřiliš obezřetní. Taktéž zmiňují roli jistých rituálů, které byl v dané komunitě běžné a lze je považovat za rizikové. Respondent 2 v odpovědi uvádí: *„My jsme spolu brali dost dlouho, stejně tak jsme dělali většinu věcí společně. V těch čtyřech jsme docela fungovali odděleně. Věděl jsem, že nikdo nic nemá. Nebo spíš jsem tomu chtěl věřit. Myslim, že voni to měli stejně. Tak tohle jsme teda vůbec neřešili, věřili jsme si. Teda až potom jeden přišel s tím, že asi má céčko, ale to už stejně bylo fuk, to už jsme spolu tak moc nebyli. S tím už nic nenadělám.“* Respondent 6 se vyjadřuje k situaci na bytě takto: *„Tam to fungovalo jinak. Znali jsme se, vobčas tam byl někdoovej, kdo třeba přišel nakoupit, nebo přespat. Ale ti byli mimo, ti v tom nebyli, těch se to netýkalo. Fungovalo to tam tak, že třeba prostě byla hromada pika, no a kdo chtěl, ten si vzal, jak prostě potřeboval. Myslim, že tam nikdo nic (inf. chorobu, pozn. autora práce) neměl. Ale když tak nad tím přemejšlim, tak jistý to teda není. Ale bylo to dost vo důvěře, jinak by to nefungovalo. Takže jsme to stejně neřešili, asi bychom to věděli. Když pak někdo něco měl, tak to řek a držel si věci stranou, jenže někdy v tom byl pěkněj bordel.“* Z odpovědí bylo zřejmé, že blízký vztah a projevy důvěry byly pro všechny respondenty důležité. Jestliže panovaly takové vztahy, pak se o tvrzení druhého nepochybovalo a to ani v případě hrozícího rizika nákazy. Tyto vztahy však fungovaly v uzavřené skupině, v případě, že se objevil někdo „nový“, pak byl z toho vyjmut.

Respondent 4 celkově hodnotí vliv ostatních uživatelů následovně: *„To je celkem jednoduchý, jdeš si s někým dát, zeptáš se ho, jestli má vodu, on řekne, že jo, že má vždycky svou. Tak řekneš, že to taky tak máš a seženeš si jí. Toho samýho člověka potkáš za měsíc a na stejnou otázku ti řekne, že nemá, ale potřebuje si dát. No a ty hned řekneš, to nevadí, to nějak uděláme. A jdeš se s nim nastřelit do roští čimkoliv. Takhle to my feťáci máme.“*

Jako specifické z rozhovorů vyplynuly vztahy partnerské. Tři z respondentů (Respondenti 3, 4 a 6) fungují v dlouhodobém partnerském svazku. Jeden z nich (Respondent 4) uvádí, že se s největší pravděpodobností nakazil od svého partnera,

který se rizikově chová i ve vztahu k jiným uživatelům. Všichni deklarují společné užívání s partnerem a to i velmi rizikovým způsobem (sdílení injekčních stříkaček a jehel, sdílení vody atd.). Ačkoliv takové chování ve vztahu k jinému uživateli považují za zcela evidentně rizikové, pak ve vztahu k životnímu partneru stejné chování pokládají za běžné a v zásadě v pořádku. Zarážející bylo, že obdobně diferencovaně vnímají i nákazu inf. chorobou. Tedy nákaza inf. chorobou od jiného uživatele má fatálnější rozměr, nežli inf. choroba získaná od životního partnera, přestože se jedná o tutéž chorobu.

5.5.1 Shrnutí

Z odpovědí respondentů vyplývá, že nejrizikovějšími situacemi jsou ty situace, kdy dochází k aplikaci více uživatelů, nebo v prostředí, kde se více uživatelů vyskytuje, tedy typicky prostředí uzavřené drogové scény (např. tzv. toxibyty, squaty atd.). K rizikovosti těchto situací přispívá vzájemná blízkost uživatelů a důvěrné vztahy. Jejich důsledkem je to, že uživatelé přestávají dbát na bezpečnou aplikaci a jiná opatření zamezující přenosu inf. chorob. Některé způsoby rizikového chování jsou v zásadě brány jako projev důvěry, kteréžto je respondenty přikládána velká váha. Vzájemnou důvěru vnímají jako důležitou hodnotu, která upozadí i možná rizika.

Jako specifické se ukazují být situace odehrávající se v rámci partnerského svazku. Např. sdílení injekčních stříkaček a jiného materiálu mezi životními partnery respondenti vnímají jako normu a zcela odlišně, než je to mu u stejného chování ve vztahu k uživatelům mimo tento partnerský svazek.

Překvapivé je, že respondenti nepřikládají velkou váhu v případě rizikového chování abstinenciálnímu syndromu, ale spíše touze po droze, tedy tzv. cravingu.

Jako zásadní nevnímají ani nedostupnost sterilního injekčního materiálu. V exponovaných situacích se shodují, že zpravidla nebývá problém si sterilní načiní opatřit, bohužel to však nemá v daný okamžik prioritu.

6 Závěr

Cílem mé práce bylo zodpovědět otázku „Jaké faktory ovlivňují rizikové chování intravenózních uživatelů drog vedoucí k nákaze infekčními chorobami?“.

Za daným účelem jsem provedl rozhovory se šesti injekčními uživateli drog. Ti byli vybíráni tak, aby podle věku, pohlaví a užívané drogy byla zastoupena co nejširší škála profilů uživatelů drog. Stěžejním kritériem výběru však bylo problémové užívání drog a také nákaza nějakou infekční chorobou v průběhu drogové kariéry.

Hlavní výzkumná otázka byla dále rozvinuta do přesnějších dílčích výzkumných otázek, pro jejichž formulaci byly východiskem závěry teoretické části. Teoretická část určila tři základní faktory, které mají pravděpodobný vliv na rizikové chování. Tyto faktory jsou znalosti uživatele, postoje a chování, podmínky (prostředí, situace). Na tyto faktory se ve výsledku zaměřilo pět dílčích výzkumných otázek, které tvořily páteř rozhovorů s respondenty.

První dílčí výzkumná otázka se zaměřovala na vliv znalostí na tendence k rizikovému chování. Z rozhovorů s respondenty vyplynulo, že znalosti či jejich absence ovlivňují tendence k rizikovému chování. Ovlivňují je však spíše v počáteční fázi drogové kariéry, později se uživatelé drog chovají rizikově i navzdory tomu, že disponují znalostmi v patřičném množství i patřičné kvalitě.

Druhá výzkumná otázka zjišťovala vztah postojů uživatelů drog a rizikového chování. Výstupy poukazovaly na to, že uživatelům je riziko nákazy infekční chorobou v podstatě lhostejné, neboť nákazu infekční chorobou považují za samozřejmou součást života drogově závislého. Tato lhostejnost je posilována i negativním vztahem k vlastní osobě, k vlastnímu tělu. Opačného charakteru byly postoje vůči okolí. Fakt ohrožení okolí nákazou uživatelům není lhostejný a naopak je pro ně důležité, aby své okolí riziku nevystavovali.

Třetí dílčí otázka zkoumala, jaké konkrétní chování vede nejčastěji k nákaze infekční chorobou. Respondenti jako nejčastější chování vedoucí k nákaze identifikovali rizikovou injekční aplikaci. Především pak sdílení injekčních stříkaček či dalšího materiálu sloužícího k injekční aplikaci drog.

Čtvrtá dílčí výzkumná otázka sleduje vliv prostředí na rizikové chování. Jako nejrizikovější vychází z odpovědí respondentů prostředí uzavřených komunit uživatelů

drog v bytech a squatech, tedy prostředí uzavřené drogové scény. Výzkum také potvrzuje, že krajně rizikovým je prostředí věznic.

Poslední, pátá dílčí výzkumná otázka mapovala situace, v nichž dochází k nákaze infekčními chorobami. Jako nejrizikovější vyšly z odpovědí respondentů situace, kdy dochází k aplikaci více uživatelů, nebo v nich více uživatelů figuruje. K takovým situacím dochází typicky právě v prostředí bytů či squatů. Tendence k rizikovému chování posiluje blízký vztah a vzájemná důvěra uživatelů. Jako velice rizikové se jeví situace odehrávající se v rámci partnerského svazku. Sdílení injekčního náčiní či jiné způsoby rizikové chování je přijímáno zcela samozřejmě a je nahlíženo odlišně, než identické chování ve vztahu k jinému uživateli.

Překvapivé zjištění se týkalo abstinčního syndromu, kdy tento jako motiv rizikového chování respondenti neurčili, naopak významnou roli přisoudili cravingu.

Zásadní roli respondenti nepřisoudili ani nedostatku sterilního injekčního materiálu, shodně tvrdili, že v danou chvíli by opatření sterilního náčiní nebylo zásadní překážkou.

Je zřejmé, že na hlavní výzkumnou otázku není možné odpovědět zcela stručně a jednoznačně. Pokud bychom však měli určit stěžejní faktory ovlivňující rizikové chování injekčních uživatelů drog vedoucí k nákaze infekčními chorobami, pak by těmito faktory byly především postoje uživatelů, vliv ostatních uživatelů a prostá chuť na drogu.

6.1 Doporučení pro praxi

Ze získaných poznatků lze vyvodit několik doporučení pro praxi. Vzhledem k tomu, že práce byla zaměřena na populaci injekčních uživatelů drog, pak většina doporučení se týká především služeb pracujících s aktivními uživateli drog, především tedy terénních programů a kontaktních center.

Z hlediska nedostatku informací se jeví jako ohrožená především skupina uživatelů, kteří s užíváním začínají, nebo mají za sebou teprve krátkou drogovou kariéru, ti buď relevantními informacemi nedisponují, nebo mají informace vágní či zavádějící. Zvláště při prvním kontaktu by tedy měla být věnována zvýšená péče předání relevantních informací.

V oblasti postojů je pak třeba klást důraz na posilování kladného vztahu

uživatelů drog k vlastní osobě a posilování odpovědnosti k vlastnímu zdraví. Je jasné, že taková práce je velice náročná a je třeba se jí u jednotlivců věnovat dlouhodobě. Změna sebevnímání a sebehodnocení uživatelů drog je klíčová.

Jako velice rizikové se ukázalo být užívání drog na uzavřené drogové scéně. Terénní programy by se měly na kontaktování uživatelů, pohybujících se na uzavřené drogové scéně, zaměřit. Jestliže není z nějakého důvodu kontakt možný, nebo je obtížný, pak by mělo být snahou pro uzavřenou drogovou scénu zajistit distribuci dostatečného množství sterilního injekčního materiálu. Vhodným prostředkem k tomu mohou být externí terénní pracovníci z řad aktivních uživatelů, pro které nebude kontakt s uzavřenou drogovou scénou tak obtížný.

Specifickou kapitolou je pak užívání drog v prostředí věznic. Práce potvrdila, že prostředí věznic je vysoce rizikové a užívání drog je v tomto prostředí poměrně rozšířené. Jestliže tedy odpovědná místa již přijala fakt, že ve věznicích se drogy užívají, pak by měla zvážit, zdali by nebylo vhodné služby poskytované drogově závislým rozšířit také o distribuci a výměnu sterilního injekčního materiálu.

Použitá literatura

1. DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost: Příručka pro uživatele*. Vyd. 3. Praha: Karolinum, 2002, 374 s. ISBN 80-246-0139-7.
2. EMCDDA. *Injecting Drug Use, Risk Behaviour and Qualitative Research in the Time of AIDS*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Community, 2001. 125 p. INSIGHTS, Series 4. ISBN 92-9168-110-5.
3. GRUND, J.-P. C. et al. Syringe-mediated drug sharing among injecting drug users: Patterns, social context and implications for transmission of blood-borne pathogens. *Social Science and Medicine*. 1996, vol. 42, no. 5, p. 691 – 703. ISSN 0277-9536.
4. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.
5. HRDINA, P., KORČIŠOVÁ, B. Terénní programy. In KALINA, K. a kol.: *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup 2*. Vyd. 1. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 159 – 164. ISBN 80-86734-05-6.
6. KALINA, K. a kol. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Filia Nova o. s., 2001. ISBN 80-238-8014-4.
7. KALINA, K. Úvod do drogové politiky: základní principy, pojmy, přístupy a problémy. In KALINA, K. a kol.: *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup 1*. Vyd. 1. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 15 – 24. ISBN 80-86734-05-6.
8. LIBRA, J. Nízkoprahová kontaktní centra. In KALINA, K. a kol.: *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup 2*. Vyd. 1. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 165 – 171. ISBN 80-86734-05-6.
9. MALCZEWSKI, A. *2010 National Report to the EMCDDA*. Warsaw: National Bureau for Drug Prevention, 2010. Poland, New Development, Trends and in-depth information on selected issues.
10. MALÝ, M. a kol. Výskyt a šíření HIV/AIDS v ČR v roce 2010. *Zprávy centra epidemiologie a mikrobiologie*. 2011, roč. 20, č. 9, s. 324-333. ISSN 1804-8668.
11. MINAŘÍK, J., ŘEHÁK, V. Somatické komplikace a komorbidita. In KALINA, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008. s. 89 – 96. ISBN 978-80-247-1411-0.

12. MIOVSKÁ, L. Psychiatrická komorbidita pacientů léčených v souvislosti s užíváním drog [online]. 7. 6. 2006. [cit. 2012-10-14]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/articles/cz/72/574/Psychiatricka-komorbidita-pacientu-lecenyh-v-souvislosti-s-uzivanim-drog.html>
13. MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
14. MIOVSKÝ, M., SPIRIG, H., HAVLÍČKOVÁ, M.: *Vězeňství a nelegální drogy: Sborník textů z oblasti užívání nelegálních látek ve věznicích*. Vyd. 1. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 138 s. ISBN 80-86734-03-X.
15. MIOVSKÝ, M., ZAPLETALOVÁ, J. Primární prevence rizikového chování na rozcestí: specializace versus integrace. In *III. ročník celostátní konference Primární prevence rizikového chování „specializace versus integrace“*. Praha, 27. - 28. 11. 2006 [cit. 2012-9-21]. Dostupné také z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/download/868/>
16. MRAVČÍK, V. a kol. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog České republiky v roce 2008*. Vyd. 1. Praha: Úřad vlády České republiky, 2009. 1203 s. ISBN 978-80-87041-99-4.
17. MRAVČÍK, V. a kol. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010*. Vyd. 1. Praha: Úřad vlády České republiky, 2011. 160 s. ISBN 978-80-7440-056-8.
18. NEŠPOR, K. Psychologická komorbidita a komplikace, „duální diagnózy“. In KALINA, K. a kol.: *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup 1*. Vyd. 1. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 233 – 237. ISBN 80-86734-05-6.
19. *Operační manuál Terénních programů o. s. SANANIM*. Praha: SANANIM, o. s., 1996. 92 s. Interní materiál, poslední revize 28. 6. 2011.
20. RHODES, T. *Terénní práce s uživateli drog: zásady a praxe*. Brno: Albert ve spolupráci se Sdružením Podané ruce, 1999. 70 s. ISBN 80-8583-471-5.
21. ŘEHÁK, V., KREKULOVÁ, L. Virové hepatitidy u injekčních uživatelů psychoaktivních látek. *Adiktologie*. 2002, roč. 2, č. 2, s. 41-47. ISSN 1213-3841.
22. SILVERMAN, D. *Ako robiť kvalitatívny výskum: praktická príručka*. Překlad Martin Štulrajter. Bratislava: Ikar, 2005, 327 s. Pegas (Ikar), zv. 8. ISBN 80-551-0904-4.
23. *Úkol drogy*. Luxembourg: Úřad pro úřední tisky Evropských společenství, 2004. Roč. 3, č. 3. Komorbidita: užívání drog a duševní poruchy. ISSN 1725-8480.
24. VERNER, M. Rizikové chování 2010. Praha, 2010. Nepublikovaný výzkum.

25. VS ČR. *Statistická ročenka 2010*. Praha: Generální ředitelství Vězeňské služby České Republiky, 2011. Účelová publikace, Č. j. VS 55/4/2011-50/Všeob./410.
26. WAAL, H. Comparative overview of public nuisance features with regard to open drug scenes and different approaches taken by European Countries to address them. In *Pompidou group meeting*. Strasbourg, 18 – 19. 11. 2004 [cit. 2012-9-13].
Dostupné také z:
<http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2004/rapport.SKR-8.2004.pdf>
27. WHO. *Účinnost programů výměny sterilních jehel a stříkaček při snižování rizika nákazy HIV/AIDS mezi injekčními uživateli drog: Odborné podklady pro činnost*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2004. 84 s. ISBN 80-86734-74-9.
28. *Zaostřeno na drogy*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2004, roč. 2, č. 2. Injekční užívání drog. ISSN 1214-1089.
29. *Zaostřeno na drogy*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2011. Roč. 9, č. 5. Drogy a vězni v ČR. ISSN 1214-1089.
30. *Zaostřeno na drogy*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2012, roč. 10, č. 2. Prevence a kontrola infekčních nemocí u injekčních uživatelů drog. Metodický pokyn ECDC a EMCDDA. ISSN 1214-1089.

Anotace

Cílem této bakalářské práce je nalezení odpovědi na otázku, jaké jsou faktory ovlivňující rizikové chování injekčních uživatelů drog vedoucí k nákaze infekčními chorobami. Práce je dělena do tří základních částí.

V teoretické části je rozpracován teoretický základ, umožňující nalezení odpovědi na hlavní výzkumnou otázku a definovány základní pojmy, které jsou pro tuto práci podstatné.

Metodologická část práce popisuje vybranou výzkumnou strategii, techniku výzkumu a zdůvodnění, proč byly pro tento výzkum vybrány.

Empirická část obsahuje analýzu a interpretaci získaných dat. Výchozí je pro ní šest rozhovorů s injekčními uživateli drog. Smyslem jejich rozboru byla identifikace rizikových situací, ve kterých dochází k nákaze infekčními chorobami a důvodů, které injekční uživatele drog vedou k rizikovému chování.

Práce dochází k závěru, že stěžejními důvody rizikového chování injekčních uživatelů drog jsou především jejich postoje, vliv ostatních uživatelů a silná chuť na drogu.

Klíčová slova: rizikové chování, injekční uživatelé drog, injekční aplikace, infekční choroby, drogová scéna, postoje, situace nákazy

Počet slov základního textu: 12 669

Abstract

The aim of this bachelor thesis is to answer the question what are the factors influencing the injecting drug users' risk behaviour leading to the transmission of infectious diseases. The paper is divided into three main parts.

Theoretical part develops the theoretical basis (framework) that enables to find the answer to the main research question. It also defines the substantive terms that are being used in the paper.

Methodological part describes the chosen strategy of research, its technique and the reasons of their use.

Empirical part contains analysis and interpretation of the collected data. It is based on six structured interviews of injection drug users. The sense of analysis is to identify the situations of increased risk of infectious disease transmission and the reasons leading the users to this risk behaviour.

The author concludes that the fundamental causes of injecting drug users risk behaviour are their attitudes, influence of other drug users and craving.

Key words: risk behaviour, injecting drug users, injecting, infectious diseases, drug scene, attitudes, situation of transmission

Substantive part word count: 12 669

Jmenný rejstřík

| | | |
|------------------|--------------------|--|
| D | | |
| Disman..... | 31 | |
| G | | |
| Grund..... | 23 | |
| F | | |
| Frydrych..... | 58 | |
| H | | |
| Havlíčková..... | 26 | |
| Hendl..... | 30 | |
| Hrdina..... | 61 | |
| K | | |
| Kalina..... | 9, 10, 19, 45 | |
| Korčíšová..... | 61 | |
| Krekulová..... | 13, 14 | |
| Kuchař..... | 58 | |
| L | | |
| Libra..... | 61, 62 | |
| M | | |
| Malczewski..... | 23 | |
| Malý..... | 14 | |
| Minařík..... | 14 | |
| Miovská..... | 18 | |
| Miovský..... | 9, 26, 30, 31 | |
| Mravčík..... | 10, 13, 14, 15, 24 | |
| N | | |
| Nešpor..... | 19 | |
| R | | |
| Rhodes..... | 61 | |
| Ř | | |
| Řehák..... | 13, 14 | |
| S | | |
| Silverman..... | 30 | |
| Spirig..... | 26 | |
| V | | |
| Verner..... | 18 | |
| W | | |
| Waal..... | 20 | |
| Z | | |
| Zapletalová..... | 9 | |

Věcný rejstřík

A

Abstinenční syndrom.....21, 24, 45

B

Bezpečnější aplikace...12, 17, 27, 58, 59

C

Craving45

D

Drogová scéna 19, 20, 21, 22

H

Heroin25, 59

HIV12, 13, 14, 16, 18, 22, 24, 25, 38

I

Infekční choroby.....12

Injekční aplikace..10, 12, 14, 16, 20, 22, 42, 58

Injekční užívání/uživatel drog (IUD) ..9, 10, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 23, 24, 27, 30, 40, 59

K

Kontaktní centra61

P

Pervitin25, 32, 33

Postoje .9, 16, 19, 21, 22, 27, 34, 40, 48, 49

Problémové užívání 10, 31, 48

Předávkování 10, 11, 12, 17

R

Rizikové chování 6, 8, 9, 11, 16, 18, 19, 20, 21, 23, 27, 28, 29, 31, 32, 35, 36, 39, 41, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 61, 62

S

Sdílení 11, 18, 20, 23, 34, 40, 42, 43, 45, 47, 48, 61

Subutex 10

T

Tuberkulóza (TBC)..... 14

Terénní programy 61

V

věznic 26, 43, 49

Virová hepatitida A (VHA) 14

Virová hepatitida B (VHB)... 12, 13, 16, 25, 32

Virová hepatitida (VHC) 12, 13, 16, 25, 26, 32, 33, 38

Z

Znalosti 16, 17, 27, 34, 38

Přílohy

Příloha 1 – Bezpečnější aplikace

Tato příloha stručně představuje výčet prostředků a vhodná místa pro bezpečnější aplikaci. V rámci textu je nastíněn také doporučený postup bezpečnější injekční aplikace. Text je zpracován na základě operačního manuálu Terénních programů o. s. SANANIM.

Prostředky pro bezpečnější aplikaci

Bezpečnější injekční aplikace je poměrně náročný úkon, který vyžaduje také relativně široký výčet prostředků, s nimiž lze eliminovat, popřípadě alespoň snížit zdravotní rizika s injekční aplikací spojená. Tyto prostředky by měl mít uživatel vždy vlastní a zásadně nesdílet s jinými uživateli! Základním prostředkem je samozřejmě injekční stříkačka s jehlou. Obojí by mělo být především sterilní. Důležitá je také vhodná délka a tloušťka jehly a to v závislosti na místě, kam IUD aplikuje.

Velmi podstatnou je také použitá kapalina pro rozdělení drogy. Ta musí být samozřejmě sterilní. Nejvhodnější je fyziologický roztok. Pokud ten není k dispozici, je možné použít převařenou vodu. Dále by měl mít uživatel k dispozici sterilní nádobku pro rozdělení drogy. IUD nejčastěji používají klasickou lžičku (v horším případě spodní část nalezených plechovek od nápojů). Tu však užívají opakovaně. Proto je důležité, aby lžičku před každým použitím vydesinfikovali. Dnes jsou dostupné i tzv. rozdělačky, které jsou přímo vyráběny za účelem rozdělování látky k injekční aplikaci. Ačkoliv jsou primárně míněny k jednorázovému užití, IUD je často užívají opakovaně. Proto platí i pro ně stejná pravidla užití, jako pro klasickou lžičku. Je nepravděpodobné, že droga zakoupená „na ulici“ bude čistá. Proto pravidla bezpečnější aplikace počítají také s užitím filtrů, přes něž by měla být dávka drogy přefiltrována. Filtrování je nezbytné obzvláště při aplikaci rozdrčených tablet, kdy je žádoucí, aby spolu s účinnou látkou nebyly do žíly vpraveny i pevné částice plniv a pojiv tablety. Nejvhodnější jsou smotky z nelámavých bavlněných vláken, která jsou do použitelné podoby připraveny již výrobcem (např. zubařské tampony). Zcela nevhodné jsou filtry připravené z lámavých vláken (např. cigaretové filtry), jejichž kousky se mohou uvolnit do krevního řečiště. Některé drogy se jen obtížně rozpouští pouze ve vodě (např. hnědý

heroin¹⁴) a proto je třeba do roztoku drogy přidávat při přípravě kyselý činidlo. Ideální je pro takové použití sterilně balená dehydratovaná kyselina askorbová. Zcela nevhodné je použití různých citronových šťáv a jiných kyselých tekutin, které mohou obsahovat bakterie a zárodky plísní.

Další prostředky jsou užívány před samotnou aplikací. Těmito prostředky je desinfekce místa vpichu (např. alkoholem napuštěný tampón), škrtilo, buničina pro zastavení krvácení a náplast pro přelepení ranky (Operační manuál Terénních programů o. s. SANANIM, 1996).

Místa vhodná k injekční aplikaci

Pro injekční intravenózní aplikaci jsou nejvhodnější povrchové žíly. Ideální jsou žíly na předloktích. Méně pak už žíly na nohou. Mezi místa, kam je velmi nebezpečné aplikovat, patří pak žíly v oblasti krku a třísel. Žíly jsou umístěny hluboko a v jejich blízkosti se nalézají tepny a pletence nervů. Těmto místům by se měly IUD rozhodně vyhýbat. Důležité je pak místa vpichu střídat tak, aby měla žíla dostatek času se zhojit a nedocházelo k opakovanému poškozování žíly v jednom místě (Operační manuál Terénních programů o. s. SANANIM, 1996).

Postup aplikace

Aplikace by měla být prováděna v čistém prostředí. Je samozřejmé, že uživatel nebude s to zajistit sterilitu prostředí. Nicméně by měl prostředí pro aplikaci připravit tak, aby riziko infekce z prostředí bylo pokud možno co nejmenší. Tomu může napomoci například čistou podložkou, za kterou mu může posloužit třeba nový časopis rozevřený v prostředku, nejlépe časopis, který byl zavařen v plastickém obalu. Před samotnou aplikací a manipulací s materiálem je třeba si řádně umýt ruce. Drogu následně uživatel rozdělává s použitím výše uvedených výhradně vlastních sterilních prostředků. Dávka drogy by měla být co nejvíce zředěná. V případě aplikace do povrchových žil na paži je vhodné paži zaškrtnit škrtildem, což usnadní nalezení žíly a nalezení žilních chlopní, jejichž poškození jehlou by se měl uživatel vyvarovat. Dalším krokem je desinfekce místa v pichu přetřením desinfekčním polštářkem jedním tahem v jednom směru. Jehla by do žíly měla pronikat pod ostrým úhlem. Po vpichu je vhodné do stříkačky natáhnout

¹⁴ Bílý heroin se na drogové scéně téměř neobjevuje. Nejčastěji tedy uživatelé konzumují právě hnědý heroin, který je určen primárně ke kouření, nesnadno se rozpouští a proto je potřeba při jeho přípravě k injekční aplikaci užívat kyselého činidla. Na černém trhu se čistota heroinu pohybuje od 4 do 10% (zdroj: Dr. Ing. Martin Kuchař z VŠCHT a Mgr. Jakub Frydrych z NPC).

malé množství krve, čímž uživatel zjistí, zda jehla pronikla do žíly a vyloučí tak možnost aplikace mimo žílu. Po uvolnění škrtidla by měla droga být aplikována postupně a pomalu tak, aby měl uživatel čas zhodnotit kvalitu drogy a případně aplikaci přerušit. Po dokončení aplikace je třeba zastavit krvácení buničtinovým tamponem a následně místo vpichu překrýt náplastí.

Po aplikaci by měl uživatel s použitou injekční stříkačkou, jehlou a ostatním materiálem naložit tak, aby nevystavoval riziku své okolí. Toho může docílit tak, že vše uzavře do pevného obalu (plastová lahev, plechovka atd.) a vše pak odevzdá osobám, které zajistí odbornou likvidaci (např. nemocniční personál, pracovníci kontaktních center a terénních programů pro uživatele drog) (Operační manuál Terénních programů o. s. SANANIM, 1996).

Příloha 2 – Terénní programy a kontaktní centra pro uživatele drog

Terénní programy

Terénní programy jsou specifickou formou sociální služby, která vyhledává a kontaktuje uživatele drog v jejich prostředí. Rhodes vymezuje terénní práci obecně takto: *„Cílem terénní práce je vyjít vstříc cílové skupině populace. Většina jiných způsobů práce je institucionalizovaná a spoléhá na to, že jednotlivci sami ,vyhledají pomoc‘. Terénní práce spočívá ve vyhledávání kontaktů s cílovými skupinami populace mimo rámec některé instituce. Nečeká na to, až jednotlivec sám začne hledat pomoc, protože má problémy s drogami nebo se zdravím, ale sama vyhledává jednotlivce, aby jim přímo v komunitě poskytla informace a služby.“* (Rhodes, 1999: 11). Důvodem pro terénní práci je podle Rhodese fakt, že se cílovou skupinu nedaří oslovit existujícími způsoby intervence a nejsou existujícími způsoby intervence poskytovány takové služby, které cílová skupina potřebuje. Terénní programy pro uživatele drog svým klientům poskytují sterilní injekční materiál a prostředky harm reduction, základní zdravotnický materiál, kondomy atd. Kromě výměny a distribuce materiálu a klasické sociální práce, poskytují i poradenské a asistenční služby, krizovou intervenci a někdy také testování na infekční choroby. Dále pak klientům předávají informace o bezpečnějším užívání drog, možnostech léčby a informace o dalších institucích, jejichž pomoc by mohl klient chtít vyhledat.

Ke vztahu terénní práce a rizikového chování pak říká Hrdina a Korčišová následující: *„Terénní práce se zaměřuje především na klienty, kteří se chovají rizikovým způsobem a nejsou motivováni ke změně tohoto chování a chaotického životního stylu. Hlavním cílem terénních programů je navázat s těmito klienty vztah postavený na vzájemné důvěře a následně je pak motivovat ke změně rizikového chování, například sdílení jehel a dalšího náčiní atd. a k udržení této změny.“* (Hrdina, Korčišová in Kalina a kol., 2003: 159).

Kontaktní centra

Kontaktní centra jsou nízkoprahová zařízení, která poskytují své služby ve většině případů anonymně. Cílovou skupinu kontaktních center tvoří uživatelé návykových látek s nízkou motivací k léčbě, jimž poskytují včasnou krizovou intervenci, poradenství a zdravotní a sociální pomoc (Libra in Kalina a kol., 2003). Práh dostupnosti je

v případě kontaktních center vyšší, než je tomu u terénních programů, neboť klient musí být alespoň trochu motivovaný a učinit první krok. Výčet služeb poskytovaných kontaktními centry je poměrně široký a vedle samotných uživatelů, je část služeb určena i pro rodiče a blízké osoby uživatelů. Do služeb poskytovaných kontaktními centry se obecně počítají dle Libry následující služby: 1) kontaktní práce – navázání kontaktu, vytvoření vzájemné důvěry, zjištění základních problémů a potřeb; 2) výměnný program – výměna injekčních stříkaček a jehel, distribuce dalšího harm reduction a zdravotnického materiálu; 3) základní zdravotní péče – zdravotní ošetření, testování na infekční choroby; 4) základní poradenství – prohloubení navázaného kontaktu s důrazem na změnu rizikových vzorců chování klienta (týká se zdravotního stavu klienta, zdravotních a sociálních rizik spojených s užíváním drog, informace o možnostech léčby a její zprostředkování); 5) další krátkodobé intervence – krizová intervence, jednorázová nebo krátkodobá práce s rodinou a partnery klienta; 6) strukturované poradenství a motivační trénink; 7) sociální práce; 8) doplňkové služby – hygienický a potravinový servis, vitaminový servis (Libra in Kalina a kol., 2003). Významnou je vzdělávací a informační role kontaktních center, kdy je cílem klientovi předat informace které mohou dopomoci ke zlepšení jeho situace, či působit na změnu rizikového chování. Klientům se dostává informací o bezpečnějším užívání drog, bezpečném sexu, šíření infekčních chorob, ale také o síti služeb, kterých může využít.