

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

Problematika testování HIV z pohledu uživatelů návykových látek

Diplomová práce

Vedoucí práce:

MUDr. Kvetoslava Kotrbová, PhD

Autor:

Bc. Lucie Krúpová

2011

ABSTRAKT

Diplomová práce na téma „Problematika testování HIV z pohledu injekčních uživatelů návykových látek“ je členěna na dvě hlavní části. V teoretické části je nastíněna celá šíře problematiky AIDS včetně testování HIV protilátek obecně a testování HIV u injekčních uživatelů návykových látek, problematika drogové závislosti a sociální práce s uživateli drog a systém péče o drogově závislé. V rámci praktické části práce byl proveden kvalitativní výzkum. Bylo osloveno 32 injekčních uživatelů drog, použitou metodou byl polostrukturovaný rozhovor. Během druhé části výzkumu byli osloveni zástupci 7 nestátních neziskových organizací, jejichž cílovou skupinu tvoří uživatelé drog. Byly stanoveny dva cíle práce. Hlavním cílem bylo zmapování informovanosti uživatelů návykových látek o možnostech testování jejich HIV stavu. Druhým cílem práce bylo monitorování možnosti testování HIV pozitivitu v Jihočeském kraji. Oba dva cíle byly splněny. Byly zvoleny tři výzkumné otázky: Znájí uživatelé drog svůj HIV stav? Je důvodem neznalosti HIV stavu uživatelů drog jejich nezájem o tuto problematiku? Je testování uživatelů drog v terénu dostatečné? Po zpracování a analýze výsledků výzkumu byly stanoveny tři hypotézy. Jejich znění je následující: Injekční uživatelé drog v Jihočeském kraji se zajímají o svůj HIV stav. Klienti kontaktních center podceňují riziko infekce virem HIV. Testování uživatelů drog v terénu v Jihočeském kraji není dostatečné. Závěrem práce je především zjištění, že testování v terénu osob užívajících návykové látky je nezbytné a způsob testování HIV u injekčních uživatelů drog je třeba přizpůsobit možnostem těchto osob (bezplatné testování, možnost absolvovat test v odpoledních hodinách, doprovod klienta do zdravotnického zařízení). Jako nejvýhodnější možnost pro zajištění vysoké testovanosti u injekčních uživatelů drog se jeví návaznost kontaktního centra přímo na některé ze zdravotnických zařízení. Výhodou by byla zvláště místní návaznost, tedy aby kontaktní centrum existovalo blízko zdravotnického zařízení, což lze málokdy splnit. Ovšem stěžejní je hlavně dobrá spolupráce mezi pracovníky jednotlivých organizací. Výstupy výzkumu by mohli posloužit vedoucím pracovníkům

nízkoprahových zařízení ke zlepšení jejich práce v oblasti poradenství a rozšíření služeb o testování klientů na HIV a virové hepatitidy včetně zlepšení jejich spolupráce se zdravotnickým zařízením. Práce by mohla sloužit jako podklad při zpracování krajské protidrogové strategie.

ABSTRACT

The diploma thesis on the theme „The problems of testing for HIV from the point of view of intravenous users of addictive substances“ is divided into two main parts. The theoretical part outlines the whole extent of the problem of AIDS including testing for HIV antibodies generálky and testing for HIV in intravenous users of addictive drugs, the probléme of drug dependence and social work with drug users and the care system for the drug addicted. The practical part of the thesis was carried out through qualitative research. 32 intravenous drug users were questioned, the method used being a semistructured interview. During the second part of the research representatives of seven non-governmental non-profit making organizations, with a target group made up of drug users, were questioned. Two aims of the thesis were defined. The main aim was mapping the awareness of users of addictive substance of the possibilities of testing their HIV status. The second aim was monitoring the possibility of testing HIV positivity in the South Bohemian Region. Both aims were fulfilled. Three research questions were chosen: Do drug users know their HIV status? Is the reason of drug users' ignorance of their HIV status their lack of interest in this problem? Is testing of drug users in the field adequate? After processing and analysing the results of the research three hypotheses were defined. They are as follows: intravenous drug users in the South Bohemian Region are interested in their HIV status. Clients of contact centres underplay the risk of infection by the HIV virus. Testing drug users in the field in the South Bohemian Region is not sufficient. The conclusion of the thesis is first and foremost the discovery that testing in the field of people using addictive substances is necessary and the method of testing for HIV in intravenous drug users needs to be adapted to the possibility of these people (free testing, the possibility of being tested in the afternoon, accompanying the klient to the health facility). The most advantageous possibility for ensuring a high participation with intravenous drug users is the link of the contact centre directly with the health centre. An advantage would be especially a local link, so there should be a contact centre near the health facility, which there hardly ever is. Of

course the crux is mainly good cooperation between the workers of individual organisations. The results of the research should allow the heads of low-threshold facilities to improve their work in the area of consultancy and widening of services for the testing of clients for the HIV and hepatitis viruses including improving their cooperation with health facilities. The thesis should serve as a basis for processing the regional anti-drug strategy.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svoji diplomovou práci na téma „Psychosociální zátěž v práci sester a sociálních pracovníků“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47 b) zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě, elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Dále také souhlasím s tím, aby stejnou elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích

.....

Lucie Krúpová

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla velmi poděkovat MUDr. Kvetoslavě Kotrbové, PhD za její odborné vedení, cenné rady a věnovaný čas při zpracovávání této práce. Dále bych chtěla poděkovat respondentům za jejich spolupráci při provádění výzkumu. V neposlední řadě patří můj dík rodičům a všem mým blízkým za jejich trpělivost a podporu při studiu

OBSAH:

ÚVOD	10
1. Současný stav	11
1.1 Problematika HIV/AIDS	11
1.1.1 Přenosu viru HIV	12
1.1.2 Klinický obraz a průběh HIV infekce	13
1.1.2.1 Klinická kategorie A	15
1.1.2.2 Klinická kategorie B	15
1.1.2.3 Klinická kategorie C	16
1.1.3 Diagnostika HIV infekce	16
1.1.4 Terapie AIDS	18
1.1.5 Prevence AIDS	19
1.1.5.1 Sociální a psychosociální aspekty onemocnění AIDS	21
1.2 DROGY	23
1.2.1 Drogová závislost	25
1.2.2 Způsoby aplikace drog	26
1.3 AIDS A UŽIVATELÉ DROG	27
1.4 SOCIÁLNÍ PRÁCE S UŽIVATELI DROG.....	29
1.4.1 Principy práce s uživateli drog.....	30
1.4.2 Druhy služeb a zařízení pro uživatele drog	31
1.4.3 Sociální práce v nízkoprahových službách	33
1.5 TESTOVÁNÍ HIV	34
1.5.1 Druhy HIV testů	35
1.5.1.1 Přímé metody průkazu HIV infekce	37
1.5.1.2 Nepřímé metody průkazu HIV infekce	38
1.5.1.3 Rychlé testy	38
1.5.1.4 Testy bez použití plazmy nebo séra	39
1.5.1.5 HIV test INSTI	39
1.5.2 Legislativní rámec HIV testování	40
1.5.3 Předtestové poradenství	42
1.5.4 Potestové poradenství	42

1.5.5 Testování HIV u injekčních uživatelů návykových látek	43
1.5.5.1 Testování HIV v nezdravotnických programech	46
1.5.5.2 Motivace klienta k testování	47
2. Cíle práce a výzkumné otázky	48
2.1 Cíle práce	48
2.2 Výzkumné otázky	48
3. Metodika	49
3.1 Použité metody sběru dat	49
3.2 Charakteristika otázek polostrukturovaného rozhovoru.....	49
3.2.1 Průběh rozhovoru	50
3.3 Charakteristika výzkumného souboru	50
4. Výsledky	52
4.1 Základní informace o respondentech v podobě tabulek a grafů	62
4.2 Získané informace týkající se testování infekčních nemocí	68
4.3 Možnosti testování HIV pozitivivity v Jihočeském kraji	78
5. Diskuze	82
6. Závěr	93
7. Klíčová slova	94
8. Seznam použitých zdrojů	95
9. Přílohy	103

ÚVOD

„Nechceme lhostejně míjet ty, kteří ztratili víru v sebe, druhé, lidskou existenci. Ty, kteří na své cestě životem hledali útočiště u drogy a poznali i její odvrácenou tvář, která se objevuje s neúprosnou logikou – tvář utrpení, bolesti, samoty, nesvobody, smrti...“

Programové prohlášení o.s. SANANIM

AIDS a drogy jsou dva pojmy, které se staly synonymem výrazných problémů zdravotní a sociální politiky především po roce 1989. Existuje mnoho preventivních kampaní, jejichž cílem je zastavit růst počtu nakažených HIV nebo uživatelů nelegálních návykových látek. Přesto tyto počty neustále stoupají.

V diplomové práci je nastíněna problematika testování HIV z pohledu uživatelů návykových látek. Jedná se především o nitrožilní uživatele drog, protože jejich rizikové chování při aplikaci drogy může být jednou z cest přenosu HIV. Další cestou je nechráněný pohlavní styk. Tyto dvě zmíněné formy přenosu viru HIV jsou nejčastější. Domnívám se, že na jedince, který dobrovolně podstoupí testy HIV má společnost tendenci nedívat se jako na někoho, kdo má zodpovědný přístup ke svému zdraví, ale spíše jako na někoho, kdo se v minulosti oddával rizikovému chování. Postoj k testování HIV je o to složitější, když je testovanou osobou měl příslušník některé z vulnerabilních skupin, jako jsou například injekční uživatelé drog. Statistiky uvádí nižší výskyt HIV infekce mezi injekčními uživateli drog, ovšem je nutné si uvědomit, že šíření infekce z této skupiny do ostatní populace nelze vyloučit.

1. Současný stav

1.1 Problematika HIV/AIDS

Historie onemocnění AIDS se datuje od roku 1981, kdy se objevily první zprávy, které upozornily na výskyt v té době raritních onemocnění, jako jsou pneumocystová pneumonie a Kaposiho sarkom, u mladých a zdravých osob žijících ve Spojených státech. V průběhu let 1981-1982 počet těchto onemocnění v USA prudce narůstal a záhy bylo zřejmé, že jejich výskyt je podmíněn přítomností nového, do té doby neznámého, typu získaného buněčného imunodeficitu. V té době ještě nebyla známa jeho etiologie a tak bylo toto nové onemocnění nazváno syndromem získané imunitní nedostatečnosti – AIDS (acquired immunodeficiency syndrom). Tento zkrácený název byl globálně akceptován a používá se dodnes. Ve francouzsky a španělsky mluvících zemích se toto onemocnění též nazývá SIDA (francouzsky „Syndrome d'Immunodeficiencie Acquisée“ nebo španělsky „Sindroma de Immuno deficiencia Aquirida“) (8).

Původcem onemocnění je HIV - virus lidského imunodeficitu, který se řadí do čeledi Retroviridae, rodu Lentivirus. Vyskytuje se ve dvou typech značených jako HIV-1 a HIV-2. Oba typy se odlišují složením povrchových struktur, geografickým výskytem, patogenitou, klinickým obrazem a také některými epidemiologickými charakteristikami. V Evropě a na americkém a asijském kontinentu se vyskytuje převážně HIV-1. HIV-2 je lokalizován hlavně v oblastech západního pobřeží Afriky (55).

HIV je zkratka počátečních písmen anglického názvu viru „human immunodeficiency virus“. Používá se v mluvené i psané řeči, protože nemá v češtině ustálený převod, který by vyjádřil podstatu a zároveň vyhovoval přijatelnému požadavku nomenklatury. V literatuře se také můžeme setkat s označením „lidský virus imunodeficiencie“ (60).

Infikovaná osoba je nakažlivá prakticky ihned po vniku HIV do organismu a jeho replikaci ve vnímavých buňkách, tedy ještě v inkubační době před rozvojem akutní infekce. Nakažlivou pak zůstává až do konce svého života. Stupeň nakažlivosti se odlišuje podle množství vylučovaného viru, které je závislé na fázi infekce nakažené osoby. Nejvíce viru se vylučuje v akutním stadiu, méně v době latentní fáze a jeho množství opětovně stoupá v období klinického onemocnění AIDS (55).

Virus HIV je poměrně citlivý na zevní podmínky, hyne při teplotách nad 60° C a při zaschnutí. Kalina (2007) uvádí, že jej zničí i běžné dezinfekční prostředky (25).

1.1.2 Klinický obraz a průběh HIV infekce

Po infekci virem HIV se vyvíjí onemocnění, které má několik stadií a několik forem (60).

Postupně dochází k rozvoji stále těžší poruchy buněčné i humorální imunity. Průběh HIV infekce je ovlivněn mnoha faktory, v první řadě přímou interakcí mezi virem a hostitelem (stavy obranyschopnosti organismu, léčba). Obvyklá délka inkubační doby činí 2 až 6 týdnů, pak nastupuje mnohaleté bezpříznakové období. Prvé příznaky imunodeficitu se objevují v průměru za 10 až 11 let po infikování (8).

Z hlediska časového lze tento mnohaletý proces HIV infekce rozdělit do tří stadií, která se nazývají klinické kategorie A,B,C podle klasifikace Centra pro kontrolu a prevenci nemocí (CDC) z roku 1993. Do odpovídající klinické kategorie je pacient zahrnut na základě prvního výskytu některého z příslušných indikativních onemocnění, návrat zpět do předchozí kategorie není přijatelný, i když se indikativní onemocnění podaří vyléčit (8).

Tabulka 1: Klasifikace klinického průběhu HIV infekce

Klinická kategorie	Diagnóza
A asymptomatické stadium	<ul style="list-style-type: none">● akutní HIV infekce● asymptomatická HIV infekce● perzistující generalizovaná lymfadenopatie (PGL)
B symptomatické stadium	<ul style="list-style-type: none">● orofaryngeální kandidóza● kandidová vulvovaginitida (recidivující)● orální leukoplakie● bacilární angiomatóza● lymfoidní intersticiální pneumonie● herpes zoster (recidivující nebo na více dermatomech)● horečka nebo průjem trvající déle než jeden měsíc● trombocytopenická purpura● listerióza (meningitida)● cervikální dysplazie nebo karcinom in situ● recidivující adnexitidy● periferní neuropatie
C stadium AIDS	<ul style="list-style-type: none">● mozková toxoplasmóza● pneumocystová pneumonie● ezofageální (plicní) kandidóza● generalizovaná CMV infekce a retinitida● generalizovaná (mukokutánní) infekce herpes simplex● recidivující pneumonie (více než 2x za rok)● recidivující salmonelové sepse● TBC (i mimoplicní)● diseminovaná infekce oportunními mykobakterií● extrapulmonální kryptokokóza (meningitida)● chronická kryptosporidióza● diseminovaná histoplasmóza● diseminovaná koncidiodomykóza● chronická isosporóza● Kaposiho sarkom● maligní lymfom či primární lymfom mozku

	<ul style="list-style-type: none"> ● invazivní cervikální karcinom ● progresivní multifokální leukoencefalopatie (PML) ● HIV encefalopatie (AIDS demence) ● wasting syndrom (slim disease)
--	--

Zdroj: ČERNÝ, R.- MACHALA, L. Neurologické komplikace HIV/AIDS., 2007 (8)

1.1.2.1 Klinická kategorie A

Klinická kategorie A odpovídá asymptomatickému stadiu, v jehož průběhu nemá pacient žádné klinické příznaky, které by svědčily pro přítomnost HIV infekce. Toto období je spuštěno akutní HIV infekcí, která postihuje asi 85 % lidí recentně infikovaných HIV. Kvůli necharakteristickým příznakům (horečka, generalizovaná lymfadenopatie, faryngitida, exantém) je správné stanovení diagnózy obtížné a u velkého množství případů je tato akutní HIV infekce diagnostikována dodatečně, často až po letech. Pokud se podaří akutní HIV infekci včas indikovat, představuje jednu z indikací zahájení antiretrovirové léčby. Onemocnění však odezní i bez terapie a HIV infekce pak přechází do symptomatického stadia. Rovněž v laboratorním nálezu bývají hodnoty většinou normální **(8)**.

1.1.2.2 Klinická kategorie B

Klinickou kategorií B charakterizuje přítomnost nespecifických příznaků a tzv. malých oportunních infekcí. Toto stadium se také může označovat jako „manifestní non-AIDS stadium“. Konstitucionální (nespecifické) příznaky musí trvat déle než jeden měsíc a nelze je vysvětlit jinými známými příčinami. Jedná se především o horečku vyšší než 38,5 °C, průjem a úbytek hmotnosti, který je vyšší než 10 % původní hmotnosti **(11)**. Oportunní infekce je označení pro takovou infekci, ke které dochází ve chvíli, kdy je imunitní systém oslaben (např. jinou infekcí, onemocněním, nebo léky). Vyskytují se i v běžné populaci, u zdravých osob však onemocnění působí zřídka **(77)**. Nejvýznamnější z těchto oportunních infekcí jsou herpetické infekce – herpes simplex v anogenitální oblasti, herpes zoster recidivující nebo postihující více dermatomů nebo s generalizací, vlasatá

leukoplakie jazyka. Běžně se vyskytuje také kandidóza orofaryngeálně a vulvovaginálně. Objevují se také klinické projevy periferní neuropatie **(11)**.

1.1.2.3 Klinická kategorie C

Klinická kategorie C je podmíněna přítomností těžkého imunodeficitu a charakterizována výskytem oportunních infekcí a nádorů. V tomto stadiu bývá jednoznačně indikována antiretrovirová terapie, naděje na rekonstrukce imunitních funkcí je však nižší nežli při zahájení ve stadiu B. Rovněž tolerance antiretrovirové terapie bývá v tomto stadiu zpravidla horší, což dále snižuje vyhlídky na optimální léčebný úspěch. Pokud se nedaří antiretrovirovou terapií zlepšit, nebo alespoň udržet stav imunity, je nutné zahájit chemoprophylaxi nejčastějších a nejzávažnějších oportunních infekcí (pneumocystová pneumonie, toxoplasmóza apod.). V nepříznivém případě dále postupuje rozvoj imunitní poruchy spojený s multifunkčním rozvratem mnoha orgánů a systémů a pacient umírá na infekční komplikace, nádor nebo na celkové vyčerpání organismu **(8)**.

V poslední době můžeme pozorovat postupné změny výskytu a charakteru oportunních infekcí. Díky dobře propracovaným schémátům chemoprophylaxe některých oportunních infekcí se tyto vyskytují stále méně a na jejich místech se uplatňují jiné infekce – především virové (např. infekce vyvolané *Mycobacterium tuberculosis*) **(55)**.

1.1.3 Diagnostika HIV infekce

Podezření na onemocnění vzniká především při přítomnosti rizikových faktorů přenosu infekce v anamnéze pacienta **(11)**. Správné a včasné stanovení diagnózy usnadňuje rozhodnutí o další léčbě **(25)**.

Diagnostika HIV/AIDS je založena hlavně na specifické virologické diagnostice – na průkazu přítomnosti HIV v organismu **(55)**. Jako základní screeningová metoda užívaná v rutinní praxi slouží průkaz sérových protilátek pomocí metody ELISA **(8)**.

Testy ELISA jsou vysoce citlivé, ale málo specifické. Proto se všechny pozitivní výsledky potvrzují pomocí testů s vyšší specifitou (western blot, PCR). Při použití standardních testů (ELISA) lze protilátky prokázat v období mezi 2 týdny až 3 měsíci po infikování **(11)**.

Odběr biologického materiálu na diagnostiku HIV infekce má být podle metodického pokynu Ministerstva zdravotnictví prováděn pouze se souhlasem vyšetřované osoby, na základě tzv. informovaného souhlasu. Výjimky z této zásady jsou možné jen u těch osob, které nejsou schopné tento souhlas poskytnout (bezvědomí apod.), zvláště hrozí-li nebezpečí z prodlení **(8)**.

Lékař po odběru biologického materiálu odesílá po předchozím informovaném souhlasu dotyčné osoby nebo jejího zákonného zástupce vzorek krve do některé z laboratoří zdravotnického zařízení, která má oprávnění toto vyšetření provádět. Laboratoř zdravotnického zařízení následně provede vyhledávací test ELISA na HIV. Pokud je výsledek reaktivní, zašle vzorek této krve do Národní referenční laboratoře pro AIDS ve Státním zdravotním ústavu (dále jen „NRL AIDS“). V případě potvrzení pozitivitu ohlásí NRL AIDS neprodleně výsledek testu laboratoři, která prováděla vyhledávací vyšetření, lékaři, který vyšetření zajišťoval, dále vedoucímu příslušného AIDS centra v místě odběru a AIDS centra FN Bulovka a epidemiologovi příslušné KHS **(74)**.

Nejčastěji se protilátky proti HIV zjišťují z krve, lze ale použít i jiné tělesné tekutiny, například sliny. Tato metoda je využívána především ke screeningu cíleném na některé nesnadně dosažitelné skupiny (gay komunita, osoby poskytující sexuální služby za úplatu, intravenózní uživatelé drog). Pokud je žádoucí urychleně zjistit HIV sérostatus, lze použít některou z rychlých diagnostických metod, které umožňují s poměrně vysokou senzitivitou ($\geq 98\%$) odhalit přítomnost anti-HIV protilátek. Při použití těchto rychlých metod je však nutné zároveň nebo alespoň dodatečně odebrat materiál na řádné laboratorní vyšetření **(8)**.

Po ohlášení HIV pozitivitu pověří příslušná KHS pracovníka epidemiologického oddělení zajištěním epidemiologického šetření, zjištěním kontaktů a realizací případných dalších opatření ve spolupráci s lékařem AIDS centra, který má pravidelný styk s HIV pozitivní osobou **(74)**.

V případě HIV positivity je dále nutné informovat osoby, které by mohly být HIV pozitivní osobou nakaženy. HIV pozitivní osoba je může informovat sama, nebo za pomoci zvoleného lékaře, který může informaci podat tak, aby neobsahovala jméno HIV pozitivní osoby, je-li to její přání. Tímto lékařem může být buď lékař AIDS centra, nebo pověřený pracovník epidemiologického oddělení KHS (74).

Vyšetřovaná osoba je považována za HIV pozitivní pouze v případě, že byl výsledek označen jako pozitivní v NRL AIDS (74).

1.1.4 Terapie AIDS

Profylaxe spolu s léčbou oportunních infekcí má u HIV pozitivních nemocných velký význam a v kombinaci s terapií HAART (highly active antiretroviral therapy) přispívá ke zlepšení kvality a prodloužení života nemocných (11).

Základem léčby je kromě výše zmíněné profylaxe a včasné terapie oportunních infekcí také protivirová terapie (55). Terapie je tím úspěšnější, čím dříve po přenosu viru byla zahájena (47). Jejím cílem je snaha o prodloužení života nemocných a zlepšení nebo alespoň udržení jeho kvality. Vzhledem k tomu, že naprostá většina příznaků a chorobných stavů spojených s HIV infekcí souvisí s postupným zánikem CD4+ T lymfocytů způsobených replikací HIV, je základním pilířem současné terapie snaha o zábranu replikace HIV pomocí antiretrovirových chemoterapeutik (8).

Započatá antiretrovirová terapie je doživotní, mění se pouze kombinace jednotlivých léků (4).

Jako každá dlouhodobá léčba má i antiretrovirová terapie svá úskalí, která odborníci pozorovali již záhy po jejím zavedení do praxe a která významným způsobem limitují její úspěšnost. Patří mezi ně vysoká toxicita antiretrovirotik, což vede ke vzniku četných nežádoucích účinků léčby (8). Pacienti často trpí nesnášenlivostí podávaných léků, poruchou krvetvorby, vyskytují se u nich projevy postižení jater, ledvin apod. (47). Dalším problémem je rozvoj rezistence

HIV, jejíž vznik je podmíněn především nesprávným užíváním léků – tzv. nízkou adharencí pacientů k léčbě (8).

V současnosti je k dispozici celkem 21 přípravků ze čtyř různých skupin antiretrovirotik (8). Základním lékem je azidothymidin (AZT), který navíc snižuje riziko přenosu HIV infekce na novorozence, pokud je podáván gravidním ženám během těhotenství (55). Vývoj dalších přípravků pokračuje velmi rychlým tempem a v dohledné době lze očekávat registraci nových léků. Od těchto nových antiretrovirotik je očekáván přínos především v oblasti vyšší účinnosti při nižší toxicitě, dále vyšší odolnost vůči HIV rezistenci a také lepší farmakokinetické vlastnosti, které umožní redukci počtu denních dávek léků a tím zvýšení adherence k léčbě. V neposlední řadě je od nových antiretrovirotik očekávána nižší cena (8).

Nemocní s AIDS jsou v ČR dispenzarizováni a léčeni v AIDS centrech. Nejsou u nich uplatňována žádná karanténní opatření ani omezení společenských interakcí. U pacientů s AIDS může být omezen výkon povolání, ale pouze celkovým zdravotním stavem. Onemocnění se musí povinně hlásit (29).

Frekvence klinických i laboratorních kontrol se v první řadě řídí celkovým stavem pacienta. Kromě pravidelného standardního monitorování pacientů s HIV infekcí je kontrolován klinický stav, hlavní markery průběhu onemocnění i většina ostatních laboratorních hodnot přibližně jednou za 3 měsíce, častější kontroly jsou nutnější především u pacientů nových či u pacientů, u nichž byla recentně zahájena antiretrovirová terapie nebo došlo ke zhoršení celkového stavu (8).

V rámci terapie je také důležitý komplexní pohled na klienta, který při volbě nejvhodnější formy pomoci bere v úvahu nejen diagnostickou kategorii, ale i řadu dalších okolností. Pro tento přístup se v literatuře vžil pojem „*matching*“ (25).

1.1.5 Prevence AIDS

Přes pokroky dosažené v oblasti terapie HIV/AIDS neexistuje dosud taková léčba, která by vedla k úplnému vyléčení osob s rozvinutým onemocněním

AIDS nebo k eliminaci viru HIV. Rovněž není k dispozici účinná vakcína, a proto jsou nespécifická preventivní opatření stále neúčinnější a také nejméně nákladnou cestou k zabránění vzniku HIV/AIDS (67).

Organizaci a řízení prevence a léčby HIV/AIDS v resortu zdravotnictví má na starosti především hlavní hygienik ČR, který současně koordinuje spolupráci s ostatními resorty a dalšími organizacemi činnými v oblasti HIV/AIDS. Na úrovni krajů je odpovědný za problematiku prevence HIV/AIDS vedoucí epidemiologického odboru KHS, který při plnění úkolů v dané oblasti spolupracuje s ostatními složkami zdravotnictví a dalšími institucemi (74).

Nezbytnou součástí účinné prevence HIV/AIDS je spolupráce s mezinárodními organizacemi – např. UNAIDS (74).

Jedním z hlavních preventivních opatření proti infekci virem HIV je zdravotní výchova široké veřejnosti zaměřená na omezování hlavní cesty přenosu – šíření pohlavním stykem. Jedná se především o zvýšení informovanosti ohledně HIV/AIDS, zásad bezpečného sexu, užívání kondomů apod. (53). Nezastupitelnou úlohu mají v šíření informací, tedy v primární prevenci, také média (4). Pro zájemce z řad veřejnosti poskytují bezplatné poradenství Poradny pro AIDS. Kromě poradenství provozují organizace zabývající se problematikou AIDS také telefonní linky, jako je např. Národní linka prevence AIDS. Tato linka je dostupná z kteréhokoli místa v ČR a je zdarma (70).

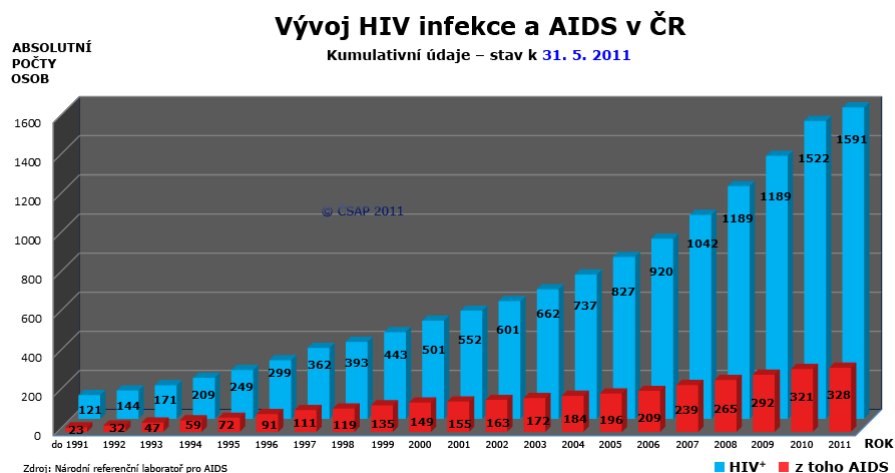
Všechny aktivity v oblasti prevence HIV/AIDS vycházejí z usnesení vlády České republiky č. 47/1990, kterým byl schválen Národní program prevence AIDS v České republice. Ten je vždy podrobněji rozpracováván pro nadcházející pětileté období (74). Národní program řešení problematiky HIV/AIDS v České republice v období let 2008 – 2012 má dva hlavní strategické cíle: zabránit vzniku a dalšímu šíření HIV infekce a omezit dopad HIV infekce na jednotlivce i společnost. V rámci dosažení strategických cílů jsou definovány cílové skupiny populace, na které je program zaměřen a dále přehled konkrétních aktivit vedoucích k dosažení strategických cílů. Příkladem těchto aktivit je odstavec 3.1.6., který udává zajištění spolupráce Státního zdravotního ústavu v Praze a jeho dislokovaných pracovišť se službami pro uživatele drog na prevenci a testování HIV u injekčních uživatelů drog (67).

Kromě opatření preventivních fungují v České republice také represivní opatření založené na hlášení a izolaci nemocného ve zdravotnickém zařízení, vyhledávání zdrojů a kontaktů apod **(53)**. Povinnosti nakaženého virem HIV/nemocného AIDS z protiepidemického hlediska stanoví zákon č. 258/ 2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví, který osobám po nákaze virem lidského imunodeficitu ukládá, že jsou povinny „*podrobit se léčení, lékařskému dohledu, potřebnému laboratornímu vyšetření a dalším protiepidemickým opatřením...dodržovat poučení lékaře o ochraně jiných fyzických osob před přenosem infekčního onemocnění, nevykonávat činnosti při nichž by vzhledem ke svému nosičství ohrožovaly zdraví jiných osob...*“ **(82)**.

1.1.5.1 Sociální a psychosociální aspekty onemocnění AIDS

Podle odhadů zemřelo do konce roku 2006 na infekci virem HIV více než 40 milionů lidí a předpokládá se, že během následujících 20 let tato infekce zahubí dalších 68 milionů lidí, převážně v subsaharské Africe **(11)**. V současné době žije na světě přibližně 33,3 milionů lidí nakažených virem HIV, včetně 2,5 milionů dětí. Každý den se na světě nakazí 14 000 lidí. Podle odhadů UNAIDS žilo v západní a střední Evropě koncem roku 2009 820 000 tisíc HIV pozitivních osob, ve východní Evropě žilo HIV pozitivních osob přibližně 1,6 milionu **(68)**. V České republice je výskyt onemocnění z hlediska celosvětového i evropského zatím nízký (odhaduje se, že 3-4 % naší populace jsou virem infikována), ale v posledních letech je u nás pozorován nárůst nových případů onemocnění **(11)**. K 31.5. 2011 byla v České republice infekce diagnostikována u 1919 osob, z toho bylo 376 cizinců **(66)**.

Obrázek 2: Vývoj HIV a AIDS v Česku 1986-2011



Zdroj: Česká společnost AIDS pomoc (66)

Epidemie HIV/AIDS představuje velmi komplexní celosvětový problém, jenž vyžaduje interdisciplinární přístup, ať už na úrovni výzkumu či v rovině praktických intervencí. K fenoménu přenosu viru HIV a onemocnění AIDS je nutné přistupovat z hlediska historického, sociologického, ekonomického, kulturního, politického, antropologického a samozřejmě i virologického (42).

Pokud se budeme pandemií onemocnění AIDS zabývat z hlediska ekonomického, představuje stále se zhoršující problém. HIV/AIDS nepříznivě ovlivňuje hned několik klíčových oblastí, jako je pracovní trh, produktivita, míra úspor, státní finance nebo životní úroveň (8).

AIDS, stejně jako ostatní závažná onemocnění, způsobuje závažné změny i v psychosociálním stavu nemocného. Dochází k radikální změně sociální situace, s níž se musí nemocný vyrovnat. Zdravotní nepohoda má za následek i náročnější fungování v mezilidských vztazích. Způsob vyrovnávání se s chorobou je vždy velmi individuální a závisí na jejím průběhu (42).

Nelehký proces vyrovnávání se s těžkým onemocněním v praxi aplikovatelný i na AIDS jako první popsala E. Kübler-Ross (1975). Jedná se celkem o 6 stadií, počínaje iniciálním šokem, přes popření, smlouvání, agresi (zlost), depresi (pocity viny), až po rovnováhu a přijetí svého onemocnění (24).

Nákaza virem HIV (příp. onemocnění AIDS) získala ve společnosti zvláštní postavení s mnohými psychosociálními dopady, většinou negativními. Důvodem je fakt, že v osobní anamnéze lze u naprosté většiny HIV pozitivních vysledovat promiskuitní sexuální chování a/nebo intravenózní aplikaci drog. Četné psychologické studie dokazují, že i u osob, které mají pouhé podezření, že by mohli být nakaženi, se objevují stavy úzkosti, spojené s nočními chmurami a nespavostí. tyto problémy se vyskytují jak u těch, kteří čekají na výsledek testu, tak i u těch, kteří se k vyšetření ještě neodhodlali (46).

1.2 DROGY

Slovo droga pochází z francouzského drogu, které bylo převzato z arabského durana – léčivo a znamená jakoukoliv látku s psychotropními účinky, která u osob užívajících jí periodicky či kontinuálně, vyvolává stav tělesné či psychické závislosti (18).

Drogy mají jednu významnou vlastnost, proč jsou po tisíciletí vyhledávány, a v dnešní postmoderní konzumní společnosti zaměřené na výkon, na rychlé užití si a na intenzivní zážitky tato vlastnost hraje snad ještě větší roli, než kdykoli předtím. Drogy dokáží (alespoň na počátku jejich užívání) rychle, poměrně levně a především téměř bezpracně člověku zprostředkovat stav změněného vědomí a tím i rozkoš nebo slast, jejichž prožitek patří k základním lidským potřebám, byť se míra potřeby jejich uspokojování u každého jednotlivce liší (22).

Existuje mnoho drog, které mohou vyvolat závislost; jde jednak o látky legální, jako je např. alkohol, tabák, psychotropní léky a káva, jednak o látky nelegální – např. opiáty a stimulancia (73).

Někteří autoři, jako např. Hejda (2000), drogy rozlišují na měkké a tvrdé. K tzv. „měkkým drogám“ patří produkty z konopí (marihuana, hašiš) a LSD. Tento typ drog může vést k psychické závislosti bez vzniku závislosti fyzické. Ale právě tato psychická závislost způsobuje při terapiích největší obtíže. Dlouhodobé užívání drogy s sebou může nést těžké poruchy zdraví, i přesto, že takto označená droga bývá některými odborníky deklarována jako ne příliš nebezpečná. „Tvrdé

drogy“, jako jsou např. opium, morfium a heroin, vedou k rychlé duševní a tělesné závislosti. Zvláštní postavení zaujímá v této kategorii kokain, protože nevyvolává tělesnou závislost ve vlastním slova smyslu, ale svým velmi vysokým stupněm psychické závislosti se přibližuje k účinku fyzické vázanosti (18).

Od diferenciací drog na „měkké“ a „tvrdé“ se však upouští z důvodu nejasných kritérií při zařazení látky do jedné či druhé kategorie (36).

Zneužívané látky mohou mít tlumivé či stimulační účinky. Na základě jejich účinků je možné je dále dělit na jednotlivé kategorie drog. V následující tabulce je uveden přehled kategorií běžně užívaných drog (73).

Tabulka 4: Dělení a kategorizace drog

Kategorie drog			
Látky s tlumivým účinkem („downers“)			Stimulancia, budivé drogy („uppers“)
Opioidy (opiáty)	Benzodiazepiny	Sedativa/trankvilizéry	
- heroin	- fenazepam	- alkohol	- metamfetamin (pervitin)
- metadon	- nitrazepam	- antidepresiva	- kokain
- tekuté (acetylované) opium	- diazepam (Valium, Relanium, Seduxen)	- barbituráty	- MDMA (extáze)
- jiné injekčně aplikovatelné opiáty	- klonazepam (Klonopin)		- stimulancia na bázi amfetaminu
- morfin	- lorazepam (Ativan, Merlit)		a další
- kodein (tetralin apod.)	- chlórdiazepoxid (Librium)		
- tramadol (Tramal)	- alprazolam (Xanax)		
- fentanyl	a další		
a další			

Zdroj: CURTIS, M., GUTERMANOVÁ, L. První pomoc při předávkování a jeho prevence, 2010 (7)

1.2.1 Drogová závislost

Drogovou závislostí se označuje komplexní stav, který zahrnuje sociální, psychologické a biologické komponenty. Existuje mnoho forem drogové závislosti, které se liší podle typu užívaných drog a míry závislosti (74).

Dle Kaliny (2008) je závislé nebo jiné rizikové chování výsledkem složitého komplexu interakcí mezi bio-psycho-sociálními faktory s jedinečnými možnostmi a variacemi ve volbě chování, drogy, způsobu užití a důvodů užití (29).

Závislosti obecně dělíme na látkové (substanční) a nelátkové (procesuální). Látkové závislosti souvisí s užíváním ilegálních, či legálních drog. Mezi nelátkové závislosti se řadí patologické hráčství, závislost na práci – workoholismus, závislost na počítačích či internetu aj. (23).

Drogová závislost se dále dělí na psychickou (duševní) a fyzickou (tělesnou). Psychická závislost představuje největší léčebný problém a na rozdíl od tělesné má dlouhodobý charakter. Velká část diagnostických znaků závislosti se týká právě psychické závislosti. Fyzická závislost se projevuje tělesnými potížemi při odvykacím syndromu (51).

Faktory, které vedou ke vzniku, udržování, nebo případně ukončení drogové závislosti, můžeme rozdělit do následujících skupin:

- faktory farmakologické (droga)
- faktory somatické a psychické (osobnost)
- faktory enviromentální (prostředí, rodina)
- faktory percipitující (podnět) (20).

Masár a Novotný uvádí tři charakteristiky závislosti. Je to ovládající přání, potřeba nebo nutkání pokračovat v užívání drogy a její získání jakýmkoli prostředky. Dále mají závislé osoby tendenci zvyšovat dávku a objevuje se u nich psychická, příp. fyzická závislost na účincích drog (36).

Ne každé konzumování drogy je možné označit jako závislost, a proto je důležité rozlišovat příležitostné uživatele a uživatele závislé na droze (36). V praxi se lze setkat s různými kategoriemi užívání ilegálních drog:

- Abstinence – naprosté zdržení se užívání jakékoli látky měnící vědomí.

- Experimentální – jednorázová zkušenost s danou návykovou látkou, jež člověk užije zpravidla nejvýše 2-3x za život.
- Rekreační – příležitostné, byť někdy pravidelné, užívání návykové látky (např. o víkendech, při návštěvě techno-party apod.), které je zakomponované do životního stylu a nepůsobí uživateli zdravotní nebo sociální problémy.
- Problémové – dlouhodobé a/nebo injekční užívání heroínu, kokainu, metamfetaminu, jež může uživateli působit vážné problémy a může mít nepříznivé dopady i na sociální okolí uživatele (rodina, přátelé, partneři).
- Závislé – nepřetržité pravidelné užívání návykové látky, které jednoznačně určuje životní styl uživatele a působí mu vážné poškození somatického, psychologického a sociálního zdraví. Rovněž může mít vážné negativní dopady také na sociální okolí uživatele (rodina, přátelé, partneři) (22).

V léčebných a kontaktních centrech pro uživatele drog v České republice bylo v roce 2010 evidováno přes 9 000 osob. Lze předpokládat, že počet všech uživatelů návykových látek v ČR bude ještě vyšší podle odhadů to může být až 38 000. Nejvyšší prevalence uživatelů drog je v Praze, následuje Ústecký a Jihomoravský kraj. Nejčastěji užívanou skupinou základních drog jsou stimulantia – 62,9% (především pervitin), na druhém místě jsou opiáty – 23,1% (hlavně heroin). 30% všech uživatelů drog užívá svou základní drogu denně (69).

1.2.2 Způsoby aplikace drog

Způsob aplikace drogy rozhoduje o tom, jak rychle začne působit. Při nitrožilném užití začne droga v těle působit mnohem rychleji a intenzivněji než při šňupnutí, vykouření, nebo aplikaci téhož množství pod kůži (7).

Rozlišují se následující způsoby aplikace:

- *Injekční aplikace* je nejrizikovější způsob užívání drog, neboť dochází k vpravení toxické látky včetně všech nežádoucích příměsí a mikroorganismů přímo do krevní řečiště. Jestliže je injekční dávka (množství bakterií) dostatečná, dochází k rozvoji infekčního onemocnění a choroboplodné zárodky mohou být krevním oběhem zaneseny i do vzdálených orgánů (25).

- *Šňupání – sniffing* je méně nebezpečný způsob aplikace. Branou vstupu je nosní sliznice, která bývá často značně poškozena. Některé látky, např. kokain způsobují její odkrvení-anemizaci, při opakovaných aplikacích dochází k atrofii nosní sliznice, posléze i k destrukci nosní přepážky a ztrátě čichu.
- *Inhalace* – během inhalace dochází ke vstřebávání účinné látky plicními sklípkami. Rychlost nástupu účinku je oproti předchozímu způsobu vysoká, nedosahuje však rychlosti při intravenózní aplikaci. Nejčastěji se tímto způsobem užívají konopné drogy, heroin a organická rozpouštědla. Při užívání organických rozpouštědel dochází k poleptání plicních sklípků. Inhalace kouře zvyšuje riziko vzniku nádorových i infekčních onemocnění dýchacího systému.
- *Perorální aplikace* s sebou nese riziko špatně odhadnutelné dávky pro pozdní nástup účinku. Také procento využití látky z užitého množství je nízké **(25)**.

Podle Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA) ukazují nejnovější údaje stabilní až klesající trend v případě injekčního užívání drog. I přesto však zůstává injekční užívání hlavním problémem v oblasti drog **(14)**. V České republice uvádí jako základní způsob užívání drog injekční aplikaci až 70 % uživatelů drog evidovaných v léčebných/kontaktních centrech. Podle Výroční zprávy Hygienické stanice hl. m. Prahy si alespoň jednu drogu injekčně aplikovalo 6 581 osob. Pokud se započítá i tzv. skrytá populace, odhaduje se, že injekčních uživatelů drog může v ČR být až 28 400. Po injekčním způsobu aplikace drogy následuje kouření (14 %) a inhalace/šňupání (12 %) **(69)**.

1.3 AIDS A UŽIVATELÉ DROG

Infekční choroby přenášené krví jsou považovány za nejčastější a současně nejzávažnější komplikace injekční aplikace drog. V této souvislosti jde nejčastěji o infekce viry hepatitidy B a C a infekci HIV **(28)**. Sdílení jehel mezi intravenózními uživateli drog (dále jen „IUD“) je z hlediska možnosti přenosu virů hepatitid a HIV vysoce rizikovou činností kvůli přítomnosti krve v jehlách po vpichu **(33)**.

Epidemie AIDS byla u uživatelů drog poprvé rozpoznána v roce 1981 v USA. Do té doby bylo AIDS vnímáno pouze jako nemoc přenášející se mezi homosexuály. Časté případy mezi IUD měly významné epidemiologické dopady. Poskytly první důkazy, že nemoc není rozšířena pouze mezi gayi a zvýšily možnost, že se původce přenáší krví – použitými injekčními stříkačkami. Postupy pro test protilátek HIV byly vyvinuty v roce 1984. Dostupnost diagnostického testu na HIV měla obrovský dopad na schopnost zjistit, jak se HIV přenáší a vytvořit tak více cílenou prevenci **(39)**.

Incidence HIV infekce mezi uživateli drog v ČR je doposud relativně nízká, výskyt v této rizikové skupině je sporadický **(29)**. K 31.1. 2011 bylo v ČR evidováno celkem 97 HIV pozitivních osob (z celkového počtu 1870 HIV pozitivních osob), kteří se infikovali prostřednictvím intravenózního užívání drog **(65)**. Přenos prostřednictvím injekčního užívání drog byl v roce 2010 jako nejpravděpodobnější uveden v necelých 3 % případech **(67)**.

V kontrastu s tím lze nastínit situaci v řadě východoevropských zemí, kde v současné době probíhá explozivní epidemie HIV infekce u injekčních uživatelů drog. Přistěhovalci z těchto zemí mohou proto být významným zdrojem infekce i v ČR **(29)**. V Rusku je uváděno přibližně 1, 68 milionu problémových uživatelů opiátů (většinou jsou to injekční uživatelé) a na Ukrajině 324 000 až 423 000. Studie odhadují, že v obou zemích je cca 40 % těchto uživatelů HIV pozitivních **(14)**. UNAIDS dokonce uvádí, že injekční uživatelé drog tvoří až 60 % mezi novými případy HIV positivity ve východní Evropě **(67)**.

I přesto, že HIV/AIDS není mezi injekčními uživateli drog v České republice příliš rozšířeno, je důležité věnovat tomuto tématu pozornost především z důvodu závažnosti onemocnění. Efektivní možností snížení incidence HIV u injekčních uživatelů drog je dostupná síť kvalitních harm-reduction služeb, zejména výměnných programů a opiátové substituční léčby **(45)**. Statistiky UNAIDS uvádí, že mezi lety 2004 – 2008 vzrostl ve světě počet přenosu HIV mezi injekčními uživateli drog o 19 % **(67)**.

Podle Radimeckého (2009) neberou injekční uživatelé drog ohrožení přenosem viru HIV příliš vážně, důvodem je patrně omezený počet nemocných

AIDS v jejich okolí. Svou roli zde může hrát i počáteční „bezpříznakové“ období nemoci (56).

Problémoví uživatelé drog často z obavy před sociální stigmatizací nevyhledávají lékařskou pomoc, a to ani v případě závažných zdravotních obtíží. Navíc si v drtivé většině případů neplatí zdravotní pojištění a bez pojištění je obvodní lékař neošetří. V takové situaci hrají bezesporu významnou roli nízkoprahová zařízení, která nevyžadují, alespoň při prvním kontaktu, žádnou identifikaci. Společnost má vůči nakaženým virem HIV/nemocným AIDS předsudky a samotnou nemoc tabuizuje – nemocní jedinci jsou tak zavržováni a v některých případech mají předpoklady stát se marginalizovanými. Důsledkem toho je, že někteří nakažení odmítají svou nemoc před okolím přiznat. Pokud se k této nálepce „nakažený virem HIV/nemocný AIDS“ přičte ještě nálepka „toxikoman, uživatel návykových látek, feťák“, stojí společnost před velkým problémem, který si zároveň sama vytváří (6).

Kromě rizikové chování z hlediska přenosu HIV, je dalším problémem specifickým nejen pro injekční uživatele drog, i interakce antiretrovirových léků s drogami. Nelegální drogy i legálně předepisované léčivé přípravky jsou velmi často v organismu metabolizovány týmiž systémy, a proto znamená užívání nelegálních drog v kombinaci s léky na předpis vysokou pravděpodobnost, že tyto látky budou vzájemně reagovat a pak budou mít odlišné účinky, než kdyby byly užity izolovaně. Například některé přípravky využívané při léčbě HIV mohou zvyšovat u lidí závislých na opioidech riziko předávkování nebo naopak vyvolávat odvykací symptomy (7).

1.4 SOCIÁLNÍ PRÁCE S UŽIVATELI DROG

Práci s uživateli drog se věnují profesionálové s kvalifikací v různých pomáhajících profesích – sociální pracovníci, psychologové, psychiatři, speciální pedagogové aj. (38).

Systém sociálních služeb v České republice je otevřen uživatelům jakékoliv psychotropní látky bez ohledu na formu aplikace (34). Sociální pracovníci a další profesionálové však pracují převážně s klienty, kteří berou

drogu pravidelně (více než jednou týdně), její užívání je součástí životního stylu a již se projevuje škodlivými účinky. Další cílovou skupinou jsou osoby, jimž pravidelné užívání drogy ovlivňuje soukromý, případně pracovní život a droga je užívána rizikovým způsobem (např. nitrožilní aplikace). V neposlední řadě se pracovníci věnují osobám závislým na drogách, které mají zřetelné zdravotní, psychické i sociální problémy způsobené užíváním omamných a psychotropních látek (38).

Protože s sebou užívání drog přináší spoustu problémů z různých oblastí života, má sociální pracovník obrovský prostor v rámci multidisciplinárního týmu. Může tak při své práci využívat všech metod sociální práce a socioterapeutického přístupu (34).

Univerzálním přístupem sociální práce s uživateli drog je motivační rozhovor. Jedná se o metodu, která je zvláště vhodná, jejichž vztah k případné změně lze popsat jako ambivalentní. Uplatňuje spíše podporující než donucující postupy (40).

1. 4. 1 Principy práce s uživateli drog

Řešení drogové problematiky a péče o uživatele drog jsou formovány společensko-politickým diskurzem. Výsledkem je protidrogová politika státu, která vychází z represivního přístupu doplňovaného nabídkou léčebných a preventivních programů (38).

Východiska, principy a cíle protidrogové politiky jsou v české republice formulovány v Národní strategii protidrogové politiky na období 2010-2018. Strategie definuje v obecné rovině čtyři základní cíle:

- a) snížit míru experimentálního a příležitostného užívání drog zejména mladými lidmi,
- b) snížit míru problémového a intenzivního užívání drog,
- c) snížit potenciální rizika spojená s užíváním drog pro jedince a společnost,
- d) snížit dostupnost drog zejména pro mladé lidi (48).

V zemích EU jsou definovány tzv. zásady prioritizace v oblastech zdravotnictví týkající se léčby drogových závislostí. Tyto zásady byly zdrojem

pro definování funkčního systému léčení drogových závislostí. Matoušek (2005) zmiňuje tři z nich. Prvním bod funkčního systému léčby drogových závislostí zní takto: co je účinné, musí být dostupné, co je dostupné, musí být účinné. Druhým bodem je odstranění bariéry včasné pomoci a zabránění odloženému využívání služeb. Dále je důležité zabránit fenoménu otáčivých dveří, který bývá důsledkem toho, že léčba není dotažena do konce a není naplněno tzv. léčebné kontinuum. Další autoři také zdůrazňují nezbytnost systematických znalostí o problematice závislostí a potřebu vnímat jednotlivce společně se systémovými souvislostmi jeho situace (38).

Ze zásad, které v práci s uživateli drog platí obecně, lze zdůraznit přístup bez předsudků, důslednost, schopnost rozpoznat a nepřipustit manipulativní jednání, jasné stanovení a dodržování pevných hranic a norem závazných pro klienta i pracovníka, respektování nabídky a poptávky (28).

1. 4. 2 Druhy služeb a zařízení pro uživatele drog

V současnosti se u nás daří propojovat státní a nestátní sektor služeb, prolínají se přitom většinou rezorty sociální a zdravotní (61).

Rozhodnutí, který druh služeb, resp. zařízení je pro konkrétního klienta nejvhodnější, by mělo brát v úvahu několik následujících kritérií. V první řadě se doporučuje hodnotit aktuální stav závislosti klienta, zdravotní stav a případné somatické komplikace závislosti. Následně se vyhodnocují doprovodné psychologické a psychopatologické problémy, stupeň klientovy motivace a potřeba podpory, intenzita příznaků závislosti, nejbližší vztahy a sociální prostředí klienta (38).

- *Terénní programy* – vymezuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách jako terénní služby poskytované osobám, které vedou rizikový způsob života, nebo jsou tímto způsobem života ohroženy. Cílem služby je vyhledávání těchto osob a minimalizace rizik jejich způsobu života (82).

- *Nízkoprahová kontaktní centra* – poskytují řadu služeb uživatelům, kteří sem sami aktivně docházejí. Své služby mohou poskytovat i rodinným příslušníkům (34).

- *Ambulantní léčba* – pro tuto službu jsou vhodní klienti s lehčím stupněm závislosti, s minimem somatických a psychických komplikací, vysokou motivací a podporujícím sociálním zázemím. Kromě farmakoterapie se v ambulantní léčbě používá především individuální terapie (1x-5x týdně dle potřeby) a skupinová terapie (obvykle 1 x týdně) **(26)**.
- *Denní stacionáře* – jsou zařízení poskytující denní péči. Léčba v denním stacionáři se pokládá za alternativu ústavní či rezidenční léčby pro klienty, kteří jsou schopni abstinovat bez vyčlenění z původního prostředí **(27)**.
- *Detoxifikační jednotky* – jsou zařízení sloužící k léčbě akutních odvykacích stavů, postupy používané při zvládnání akutních odvykacích obtíží se nazývají detoxikace **(10)**.
- *Psychiatrické léčebny* – poskytuje se zde krátkodobá (4-9 týdnů) a střednědobá (3-6 měsíců) ústavní léčba. Jedná se o vysoce strukturované léčebné programy založené na principech terapeutické komunity. Dodržování léčebného režimu a zapojení klienta do léčby je často sledováno pomocí bodovacího systému (kladné body za žádoucí chování, záporné za nežádoucí) **(26)**.
- *Terapeutické komunity* – Kratochvíl (1979) definuje terapeutickou komunitu jako zvláštní formu intenzivní skupinové psychoterapie, kde klienti, většinou různého věku, pohlaví a vzdělání, spolu určitou dobu žijí a kromě skupinových sezení sdílejí další společný program s pracovní a jinou různorodou činností, což umožňuje, aby do tohoto malého modelu společnosti promítali problémy ze svého vlastního života, zejména své vztahy k lidem **(28)**. Účelem léčby v terapeutické komunitě je změna životního stylu. Klient postupně dosahuje změn v sebepojetí, prožívání, chování a vztazích, což mu umožní, aby mohl svůj prožít jako uspokojivý a zodpovědně se rozhodovat, jakým způsobem svůj život povede **(29)**.
- *Doléčovací centra* - hlavním cílem doléčovacích programů je prostřednictvím podpůrných, poradenských, terapeutických a svépomocných aktivit snižovat riziko relapsu drogové závislosti a podpořit udržení a další rozvíjení pozitivních změn, k nimž u klienta došlo před vstupem do doléčovacího programu **(13)**.
- *Substituční programy* – jsou součástí intervencí harm reduction jako jedna z forem medicínské léčby závislosti na opioidech při použití předepisovaných opioidních agonistů. Obecně bývá zvažována u osob, které nedokážou zastavit

užívání drog a udržet abstinenci. Velká část těchto pacientů má nepříznivou prognózu abstinence a nemělo by jim být doporučováno ani ukládáno s léčbou přestat (72).

Vzhledem k dosavadnímu vývoji služeb v oblasti harm reduction lze předpokládat vznik dalších specifických služeb, např. místností pro bezpečnou aplikaci drogy (38).

1. 4. 3 Sociální práce v nízkoprahových službách

V nízkoprahových službách se uplatňují především dva typy sociální práce – terénní sociální práce a předléčebné poradenství a práce s klientovou motivací (38).

Terénní sociální práce je sociální práce s rizikovými jednotlivci nebo skupinami vykonávaná v přirozeném prostředí klientů. Speciálním typem terénní sociální práce je tzv. streetwork. Streetwork představuje vyhledávací, doprovodnou a mobilní sociální práci s nízkoprahovou nabídkou sociální pomoci (37).

Důležitější než formální kvalifikace pracovníka je v terénních programech jeho schopnost komunikovat s uživateli a schopnost vybudovat si pověst důvěryhodné osoby. Klienta je nutné považovat za autonomní osobu, proto terénní pracovník nabízí řešení problémů spojených s užíváním drogy pouze do té úrovně, do jaké je to pro klienta přijatelné. Terénní práce se z velké části pokouší naplňovat preventivní cíle a uplatňovat strategii snižování rizika (38).

Předléčebné poradenství je poradenství poskytované před nástupem intenzivní léčby ve stacionáři, ve specializované léčebně nebo v terapeutické komunitě (38).

Pokud se hovoří o předléčebném poradenství v kontextu nízkoprahových služeb, na jeho počátku často stojí poradenství zaměřené na minimalizaci rizik souvisejících s injekčním užíváním návykových látek. Hlavní součástí tohoto poradenství je práce s motivací klienta (43).

Cílem tohoto druhu poradenství je rozvoj a podpora klientovy motivace k léčbě. Předléčebné poradenství má pozitivní vliv na úspěšnost léčby (38).

1.5 TESTOVÁNÍ HIV

V posledních letech jsou testy HIV čím dál dostupnější. Oblast technologie testování HIV se rozšířila, stejně jako se zvýšila ochota osob nechat se testovat. Kromě séra odebraného ze žíly se objevily také méně invazivní přístupy – k testování lze použít vzorky slin a krev. Rychlé testy umožňují klientům dozvědět se výsledky v ten samý den, kdy byli testováni, což může být užitečné v naléhavých lékařských případech, nebo u klientů, u kterých je předpoklad, že si nepřijdou vyzvednout výsledky testu za několik dní **(71)**.

Mezi nejčastější důvody, které člověka vedou k provedení testu na HIV protilátky se řadí trvale rizikové chování, nahodilé rizikové chování a potřeba znát svůj zdravotní stav před vytvořením nového partnerského vztahu. Ideální je provedení HIV testu za 2-3 měsíce po rizikovém chování **(9)**.

V České republice může být služba testování protilátek HIV zprostředkována v některém ze zdravotnických i nezdravotnických zařízení (testování v nezdravotnických programech však v současnosti nemá legislativní oporu) **(74)**.

Nezpoplatněné a anonymní HIV testy provádí některá nestátní zařízení, jako je např. Dům světla. Dům světla funguje pod záštitou České společnosti AIDS Pomoc, která provozuje i nonstop telefonní linku **(30)**.

V případě rizikového chování není vhodné hledat odpověď na obavu z infekce HIV na transfuzním oddělení. Testy na HIV se sice provádějí u všech krevních dárců ze vzorku krve, ale dárci krve svým podpisem předodběrového dotazníku potvrzují, že odpověděl pravdivě na všechny otázky týkající se zdravotních rizik - např. úzkého kontaktu s osobou infikovanou virem HIV, sexuální promiskuity, sexuálního styku mezi muži, prostituce, injekčního užívání drog v posledním roce nebo i v letech minulých atd. Pokud dárci poskytnou nepravdivé údaje, vystavuje se příslušným právním důsledkům. Jestliže je u dárce krve zjištěn pozitivní test na HIV, je z dárcovství okamžitě vyřazen a evidován v Národním registru dárců krve, který je přístupný všem transfuzním oddělením v ČR **(21)**.

Vyšetření protilátek HIV je dobrovolné a lze je provést pouze se souhlasem vyšetřované osoby, popř. jejího zákonného zástupce. Výjimkou je vyšetření, kdy se jedná o dárce krve, tkání, orgánů, spermatu a mateřského mléka – předpokladem darování je písemný souhlas s vyšetřením HIV. Další výjimky jsou uvedeny v § 71 odst. 2 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví. Jedná se o těhotné ženy, u kterých provede vyšetření lékař těhotenské poradny při první návštěvě této poradny a v odůvodněných případech zvýšeného rizika i v posledním trimestru těhotenství. Další výjimkou jsou fyzické osoby, které mají poruchu vědomí a u nichž je vyšetření na HIV významné z hlediska diferenciální diagnostiky a léčení bez tohoto vyšetření může vést k poškození jejich zdraví. Vyšetření protilátek HIV lze bez souhlasu vyšetřovaného provést dále u fyzických osob, kterým bylo sděleno obvinění z trestného činu ohrožování pohlavní nemocí včetně nemoci vyvolané virem HIV nebo z trestného činu, při kterém mohlo dojít k přenosu této nákazy na jiné fyzické osoby; a také u fyzických osob, které jsou nuceně léčeny pro pohlavní nemoc **(74)**.

Jako specifická možnost pro injekční uživatele návykových látek se uvádí nízkoprahové a další programy v oblasti testování infekcí **(56)**.

1.5.1 Druhy HIV testů

Všechny testy na HIV, které se používají v České republice, musí být řádně registrovány Ministerstvem zdravotnictví České republiky (dále jen MZ ČR) a posouzeny Národní referenční laboratoří **(12)**.

Testy na přítomnost infekcí spočívají zejména ve vyšetření protilátek proti jejich původcům (virům v případě HIV). Mimo běžné testy metodami enzymatické imunoanalýzy (EIA, ELISA), které jsou prováděny v laboratořích ze vzorků odebrané krve, resp. separovaného séra, jsou používány i rychlé (převážně imunochromatografické) testy prováděné z kapilární krve v místě odběru. Provádění těchto rychlých testů je výhodné u těžce dosažitelných (hard-to-reach) rizikových skupin, jako jsou injekční uživatelé drog nebo komerční sexuální pracovníci. Jejich vykonání je méně náročné na kvalifikaci personálu, odečtení výsledků testů je snadné a jsou k dispozici v řádu minut **(45)**.

Tabulka 2: Výhody a nevýhody testů na protilátky HIV

Metoda HIV testování	Výhody	Nevýhody
EIA/ ELISA	<ul style="list-style-type: none">• vyšší cenová dostupnost• denně lze testovat velké množství séra• vyšší citlivost a specifika	<ul style="list-style-type: none">• potřebné speciální laboratorní vybavení• nutný kvalifikovaný personál• musí být používán celý kit vzorků (90-100)
Tzv. rychlé testy	<ul style="list-style-type: none">• jednoduchost, rychlost• nižší cena• není potřeba speciální laboratorní vybavení• dodávány jako testy na jedno použití – může být použit jen jeden vzorek	

Zdroj: HARRIES, A.D. TB/HIV a clinical manual. WHO, 2004 (16).

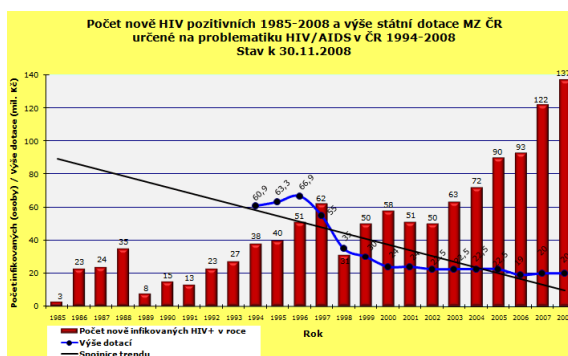
V současné praxi mohou nízkoprahové služby používat metodu testování z plné krve ve spolupráci s laboratoří. V zařízení plnou krev odebere kvalifikovaný zdravotnický personál, následně je materiál odvezen do laboratoře a výsledek je možno oznámit klientovi zhruba do týdne. Vyšetření vzorku je hrazeno zdravotní pojišťovnou a není tedy prováděno anonymně **(56)**.

Další metodou, kterou lze používat v zařízeních poskytujících nízkoprahové služby, je metoda testování ze séra přímo v zařízení. Klientovi je odebrána plná krev, která je poté odstředěna v minicentrifuze. Odstředěné sérum je následně použito pro certifikovaný rychlý destičkový test. Nespornou výhodou tohoto způsobu testování je zachování anonymity klienta a sdělení výsledku klientovi přímo na místě, což dává prostor pro další motivační práci a poradenství v případě pozitivního výsledku a odpadá možné riziko nevyzvednutí výsledku **(56)**.

Vedle dvou uvedených typů HIV testů existují také tzv. slinné testy na HIV. Tyto jsou nyní Národní referenční laboratoří pro HIV/AIDS pozastaveny kvůli nedostatku potřebného materiálu ke zpracování **(56)**.

Vzhledem k současnému vývoji veřejných financí a poklesu objemu prostředků v dotačních titulech, které jsou zdrojem financí pro činnost nízkoprahových zařízení, je limitujícím faktorem použití testů, včetně rychlých testů, jejich cena. Ani sebelepší test nebude nízkoprahovými zařízeními využíván, nebude-li cenově dostupný. Nejnižší cena jednoho vyšetření rychlým testem z kapilární krve se v současné době pohybuje kolem 60 Kč (45).

Obrázek 3: Počet nově HIV pozitivních a výše státní dotace MZ ČR



Zdroj: Česká společnost AIDS pomoc (66)

1.5.1.1 Přímé metody průkazu HIV infekce

Tyto metody jsou založeny na přímém průkazu přítomnosti některé virové komponenty v krvi testovaného pacienta. Největší význam má stanovení přítomnosti antigenu p24 v krvi pacienta (54). Průkaz přítomnosti virového antigenu se provádí přímo v séru, jeho přítomnost je zjištělná záhy po infekci, avšak pouze po přechodnou dobu. Jakmile se objeví protilátky, antigeny zmizí a objevují se až v případech již rozvinutého onemocnění (21).

Mezi přímé metody průkazu HIV infekce dále patří: detekce virové RNA, virová zátěž (Viral Load Assay), přítomnost provirové DNA v buňkách periferní krve a kultivace viru, která se provádí na buňkách mononukleární řady lymfocytů (53). Poslední jmenovaná metoda představuje velmi nákladnou techniku a její použití je vyhrazeno pouze pro výzkumné účely (21).

1.5.1.2 Nepřímé metody průkazu HIV infekce

Nepřímé metody průkazu HIV infekce umožňují průkaz protilátek jako odpověď na přítomnost viru, nikoli však průkaz viru samotného nebo jeho složek **(21)**.

Mezi tyto metody detekce HIV infekce se řadí naprostá většina rutinně prováděných základních (screeningových) vyšetření a také metody ověřovací (konfirmační). Některé z těchto testů lze provádět také se slinami nebo močí pacientů. Je ale nutné vzít v úvahu, že množství protilátek v těchto tekutinách je mnohonásobně nižší než v séru, proto mají tyto metody spíše orientační charakter **(54)**.

Nepřímé metody průkazu HIV infekce se obvykle rozdělují do dvou skupin – základní (screeningové) a metody ověřovací (konfirmační). K základním metodám se řadí metoda ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay), tzv. rychlé testy a tzv. jednoduché testy. K metodám ověřovacím se řadí tzv. Western blot, nepřímý imunofluorescenční test (IFA), stanovení sekrečního IgA a radioimunoprecipitace **(54)**.

Používání testů, které mohou poukazovat na přítomnost protilátek HIV má také svá rizika. Jedním z rizik je falešná pozitivita testu (výsledek testu je pozitivní i přesto, že osoba není nakažena virem HIV), která může být pro konkrétního jedince vysoce stresující záležitostí. Současně používané ELISA testy jsou však vysoce specifické - výsledek je falešně pozitivní v 0,1 % případů. Mnohem závažnějším rizikem je situace, kdy je výsledek testu tzv. falešně negativní. Vyskytuje se u osob, které jsou nakaženy virem HIV, ale výsledek testu je negativní **(15)**.

1.5.1.3 Rychlé testy

Rychlé testy bývají komerčně vyráběné jako set a jejich provedení trvá maximálně 30 minut. Jsou vhodné k užití především tam, kde nejsou k dispozici potřebné podmínky nebo vybavení k provedení standardní ELISy **(54)**. Ve většině případů na pozitivní výsledek poukazuje jasně viditelná tečka nebo proužek **(16)**.

Weiss (2010) také zmiňuje hlavní nevýhodu rychlých testů, kterou je tzv. prodloužení okénka. Rychlé testy nemusí čerstvou infekci ještě zachytit ani po uplynutí tří měsíců. Podstatná skutečnost v užívání těchto testů je zakotvena v současné legislativě ČR. Rychlé testy jsou schváleny pouze k použití ve zdravotnickém zařízení (např. při poranění operujícího personálu), nikoli k běžnému testování na vlastní žádost **(78)**.

1.5.1.4 Testy bez použití plazmy nebo séra

K provedení těchto testů je možné použít sliny nebo moč. Uživatelsky jsou mnohem příjemnější než ty, které vyžadují tradiční odběr vzorků krve. Hladiny protilátek u těchto vzorků jsou mnohem nižší než v séru nebo v plazmě, proto musí být pozitivní výsledek ověřen v laboratoři **(16)**. Někteří autoři udávají, že při terénní práci je vhodnější použití slinných testů, než tzv. rychlých testů. Jejich nevýhodou však je poměrně dlouhá doba (3-5 minut), která je nutná k dostatečnému zvlhčení odběrové lopatky **(78)**.

1.5.1.5 HIV test INSTI

Na konci roku 2010 byl na trh v ČR uveden *HIV – 1,2 antibody test INSTI* vyráběný kanadskou společností BioLytical Laboratoriem, Inc. Je to rychlý kvalitativní imunotest na jedno použití pro detekci protilátek proti viru HIV typu 1 a typu 2 z plné krve odebírané z kapilární krve (získané z konečku prstu), ze séra nebo z plasmy. Cena jednoho testu se pohybuje okolo 400,- Kč **(30)**.

Ministerstvo zdravotnictví si o tomto výrobku vyžádalo dokumentaci, ze které vyplývá, že předmětný diagnostický test není určen pro sebetestování. Dle doložené dokumentace je HIV test INSTI tzv. „near patient test“, tedy test, který sice umožňuje rychlé orientační vyšetření, ale je určen výhradně k použití odborným zdravotnickým pracovníkem. Ministerstvo zdravotnictví dále vydalo důrazné upozornění, že testování HIV positivity je velice závažné a interpretace výsledků jakožto stanovení diagnózy může být provedeno výhradně kvalifikovaným lékařem **(19)**.

1.5.2 Legislativní rámec HIV testování

Oblast zdravotní péče a kvalifikace týkající se problematiky AIDS, a tedy i testování protilátek HIV, je upravena v mnoha legislativních předpisech. Kromě již zmíněného zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, jsou to následující nařízení: zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích, nařízení vlády č. 435/2004 Sb., kterým se stanoví technické požadavky na in vitro diagnostické zdravotnické prostředky, vyhláška č. 195/2005 Sb., kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče, metodické doporučení č. ZP36/2007 k nakládání s odpady ve zdravotnictví, zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta a vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků **(63)**.

Každý subjekt, který provádí testování HIV protilátek ze vzorku lidské krve musí vyhovovat ustanovením § 72 zákona č. 258/2000 Sb. Z této části předpisu vyplývá, že musí mít povolení hlavního hygienika ČR a pověřený zdravotnický personál tohoto zařízení musí absolvovat povinné školení v Národní referenční laboratoři pro AIDS **(82)**. Současně musí zařízení provádějící testování protilátek HIV respektovat hygienicko-epidemiologické požadavky a musí dodržovat pravidla daná metodickým doporučením k nakládání s odpady ve zdravotnictví. Všechny tyto zásady musí být splněny i u tzv. rychlých testů **(63)**.

Ve společném stanovisku MZ ČR, SZÚ – NRL AIDS a Společnosti infekčního lékařství ČLS JEP k testování protilátek jsou uvedeny zásady odběru krve na vyšetření HIV protilátek:

- Každý odběr krve musí být vždy spojen s předtestovým i potratovým poradenstvím.
- Odběr krve může být proveden pouze k tomu odborně způsobilým pracovníkem, přičemž odběr venózní krve může být proveden pouze lékařem a na

základě indikace lékaře všeobecnou sestrou, porodní asistentkou, zdravotním laborantem a zdravotnickým záchranářem dle příslušných ustanovení **(80)**.

- V případě reaktivního výsledku vyšetření na virus lidského imunodeficitu, je vždy zařízení provádějící vyšetření povinno předat biologický materiál ke confirmaci do NRL AIDS.

- Každé zdravotnické zařízení musí podávat povinná hlášení o provedeném počtu vyšetření na přítomnost HIV protilátek do NRL AIDS za účelem sběru dat.

- Vyšetření tzv. rychlým testem není možné provádět bez odborného poradenství. Pokud je výsledek negativní, je nutné posoudit konkrétní situaci a případně provést opakované vyšetření – nejlépe klasickými testy v laboratoři. V případě reaktivního výsledku na virus lidského imunodeficitu má subjekt provádějící testování povinnost zajistit klasický odběr krve ke confirmačnímu vyšetření v NRL AIDS **(63)**.

Odběr biologického materiálu definuje vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 440/ 2000 Sb., kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče. Požadavků je celkem 8, jedním z nich je např. to, že biologický materiál je nutno ukládat do standardizovaných nádob a do dekontaminovatelných přepravek **(76)**.

V závěru stanoviska MZ ČR a dalších institucí k testování HIV protilátek se uvádí vysoká rizika hrozící při sebetestování, nebo při absenci kvalitního poradenství při testování na přítomnost HIV protilátek. Jestliže bude test proveden v nesprávném časovém intervalu od rizikového momentu, hrozí možnost výskytu falešně negativních výsledků. Současně existuje riziko, že někteří pacienti nebudou respektovat reaktivní výsledek testu a nebude tak provedena řádná confirmace a dispenzarizace v příslušném AIDS centru. Přísná kritéria popsaná v tomto stanovisku nyní splňují pouze zdravotnická zařízení **(63)**.

1.5.3 Předtestové poradenství

Důležité není pouze samotné testování, ale také před a potestové poradenství, kdy je možné navázat s klientem bližší kontakt, vysvětlit rizika možné infekce a také předat specifické informace osobám, které díky jejich rizikovému chování řadíme do tzv. vulnerabilních skupin **(45)**.

Termínem „předtestové poradenství“ označujeme poradenskou intervenci předcházející samotnému odebrání vzorku a provedení testu. Je to nedílná součást testování. Za jednoznačnou výhodu lze považovat, pokud předtestové poradenství i odběr a provedení testu provádí jedna osoba **(12)**.

Jak je uvedeno v § 6 vyhlášky č. 440/2000 Sb., kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče uvede osoba provádějící odběr biologického materiálu údaje v žádance o vyšetření, kterou spolu s odebranou krví odesílá do laboratoře zdravotnického zařízení, oprávněné provádět testování na HIV podle § 72 zákona č. 258/2000 Sb. **(74)**.

Hlavním tématem předtestového poradenství je především klientova osobní anamnéza a riziko expozice viru v současnosti a minulosti. Dále klientova obeznámenost s infekcí, schopnost klienta vyrovnat se s krizí a postup při odběru testu **(12)**.

Pracovník provádějící předtestové poradenství by měl vycházet ze 4 základních principů. Prvním principem je respekt k lidské osobě a akceptace jedinečnosti klienta bez moralizování. Dále by měl zjistit, zda je vhodná doba k provedení testu a pokusit se prohloubit motivaci ke změně rizikového chování. Čtvrtý princip zahrnuje klientův prostor pro dotazy nebo případná nedorozumění. Součástí poradenství je i příprava na oznámení výsledku **(74)**.

1.5.4 Potestové poradenství

Navázaného kontaktu s klientem, ke kterému došlo v průběhu předtestového poradenství je ideální využít v rámci poradenství potestového.

Nejlepší je, pokud celým procesem testování provází klienta stejný pracovník (12).

Tzv. potestové poradenství má vymezeno několik cílů. Patří mezi ně:

- sdělení výsledku a následně i jeho interpretace
- poskytnutí informace o dalším postupu a snaha podpořit klienta v další aktivitě
- motivace klienta k opakování testu; především snaha motivovat klienta k dalšímu testu v případě, že k rizikovému chování došlo v krátké době před testováním, protože hrozí období latence, kdy test nebude schopen virus prokázat
- povzbuzení k méně rizikovému chování
- v případě nutnosti předání klienta do další péče (12).

Pokud je testovaná osoba negativní, je vhodné zdůraznit, že HIV negativita má zpětnou platnost dva až tři měsíce a že negativita testu neznamená automaticky i negativitu minulých partnerů (74).

1.5.5 Testování HIV u injekčních uživatelů drog

Testování HIV je spolu s včasným záchytem infekcí u injekčních uživatelů drog součástí preventivních a harm reduction intervencí snižujících výskyt infekcí v uživatelské populaci a potažmo v populaci obecně (45).

Centrum pro kontrolu a prevenci nemocí zdůrazňuje význam testování, protože nedostatek příležitostí pro testování HIV se negativně odráží v tom, že hodně lidí o své nákaze neví a vzniká tak velké riziko, že nákazu budou přenášet dál (14).

Se zvýšenou testovaností cílové populace problémových uživatelů drog se zvyšuje efektivita včasných intervencí u nakažených IUD a v konečném důsledku také efektivita harm-reduction služeb obecně (45).

Na základě stanoviska WHO a UNAIDS k HIV poradenství a testování je důležité věnovat více pozornosti tomu, jak je možné zlepšit a rozšířit testování HIV z podnětu klienta, zejména pak u marginalizovaných skupin. Rozšíření dostupnosti těchto služeb je důležité zejména proto, že velká část osob patřících k okrajovým skupinám společnosti nevyužívá oficiální zdravotnické služby a je tak zapotřebí jiný způsob, jak se dostat k HIV poradenství a testování (65).

Podle Standardů obecné způsobilosti je testování na HIV a hepatitidy součástí služeb v nízkoprahových centrech, která jsou s uživateli v přímé interakci a nevíce se podílí na službách harm reduction. Na základě Standardů obecné způsobilosti musí mít nízkoprahová centra písemně definované postupy v oblasti monitorování HIV a virových hepatitid stejně jako v oblasti úklidu, dezinfekce a obecné prevence infekčních onemocnění podle požadavků hygienické služby. Dále by každé zařízení, které chce nabízet testování na infekční onemocnění mělo zajistit podmínky i pro provádění anonymních vyšetření. Jestliže běžně neviduje klienty pod anonymními kódy, mělo by pro testování zavést specifickou formu dokumentace **(12)**.

Test smí být proveden výhradně se souhlasem klienta za dodržení všech hygienických a etických norem. Výkon smí být proveden pouze v prostorách, které splňují hygienické normy k odběru a nakládání s biologickým materiálem. Pokud není vyšetření prováděno v místě odběru (např. orientačním rychlým testem z kapilární krve), musí být zajištěn transport biologického materiálu do příslušné laboratoře **(1)**.

Dle dostupných statistických údajů se ukázalo, že míra protestovanosti populace injekčních uživatelů drog v ČR v poslední době, zejména od roku 2005, klesla. Je velmi pravděpodobné, že se na poklesu podílela nižší dostupnost rychlých testů (zejména v případě VHC), případně testů ze slin (v případě HIV testů) a také pokles počtu testujících (nízkoprahových) zařízení pro uživatele drog. Patrný je pokles dostupnosti testování a počtu testů zejména na HIV a VHC provedených v nízkoprahových programech pro uživatele drog **(45)**.

Klesající počet otestovaných injekčních uživatelů v ČR lze jednoznačně označit za negativní trend, který představuje zvýšené veřejně zdravotní riziko šíření infekcí mezi uživateli drog, ale i v obecné populaci. Lze totiž předpokládat, že se zvýšil počet neodhalených a neléčených případů infekcí u IUD, včetně infekcí virem HIV a VHC, a tím se zvýšila i pravděpodobnost dalšího šíření těchto onemocnění v ČR v populaci IUD i mimo ni **(45)**.

Z hlediska ochrany veřejného zdraví v ČR je potřebné zvýšit míru protestovanosti uživatelů drog a systémově zlepšit spolupráci mezi zařízeními pro uživatele drog a dalšími zdravotnickými zařízeními v oblasti diagnostiky a léčby

infekcí. Mravčík a Nečas ve svém článku v časopise Adiktologie důsledně doporučují zavedení jednoduchých, cenově dostupných screeningových testů, včetně rychlých testů (45).

Podle výsledků uvedených v publikaci „Trendy na drogové scéně v ČR – Ohniskové skupiny s pracovníky nízkoprahových programů“ je kromě dostupných testů důležitá také adekvátní informovanost. Zájem o testování na přítomnost protilátek viru HIV je u injekčních uživatelů drog spíše nízký, patrně vzhledem k malému počtu nakažených v ČR a tedy i v blízkém okolí klientů (56).

Pro injekční uživatele drog existují v dostupnosti zdravotní péče značné bariéry. Podle Radimeckého (2009) je jednou z bariér přístup zdravotnického personálu ke klientům, kterému programy zčásti čelí asistencí klientům, tzn. jejich doprovodem do zdravotnického zařízení. Mezi další bariéry patří chybějící finanční prostředky na poplatky ve zdravotnických zařízeních a chybějící doklady klientů (56).

Tabulka 3: Vyšetření injekčních uživatelů drog na protilátky HIV

Rok	Testy z krve		Testy ze slin		Celkem	
	Počet testů	Počet pozitivních	Počet testů	Počet pozitivních	Počet testů	Počet pozitivních
1994-1997	1 206	1	895	0	2 101	1
1998	1 034	0	1 124	0	2 158	0
1999	1 101	0	1 219	0	2 320	0
2000	1 090	0	1 001	0	2 091	0
2001	1 208	1	961	0	2 169	1
2002	801	0	735	1	1 536	1
2003	985	1	652	0	1 637	1
2004	1 382	0	227	0	1 609	0
2005	925	1	449	1	1 374	1
2006	994	1	412	0	1 406	1
2007	845	1	531	1	1 376	2
2008	886	1	477	0	1 363	1
Celkem	12 457	7	8 683	3	19 734	9

Zdroj: MRAVČÍK, V. et al. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v roce 2008, 2009 (44)

1.5.5.1 Testování v nezdravotnických programech

HIV test je vstupním bodem pro zařazení HIV infikovaných osob do adekvátní zdravotní péče – je tedy zvláště důležitý při práci s marginalizovanými skupinami jako jsou IUD **(58)**.

Provádění rychlých screeningových testů je důležité především z důvodu překonávání bariér dostupnosti testů HIV. Výsledky jsou klientům k dispozici téměř okamžitě, takže nehrozí jejich následné nevyzvednutí a klienti jsou okamžitě informováni o tom, jaký je jejich sérostatus. Znalost vlastního HIV stavu je důležitá především kvůli motivaci ke změně rizikového chování a tím pádem i snížení rizika přenosu viru HIV na další osoby **(49)**.

Těžiště poradenství a HIV testování jako nástroje prevence HIV/AIDS je v případě nitrožilních uživatelů drog především v bezplatném a anonymním testování, především v rámci nízkoprahových služeb, které vytváří prostředí více přátelské pro vulnerabilní skupiny než např. zdravotnická zařízení **(67)**.

Jak vyplývá ze závěrečných zpráv projektů pro dotační řízení Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky nahlásila v roce 2009 nízkoprahová zařízení provedení 1 592 HIV testů. Pokud budeme předpokládat, že testy byly prováděny injekčním uživatelům drog a žádný uživatel nebyl testován opakovaně, lze odhadnout, že byl test nízkoprahovými zařízeními proveden u 6,7 % klientů. Míra protestovaností je nízká a naznačuje, že potenciál pro provádění testování (a s ním spojeného poradenství, které síť nízkoprahových zařízení nabízí) není naplněn **(67)**. V současnosti u nás funguje přibližně 100 nízkoprahových programů pro uživatele drog a je zřetelný nárůst počtu klientů, kteří jsou s těmito programy v kontaktu. Udává se, že ve víceméně pravidelném kontaktu je s těmito službami 70 % problémových uživatelů drog, v Praze až 80 % **(44)**.

Jak je definováno v zákoně o zdraví, není povoleno, aby neškolený laik používal zdravotnické postupy při nichž dochází k poruše integrity organismu. Je to především z toho důvodu, že nelze zajistit hygienické podmínky k takovým výkonům určené **(64)**. Většina pracovníků, kteří pracují v oblasti užívání drog

mimo zdravotnická zařízení však má statut sociálního pracovníka podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách **(44)**.

1.5.5.2 Motivace klienta k testování

Pojem motivace je v psychologii zatím značně nejednotný, nejčastěji bývá chápán jako intrapsychický proces zvýšení nebo poklesu aktivity, mobilizace sil, energizace organismu a projevuje se napětím, neklidem nebo činnostmi směřující k porušení rovnováhy. V zaměření motivace se uplatňuje především osobnost jedince, jeho hierarchie hodnot i dosavadní zkušenosti, schopnosti a naučené dovednosti. Strach, úzkost, bolest apod. jsou považovány za nežádoucí motivační faktory **(17)**.

V první řadě je výhodné, pokud se testování prezentuje jako běžná a standardní nabídka služeb konkrétního zařízení. Stejně tak jako např. výměnný program se i testování postupem času může dostat do povědomí klientů jako něco samozřejmého **(12)**.

Na počátku rozhodování nechat se testovat může být překážkou strach. Obava z toho, že díky rizikovému chování mohlo dojít k infekci virem HIV, virovou hepatitidou nebo jinou infekční nemocí. Dolanská (2004) ve své publikaci uvádí, že čím větší je pravděpodobnost, že se klient skutečně v nějaké rizikové situaci infikoval, tím častěji se stává, že testy vůbec nevyhledá, nebo je odmítne. V počáteční fázi spolupráce bývá pro klienty přijatelnější stav „raději nic nevědět“ než „vědět a učit se s tím vyrovnat, případně hledat řešení“ **(12)**.

Je důležité klientovi poskytnout takové intervence, které mu umožní vyrovnat se se stresem spojeným s prováděním testů. Dále je vhodné klienta ubezpečit o další podpoře a pomoci v případě pozitivního testu **(12)**.

2. Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

- Hlavním cílem diplomové práce je zmapovat informovanost uživatelů návykových látek o možnostech testování jejich HIV stavu.
- Dalším cílem práce je zmonitorovat možnosti testování HIV positivity v Jihočeském kraji.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka č. 1:

- Znájí uživatelé drog svůj HIV stav?

Výzkumná otázka č. 2:

- Je důvodem neznalosti HIV stavu uživatelů drog jejich nezájem o tuto problematiku?

Výzkumná otázka č.3:

- Je testování uživatelů drog v terénu dostatečné?

3. Metodika

Výzkumná část diplomové práce byla realizována od února do května 2011 formou kvalitativního výzkumu.

3.1 Použité metody sběru dat

V rámci sběru dat byl použit polostrukturovaný rozhovor. Tato metoda byla zvolena na základě domněnky, že odpovědi respondentů budou při přímé interakci s tazatelem více pravdivé, než kdyby byly vyplňovány do dotazníku. Dalším důvodem toho, proč byla zvolena tato metoda sběru dat a kvalitativní forma výzkumu, je předpoklad, že respondenti z konkrétního výzkumného souboru se s vyplňováním dotazníků setkávají poměrně často a jejich ochota podávat osobní informace tímto způsobem je nízká.

Druhou metodou, která byla v diplomové práci použita, je strukturovaný rozhovor.

3.2 Charakteristika otázek polostrukturovaného rozhovoru

Formulace otázek, které byly připraveny k získání dat od respondentů formou polostrukturovaného rozhovoru, měla pouze orientační charakter a jejich pořadí se měnilo podle průběhu rozhovoru. V závěru rozhovoru bylo zkontrolováno, zda byly všechny podstatné otázky zodpovězeny, protože byla respondentům zaručena anonymita a v případě, že by byla některá z důležitých otázek vynechána, nebylo by možné respondenta vyhledat a znovu oslovit.

Osnova polostrukturovaného rozhovoru byla sestavena s ohledem na skutečnosti zjištěné v rámci provádění předvýzkumu. Předvýzkum byl proveden v prosinci 2009 v kontaktním centru Háječek v Českých Budějovicích. Celkem bylo osloveno 16 klientů tohoto zařízení.

Otázky byly rozděleny do 3 hlavních oblastí. První oblast se týkala osobních údajů respondenta a zahrnovala dotazy na tyto konkrétní oblasti:

pohlaví, věk, bydliště, vzdělání, ekonomická aktivita, vztahy v rodině, výkon trestu odnětí svobody, obecně prospěšné práce a pobyt v léčebně. Druhý okruh otázek se týkal drogové anamnézy a rizikového chování a téma otázek třetího okruhu bylo věnováno screeningovým testům na infekční onemocnění, především testům protilátek HIV.

3.2.1 Průběh rozhovoru

Respondenti byli oslovováni na kontaktních místnostech K-center, po domluvě s vedoucími zařízení. Během rozhovorů byla k dispozici oddělenou místnost, což byla jedna ze záruk anonymity.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách definuje v § 59 kontaktní centra jako: „*nízkoprahová zařízení poskytující ambulantní, popř. terénní služby osobám ohroženým závislostí na návykových látkách. Cílem služby je snižování sociálních a zdravotních rizik spojených se zneužíváním návykových látek*“ (82).

Kalina dále uvádí, že kontaktní centra jsou nízkoprahová zařízení, která jsou dostupná místně i časově v daném regionu a filozofie jejich práce vychází z přístupů public health a harm reduction a také z humanistických přístupů orientovaných na člověka (29).

Respondenti byli osloveni v těchto zařízeních: Auritus – centrum pro lidi ohrožené drogou, Arkáda- sociálně psychologické centrum a Kontaktní centrum Prevent České Budějovice.

3.3 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvoří 30 injekčních uživatelů návykových látek z Jihočeského kraje. Celkem bylo osloveno 32 osob, jeden respondent odmítl v rozhovoru pokračovat a jeden na konci rozhovoru uvedl, že není injekčním uživatelem drog, proto nebyly tyto rozhovory do výsledků zahrnuty.

V rámci druhého cíle tvořili výzkumný soubor pracovníci jednotlivých organizací, která prováděla, popř. provádí testování HIV v Jihočeském kraji.

Celkem bylo osloveno 7 organizací. 6 oslovených organizací je zaměřeno přímo na uživatele drog, jsou to:

- Jihočeský streetwork Prevent
- Arkáda – sociálně psychologické centrum, o.s.
- Auritus – centrum pro lidi ohrožené drogou.
- Kontaktní centrum Prevent České Budějovice
- Kontaktní centrum Prevent Strakonice
- Kontaktní centrum Prevent Prachatice
- Drogová poradna Prevent

Dále byly oslovena 1 organizace, jejíž aktivity nejsou primárně zaměřené na uživatele drog:

- Rozkoš bez rizika

4. Výsledky

Z úvodních částí rozhovorů byly získány tyto základní informace:

Respondent č. 1:

Žena, 16 let, v době rozhovoru přebývala ve squatu, kde žije přibližně rok. Má dokončené základní vzdělání, před rokem byla přijata na střední odborné učiliště, ale v září do školy nenastoupila. Má dle svých slov relativně vysoké příjmy, i když za drogy tolik peněz neutratí (denně jí na „subo“ stačí 200,- Kč). Od matky dostává alimenty, které posílá její otec a někdy navíc i kapesné. Dále uvádí, že má „přítele, který se tak různě postará a umí vydělat“. Pravidelně se stýká s matkou (skoro každý den), občas s babičkou (v době rozhovoru se s ní naposledy viděla asi před půl rokem) a dříve i s bratrem, který se odstěhoval. Respondentčin otec měl vážné problémy s abúzem alkoholu, stejně jako jeho matka, tedy respondentčina babička. Klientka byla dvakrát přijata na detoxifikačním oddělení v Praze, ani jednou zde však nestrávila víc jak 6 dní. Experimentovat s drogami začala ve 14 letech. Drogy a jejich účinky jí velmi zajímaly a „čím víc o nich věděla, tím víc jí lákalo to zkusit“. V 15 letech poprvé abúzus pervitinu, od počátku nitrožilně. Před půl rokem si pervitin aplikovala použitou jehlou. V současnosti má nechráněný pohlavní styk se stálým partnerem.

Respondent č. 2:

Muž, 25 let, skoro rok bydlí na squatu. Od 3 let pobýval v Dětském domově, v 15 letech se přestěhoval na 3 roky k prarodičům. Je vyučen. Na otázku, kde získává peníze, odpověděl, že: „všude možně, ze sběru a taky nějaký brigády kde dostanu prachy hned na ruku.“ Z rodiny se stýká pouze s bratrem, se kterým bydlí. U bratra se také vyskytuje abúzus drog a alkoholu. Bylo mu nařízeno vykonání obecně prospěšných prací, které nesplnil. Uvádí, že alkohol nepije, ve 13 letech začal kouřit cigarety a v 15 letech marihuanu. Důvodem byla „frajeřina“. Ve 22 letech poprvé abúzus pervitinu, od začátku i.v. užívání, podle jeho slov „si to chtěl

vyzkoušet“. Jednou si aplikoval použitou jehlou, jednou měl „náhodou“ nechráněný pohlavní styk.

Respondent č. 3:

Muž, 26 let. Uvádí, že v současnosti bydlí v azylovém domě. Má dokončené střední odborné vzdělání. Jako formu obživy označuje nelegální brigády se slovy: „vydělám, jak se dá.“ Dvakrát byl ve výkonu trestu odnětí svobody. Abúzus alkohol začal ve 12 letech, v současnosti výjimečně. V 15 letech začal kouřit marihuanu. Byl nespokojený se svým dosavadním životem a „myslel, že něco změní“, proto začal ve stejném období (tj. 15 let) užívat pervitin, ihned i.v. Nikdy nepoužil již použitou jehlu, v současné době má nechráněný pohlavní styk se stálou přítelkyní.

Respondent č. 4:

Muž, 29 let. Bydlí v dřevěné chatě na zahradě příbuzného. Od rodičů se odstěhoval v 16 letech. Má dokončené střední odborné vzdělání. Peníze získává z „kšeftů“ a krádeží. Se členy rodiny se stýká čas od času, neuvádí však s kým. Podle jeho slov neměli v rodině „moc dobrý vztahy a když je nevidí, tak nemusí nic řešit“. V 15 letech začal kouřit marihuanu a v 16 letech začal užívat pervitin. K pervitinu se dostal přes tehdejší přítelkyni. Od počátku ho užíval injekčně kvůli „okamžitému účinku a žádným ztrátám“. Nikdy si pervitin neaplikoval již použitou jehlou, v současnosti má nechráněný pohlavní styk se svou stálou přítelkyní.

Respondent č. 5:

Muž, 58 let, žije „na ulici“. Od mala vyrůstal u babičky, od které se odstěhoval v 17 letech. Má dokončené základní vzdělání. Finanční prostředky má od kamarádů a především se „somrování“. Z rodiny se už s nikým nestýká, než zemřely, vídal se pravidelně s matkou a babičkou. Několikrát byl ve výkonu trestu odnětí svobody, celkem přes 10 let. Od 9 let uvádí abúzus alkoholu (piva). Jednou za dva až tři měsíce užívá marihuanu a 17 let i.v. pervitin. S pervitinem se setkal

ve vězení a říká, že „od té doby ho má prostě rád“. Nikdy nepoužil již použitou jehlu a nemá nechráněný pohlavní styk.

Respondent č. 6:

Žena, 18 let, v současnosti přebývá převážně na squatě. Od 14 let nebydlí u rodičů. Má dokončené základní vzdělání. Finanční prostředky „shání jak kde a podle toho, kdo dá“. Se členy rodiny se stýká velmi málo. Jednou docházela na ambulantní léčbu, kterou ale nedokončila. Od 13 let pije alkohol a kouří cigarety, od stejné věku také kouří marihuanu. Důvodem byli kamarádi v partě, kteří užívali marihuanu a respondentčina zvědavost. Od 14 let abúzus pervitinu, ze začátku šňupáním, po roce (tj. v 15 letech) začala pervitin užívat nitrožilně. Důvodem prý byla zvědavost. Již několikrát si pervitin aplikovala použitou jehlou, má nechráněný pohlavní styk.

Respondent č. 7:

Muž, 30 let, někdy přespává na squatu, někdy na ulici. Má dokončené střední odborné vzdělání s maturitou. Finanční prostředky získává z krádeží. S nikým z rodiny se nestýká. Byl jednou ve výkonu trestu. Od 15 let kouří cigarety, začal kvůli „starším klukům z party“. V 17 letech začal kouřit marihuanu ze stejného důvodu jako cigarety. Od 21 let abúzus pervitinu, ihned i.v. Uvádí, že chtěl pervitinem zahnat deprese z rozchodu s přítelkyní. V minulosti si pervitin několikrát aplikoval použitou jehlou, nechráněný pohlavní styk nemá.

Respondent č. 8:

Muž, 27 let, nyní je jeho bydlištěm squat. Od rodičů se „na ulici“ odstěhoval ve 14 let. Má dokončené základní vzdělání. Občas chodí na nelegální brigády, ale peníze má převážně z krádeží. Asi rok je v telefonickém kontaktu (SMS) se sestrou, se kterou se na podzim viděl po 9 letech. Otec byl alkoholik. Třikrát byl ve výkonu trestu odnětí svobody. Udává, že jednou vykonával obecně prospěšné práce pod kontaktním centrem. Jednou byl dobrovolně v Psychiatrické léčebně v Dobřanech, jednou na Psychiatrické klinice v Plzni. Ve 13 letech začal kouřit cigarety, ve 14 marihuanu a další drogy – halucinogenní houby, extázi. V 19

letech začal užívat pervitin, od počátku i.v. Po dotazu na důvod, odpovídá, že mu „to“ chutnalo.

Respondent č. 9:

Muž, 24 let, bydlí na squatu. Od 12 let byl ve výchovném ústavu, od 15 let „na ulici“. Má dokončené základní vzdělání. Finanční prostředky získává „somrováním“. S nikým z rodiny se nestýká. Dvakrát mu byla soudně nařízena léčba. Dále tři čtvrtě roku docházel na ambulantní léčbu, kde mu „dávali nějaký injekce a prášky“, léčbu neukončil. V 10 letech začal kouřit cigarety, ve 14 letech marihuanu. Od 17 i.v. abúzus heroinu, v současnosti už heroin nebere, protože začal trpět sebepoškozováním a depresemi. K heroinu se dostal „náhodou přes kamaráda“, protože ho to zajímalo a „nebylo nic jinýho“. Nyní užívá Subutex. Občas použije již použitou jehlu a má nechráněný pohlavní styk.

Respondent č. 10:

Muž, 35 let, uvádí, že nyní přebývá v azylovém domě. Má dokončené základní vzdělání. Finanční prostředky má „od sociálky a pak všude, kde se dá“. S nikým z rodiny se nestýká. Sedmkrát byl ve výkonu trestu odnětí svobody, celkem 10 let. Dvakrát byl na Alko a Toxi ambulanci v Praze, pokaždé 4 měsíce. Nyní má podanou přihlášku do terapeutické komunity. V 6. třídě začal abúzus alkoholu, ve 13 letech cigaret a ve 14 letech marihuany. Důvodem byli kamarádi a „okolí“. V 16 si začal i.v. aplikovat pervitin, protože bydlel na bytě, kde se fetovalo a chtěl to taky zkusit. V 18 letech poprvé i.v. aplikace heroinu – heroin mu nabídl kamarád. Byl v metadonovém programu. Několikrát si drogu aplikoval použitou jehlou, vzpomíná na moment, kdy použil jehlu po kamarádovi, o kterém věděl, že je nemocný hepatitidou C. V minulosti měl několikrát nechráněný pohlavní styk.

Respondent č. 11:

Muž, 21 let, přebývá na squatu. Má dokončené základní vzdělání. Finanční prostředky získává „somrováním“. S nikým z rodiny se nestýká. Od 10 let kouří cigarety a marihuanu, důvodem byli kamarádi a „chtěl být frajer“. Od 16 let i.v. užívání pervitinu – pervitin donesli kamarádi a on nechtěl být jediný, kdo si nedá.

Od té doby zkusil i heroin a tripy. Před dvěma a půl měsíci si pervitin aplikoval použitou jehlou – poprvé a dosud naposledy. Nechráněný pohlavní styk nemá.

Respondent č. 12:

Muž, 24 let, v 17 letech se odstěhoval od rodičů a přebývá na squatu. Má dokončené střední odborné vzdělání. Přibližně jednou za měsíc se stýká s matkou. Má bratra, který kouří marihuanu a je závislý na alkoholu. Jednou mu bylo uloženo vykonání obecně prospěšných prací. Ve 14 začal kouřit marihuanu, nabídl mu ji starší bratr. Poté příležitostný abúzus extáze. 3 roky (tj. od 21 let) i.v. užívá pervitin, protože se tak rozhodl s přítelkyní – byli na ulici, byla jim zima a pervitin je „zahřál“. Nelegálně užívá Subutex. Nikdy si drogu neaplikoval použitou jehlou, před 3 lety měl nechráněný pohlavní styk.

Respondent č. 13:

Žena, 31 let, od 19 let střídavě přebývá u rodičů nebo na squarech. Má dokončené střední odborné vzdělání. Byl jí přiznaný částečný invalidní důchod. Přibližně jednou za 4 měsíce se vídá s matkou. Šestkrát byla dobrovolně v léčebně. Od 21 let i.v. užívání pervitinu, začala kvůli rodinným problémům. Aplikovala si drogu použitou jehlou a nemá nechráněný pohlavní styk.

Respondent č. 14:

Muž, 27 let, od věku 18 let, kdy se odstěhoval od rodičů přebývá na squatech. Má dokončené střední odborné vzdělání. Přes léto chodí na legální brigády, způsob získávání finančních prostředků v ostatních ročních obdobích neuvádí. Přibližně jednou za měsíc se stýká se svou rodinou. Rok a půl byl ve výkonu trestu odnětí svobody. Bylo mu nařízeno vykonání obecně prospěšných prací. Ve 24 letech začal užívat marihuanu, neví proč. V 25 letech poprvé abúzus opiátů (heroin), také uvádí, že neví proč začal. Nikdy nesdílel injekční stříkačky/jehly. Má nechráněný pohlavní styk.

Respondent č. 15:

Žena, 19 let. Před dvěma lety se odstěhovala od rodičů, nyní bydlí na squatu. Má dokončené základní vzdělání. Finanční prostředky získává z brigád (legálních) a ze „somrování“. Přibližně dvakrát týdně se stýká s bratrem. Od 15 let kouří každý den marihuanu, důvodem byli „kamarádi“. V 16 letech začal i.v. abúzus pervitinu, respondentka uvádí, že nyní již pervitin nebere. Nikdy si pervitin neaplikovala použitou jehlou, v minulosti měla nechráněný pohlavní styk.

Respondent č. 16:

Žena, 22 let. Nyní přebývá na squatu, od rodičů se odstěhovala ve 20 letech. Má dokončené základní vzdělání. Finanční prostředky získává z příležitostných brigád. Každý týden se vídá s bratrem, asi jednou za čtvrt roku se vídá s otcem. U bratra abúzus alkoholu a pervitinu. Od 16 let kouří marihuanu, protože chtěla zapadnout do kolektivu. Od 17 let i.v. aplikace pervitinu, důvod je stejný jako u marihuany – touha být „právoplatným členem party“. Nikdy nepoužila již použitou jehlu, měla nechráněný pohlavní styk.

Respondent č. 17:

Muž, 24 let, uvádí, že žije na ubytovně. Z domova se odstěhoval ve 23 letech. Má dokončené základní vzdělání. Finanční prostředky získává od státu (existenční minimum) a především z drobných krádeží. Jednou za týden se vídá s matkou, jejíž přítel je alkoholik. Na dva roky nad ním byl nařízen soudní dohled. V léčebně nebyl a ani tam nechce, tvrdí, že „má proti tomu blok“. Ve 14 letech poprvé požil alkohol, cigarety a marihuanu nezmiňuje. V 15 letech začal s alkoholem kombinovat i léky (Diazepam, Neurol), důvodem byla „parta“. Ve stejném věku začal šňupat pervitin (po mém dotazu na důvod uvádí, že „to byla záležitost party“), v 16 letech přešel na i.v. užívání. Je v substitučním programu. Aplikoval si drogu použitou jehlou, měl nechráněný styk (v současnosti již ne).

Respondent č. 18:

Muž, 30 let, žije na ubytovně. V 16 se odstěhoval od rodičů, má dokončené střední odborné vzdělání. Finanční prostředky získává formou dávek hmotné

nouze, další formu neuvádí. Jednou za měsíc se stýká s matkou a sourozenci. Říká, že všichni z jeho rodiny jsou závislí na cigaretách a na drogách, konkrétně nejmenuje. Dvakrát byl ve výkonu trestu odnětí svobody. Byly mu uloženy obecně prospěšné práce. 6 dní dobrovolně pobýval v léčebně, protože neměl kde bydlet. Ve 12 letech začal kouřit cigarety o dva roky později (tj. ve 14 letech) marihuanu – měl chuť vyzkoušet něco nového. V 15 letech začal pít alkohol kvůli kamarádům a „skupinové terapii-revoltě“. V 17 letech poprvé i.v. aplikace pervitinu (na útěku z výchovného ústavu) použitou jehlou. Nesterilní jehlou si drogu aplikoval pouze jednou, má nechráněný pohlavní styk.

Respondent č. 19:

Muž, 29 let, přespává na ulici nebo „různě po kamarádech“. Od rodičů se odstěhoval v 18 letech. Má dokončené střední odborné vzdělání, příležitostně si finanční prostředky obstarává na nelegálních brigádách. S nikým z rodiny se nestýká. Otec byl těžký alkoholik. Byl mu udělen podmíněčný trest odnětí svobody a nařízen soudní dohled. Ve 14 letech začal kouřit cigarety i marihuanu, důvodem byly rodinné problémy, přestěhování se do jiného města a snaha zapadnout do party. Alkohol začal pít přibližně v 15 letech. Od 16 do 20 čichal toluen. Abúzus pervitinu začal v 17 letech, ihned i.v. aplikace, a trvá doteď. Od 27 let také abúzus heroinu – pokud je dostupný. Nelegálně užívá Subutex. Několikrát si drogu aplikoval použitou jehlou, má pravidelně nechráněný pohlavní styk.

Respondent č. 20:

Muž, 23 let, bydlí v bytě. Od rodičů se odstěhoval v 18 letech. Má dokončené základní vzdělání. Tvrdí, že je spolujednatel činného domu v Praze, finanční prostředky má tedy odtud. Často se stýká s matkou a otcem, oba jsou bývalí alkoholici – v současnosti abstinují. 5x absolvoval detox, dvakrát se neúspěšně pokusil o ústavní léčbu. Abúzus alkoholu i cigaret začal v 11 letech, marihuany ve 12 letech, ve všech případech byla důvodem chuť experimentovat, pobývání v partě převážně starších chlapců a touha vyzkoušet „zakázané ovoce“. Ve 13 letech poprvé i.v. aplikace heroinu, spouštěčem byl rozchod s přítelkyní, nyní již

heroin neužívá. Ve 13 letech také poprvé i.v. aplikace pervitinu. Dříve používal nesterilní jehly, v současnosti má nechráněný pohlavní styk.

Respondent č. 21:

Žena, 35 let, bydlí v bytě, od rodičů se odstěhovala v 17 letech. Má syna, se kterým se pravidelně vídá. Má dokončené střední odborné vzdělání. Živí se prostřednictvím příležitostných brigád. Dvakrát byla v léčebně. Od 15 let kouří cigarety, od 27 let marihuanu, začala prý „jen tak, bezdůvodně“. Od 28 let i.v. aplikace pervitinu kvůli osobním a rodinným problémům. Vždy si drogu aplikovala sterilní jehlou, má nechráněný pohlavní styk, ale se stálým partnerem.

Respondent č. 22:

Žena, 17 let, někdy přebývá na squatu, někdy „na ulici“, u rodičů nebydlí od svých 15 let. Má dokončené základní vzdělání. Finanční prostředky získává z drobných krádeží. Se členy rodiny se nestýká. Alkohol začal pít ve 12 letech, ve stejné době začala kouřit cigarety, aby se „předvedla před kamarádama“. V 15 letech začala kouřit marihuanu a v 16 letech šňupat pervitin, po půl roce přešla k i.v. aplikaci. Několikrát použila nesterilní jehlu, má nechráněný pohlavní styk.

Respondent č. 23:

Muž, 27 let, v 19 letech se odstěhoval od rodičů, nyní bydlí v pronajatém bytě. Má dokončené střední základní vzdělání. Finanční prostředky má ze „sociálky“. Se členy rodiny se vídá každý den. Ve 12 letech začal kouřit cigarety, v 16 letech marihuanu, protože chtěl „něco“ vyzkoušet. Ve 23 letech poprvé i.v. aplikace opiátů. Není si vědom toho, že by někdy použil nesterilní jehlu, ale vyloučit to prý nemůže. Má nechráněný pohlavní styk.

Respondent č. 24:

Muž, 25 let, bez přístřeší. Z domova se odstěhoval v 17 letech. Uvádí, že má dokončené střední odborné vzdělání a finanční prostředky získává z dávek hmotné nouze, příležitostných nelegálních brigád a drobných krádeží. S nikým z rodiny se nestýká. 4 roky byl ve výkonu trestu odnětí svobody. Jednou byl v léčebně –

nařízeno soudně. Alkohol začal pít ve 12 letech. Ve 14 letech začal kouřit marihuanu, v témže věku poprvé i.v. aplikace pervitinu – obojí ze zvědavosti. Třikrát si drogu aplikoval nesterilní jehlou. Mívá nechráněný pohlavní styk.

Respondent č. 25:

Žena, 41 let, bydlí na squatu. Od 15 let nebydlí u rodičů. Má dokončené základní vzdělání. Finanční prostředky získává z dávek hmotné nouze, od rodičů a z nelegálních brigád. Pravidelně se stýká s několika členy své rodiny – s matkou, dcerou a sourozenci, přibližně každé dva týdny. Celkem sedmkrát byla dobrovolně v léčebně. Ve 14 začala užívat pervitin, ihned nitrožilně, protože jí vadilo „být zaškatulkovaná do toho, co lidi dělali“ (pozn. – naráží tak na tehdejší politickou situaci v ČR). Od 39 let abúzus opiátů kvůli rodinným problémům. Uvádí si, že si drogu nikdy neaplikovala nesterilní jehlou, přes 10 let nemá nechráněný pohlavní styk.

Respondent č. 26:

Muž, 51 let, bydlí ve squatu, má dokončené střední odborné vzdělání. Pobírá invalidní důchod. Jednou za půl roku se vídá s bratrem. Několikrát byl ve výkonu trestu odnětí svobody. Sedmkrát byl dobrovolně v léčebně. Abúzus alkoholu a cigaret neuvádí. V 18 letech začal nitrožilně užívat opiáty, ve 23 letech pervitin stejným způsobem. Důvodem byla „šílená doba, deziluze, kdy drogy nebyly o penězích jako dnes, ale o kamarádství“. Často používal nesterilní jehly.

Respondent č. 27:

Žena, 21 let, 2 roky (tj. od 19) bydlí na squatu. Má dokončené střední odborné vzdělání. Finanční prostředky má do rodičů a z drobných krádeží. Každý týden se vídá s rodiči a sourozenci. Dvakrát byla dobrovolně v léčebně. V 16 letech začala kouřit cigarety a téměř ve stejném období i marihuanu, aby zapadla do party. V 17 letech poprvé i.v. aplikace pervitinu kvůli rozchodu s přítelem. uvádí, že si drogu nikdy neaplikovala použitou jehlou a nikdy neměla nechráněný pohlavní styk.

Respondent č. 28:

Muž, 31 let, od 17 let bydlí na squatech. Má dokončené střední odborné vzdělání. Finanční prostředky získává z nelegálních brigád. Jednou za půl roku se vídá se sestrou, matka je alkoholička. Dvakrát byl dobrovolně v léčebně. Alkohol začal pít ve 14 letech, protože „se to tak v partě dělalo“. Z touhy zapadnout do kolektivu také začal ve 14 letech kouřit cigarety a v 15 letech marihuanu. Pervitin užívá od svých 19 let. Důvodem byly problémy ve vztahu s matkou. Několikrát při aplikaci drogy použil nesterilní jehlu, v současnosti má nechráněný pohlavní styk, ale se stálou přítelkyní.

Respondent č. 29:

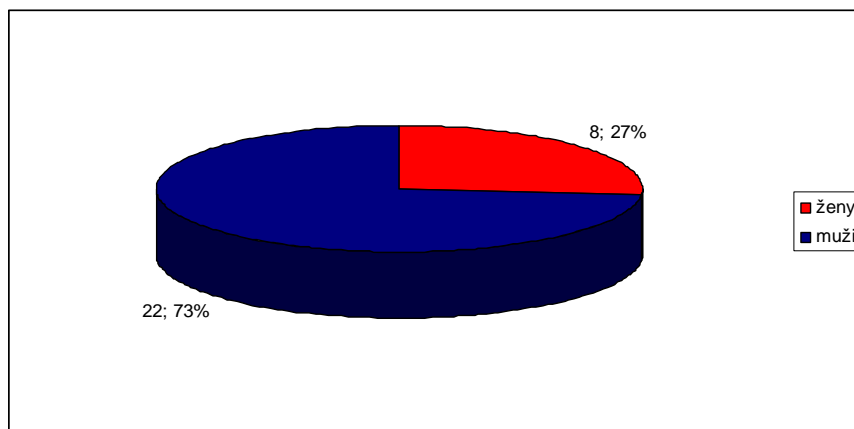
Muž, 29 let, nyní bez přístřeší. Má dokončené základní vzdělání, jeho ekonomickou aktivitou jsou nelegální krátkodobé brigády a sběr. S nikým z rodiny se již nestýká, otec byl těžký alkoholik. Dva roky byl ve výkonu trestu odnětí svobody. Ve 12 letech poprvé ze zvědavosti požil alkohol. ve 14 letech začal kouřit cigarety, v 16 letech marihuanu. V 19 letech poprvé i.v. aplikace pervitinu, protože měl pocit zkaženého života. I v současnosti občas použije již použitou jehlu a má pravidelně nechráněný pohlavní styk.

Respondent č. 30:

Žena, 19 let, od 16 let, kdy se odstěhovala od rodičů žije na squatu. Má dokončené základní vzdělání. Finanční prostředky má od přítele a z drobných krádeží. S nikým rodiny se nevidá. Ve 14 letech začala s kamarádkami kouřit cigarety, aby zapůsobily na starší chlapce. V 15 letech začala kouřit marihuanu, kterou jí nabídl její tehdejší přítel. V 16 letech poprvé abúzus pervitinu, od začátku nitrožilně, protože to chtěla zkusit. Nikdy si drogu neaplikovala nesterilní jehlou, má nechráněný pohlavní styk s přítelem.

4.1 Základní informace o respondentech v podobě tabulek a grafů

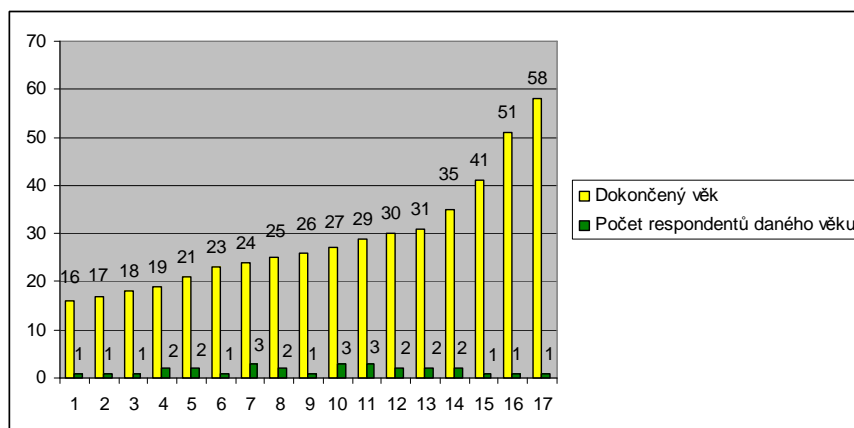
Graf č. 1 – Rozdělení podle pohlaví



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 30 oslovených respondentů bylo 8 (27 %) žen a 22 (73 %) mužů.

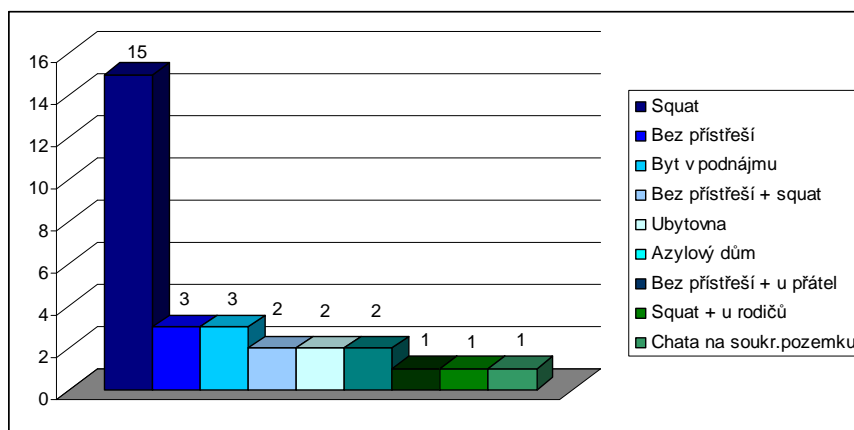
Graf č. 2 – Věkové rozložení



Zdroj: vlastní výzkum

Věkové rozpětí oslovených respondentů je 16-58 let. Průměrný věk všech respondentů je 27, 8 let.

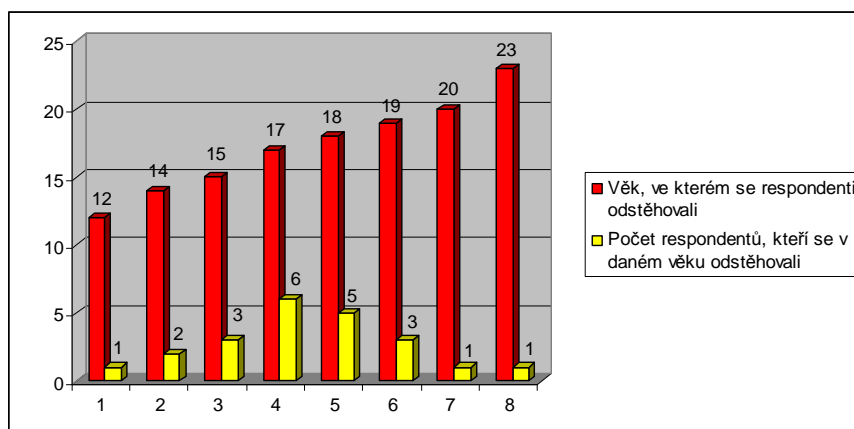
Graf č. 3 – Forma bydlení respondentů



Zdroj: vlastní výzkum

15 respondentů uvedlo, že bydlí pouze ve squatu, 2 uvedli, že někdy přespávají na squatu a někdy na ulici, 1 respondent uvedl, že přespává střídavě na squatu a u rodičů. 3 respondenti uvedli, že jsou bez přístřeší a stejný počet osob uvedl, že bydlí v pronajatém bytě. 2 z dotázaných bydlí na ubytovně, 2 v azylovém domě. 1 oslovený uživatel drog bydlí střídavě u přátel a střídavě „na ulici“ a taktéž 1 uživatel uvedl, že přebývá dřevěné chatce na soukromém pozemku svého příbuzného.

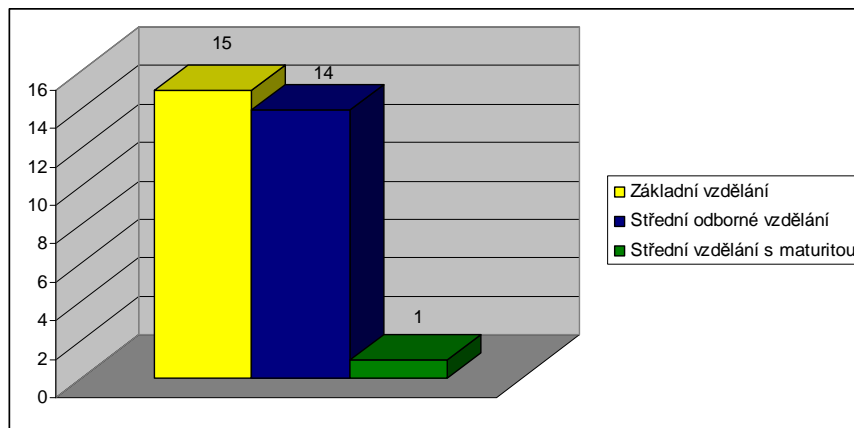
Graf č. 4 – Věk, ve kterém se respondenti odstěhovali z domova



Zdroj: vlastní výzkum

Věk, ve kterém se odstěhovali od rodičů, příp. prarodičů uvedlo 25 respondentů. Průměrně je to 17 let.

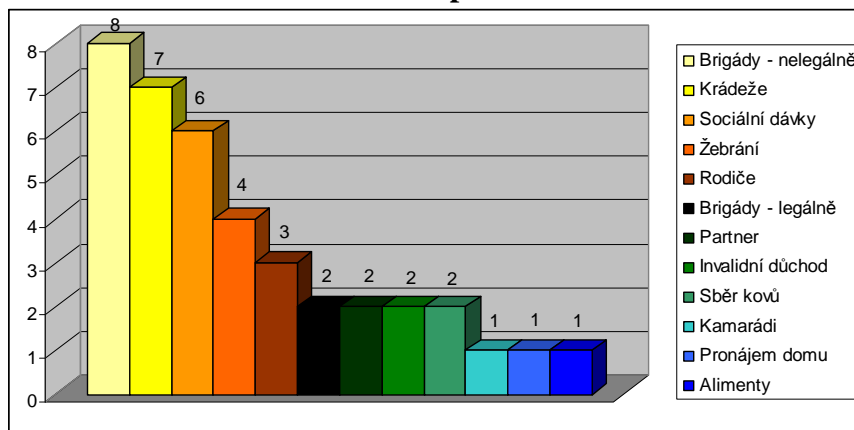
Graf č. 5 – Dokončené vzdělání



Zdroj: vlastní výzkum

15 (50 %) respondentů má dokončené základní vzdělání, 14 (47 %) střední odborné vzdělání a 1 (3 %) respondent uvedl střední odborné vzdělání s maturitou.

Graf č. 6 – Forma získávání finančních prostředků

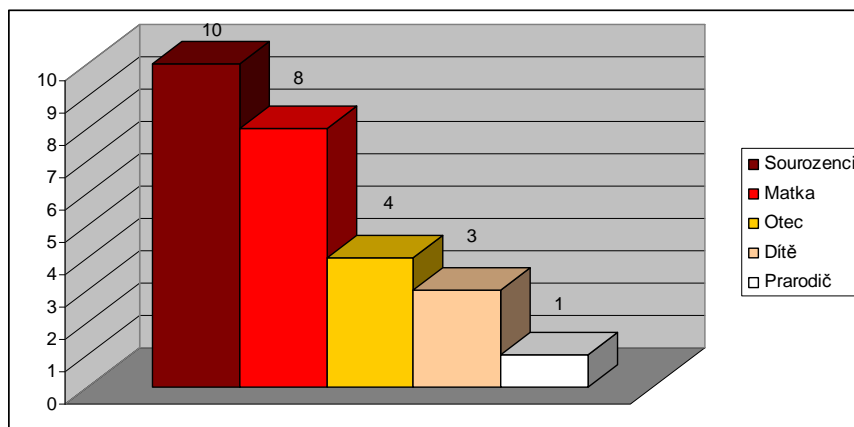


Zdroj: vlastní výzkum

Nejvíce klientů (8 – tj. 27 %) uvedlo, že finanční prostředky získává formou nelegálních brigád. Druhou nejčastěji uváděným způsobem získávání peněz byly krádeže – tuto možnost uvedlo 7 (23 %) respondentů. 6 z dotázaných uživatelů pobírá dávky hmotné nouze, 4 uvedli, že peníze získávají žebráním. 3 oslovení

uživatelé dostávají příležitostně peníze od rodičů. 2 respondenti uvedli, že zdrojem jejich příjmů jsou legální brigády, sběr kovů, invalidní důchod, nebo jim finanční prostředky obstarává partner. 1 z dotázaných získává finance od kamarádů, jeden je vlastníkem domu a jeden pravidelně dostává výživné.

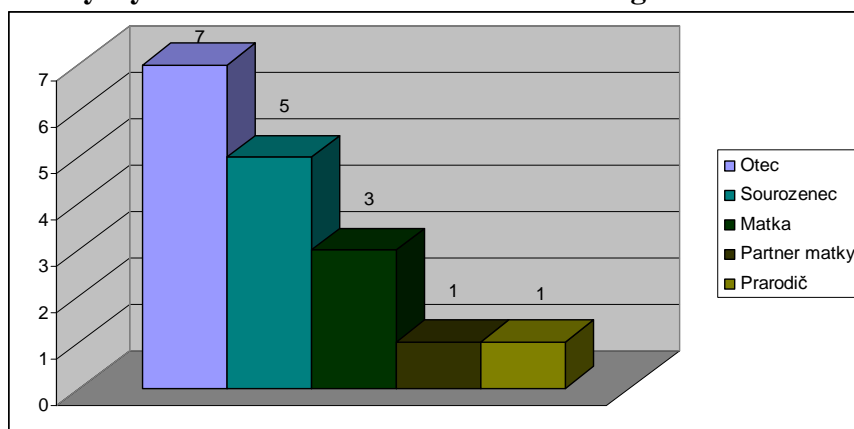
Graf č. 7 – Kontakt s rodinou



Zdroj: vlastní výzkum

Alespoň s jedním členem rodiny se stýká 20 respondentů. Nejčastěji se sourozenci (tuto odpověď zvolilo 10 dotázaných), dále pak s matkou (8 dotázaných), s otcem (4 dotázaní), s vlastním dítětem (3 dotázaní) a s jedním z prarodičů (1 dotázaný). Průměrně se respondenti se členy rodiny vídají jednou za týden.

Graf č. 8 – Výskyt závislostí na alkoholu nebo na drogách v rodině

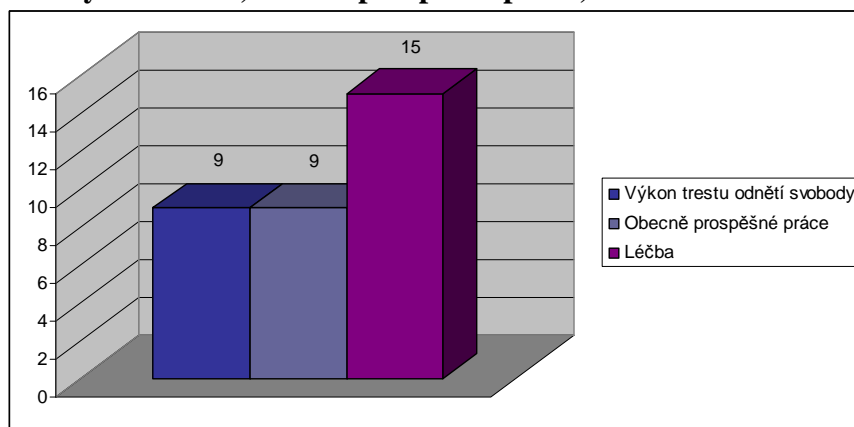


Zdroj: vlastní výzkum

12 respondentů uvedlo výskyt závislosti na alkoholu nebo na drogách v rodině. Formu alkoholové závislosti uvedlo 11 respondentů, formu drogové závislosti 4 respondenti. Kombinaci obou závislostí uvedli 3 respondenti. Závislost se

nejčastěji vyskytovala u otců (v 7 případech), dále u sourozenců (5 případů) a matek (3 případy). V jednom případě byl závislý partner matky a v jednom případě prarodič respondenta.

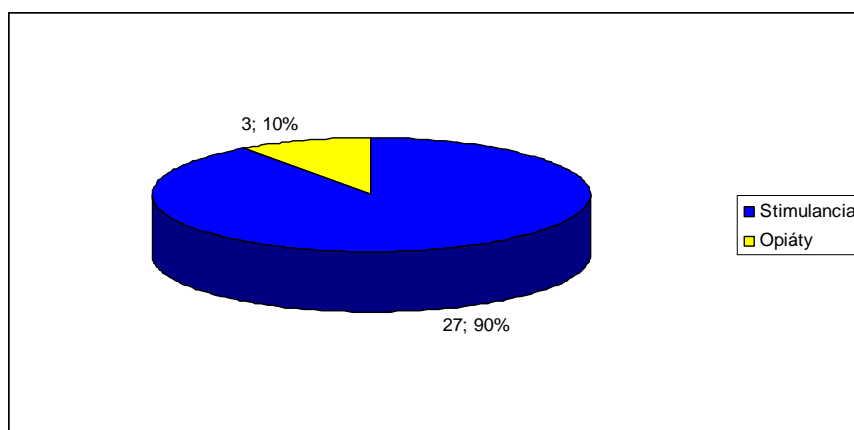
Graf č. 9 – Výkon trestu, obecně prospěšné práce, léčba



Zdroj: vlastní výzkum

9 respondentů (všichni byli muži) uvedlo, že byli ve výkonu trestu odnětí svobody. Stejnému množství respondentů (též samí muži) byly nařízeny obecně prospěšné práce, 4 je nevykonali. Do léčby alespoň jednou nastoupila polovina dotazovaných.

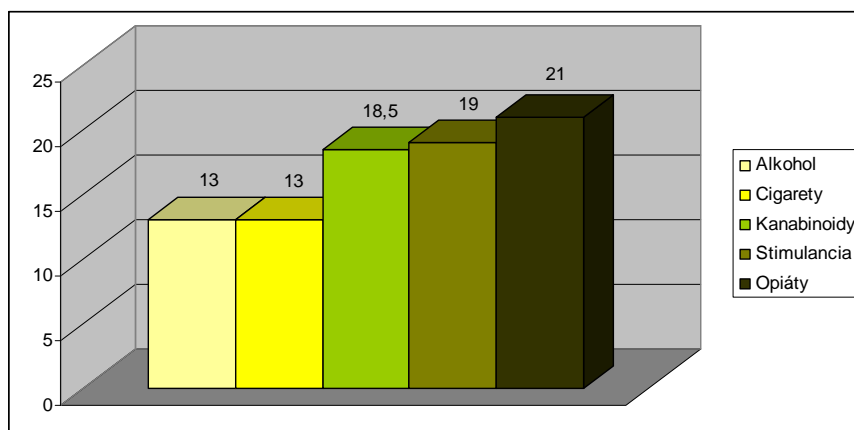
Graf č. 10 – Primární droga



Zdroj: vlastní výzkum

3 (10 %) z dotazovaných uvedli jako svou primární drogu látku ze skupiny opiátů (heroin, Subutex). Zbytek tázaných, tj. 27 (90 %) osob, uvedl jako svou základní drogu pervitin patřící mezi stimulancia.

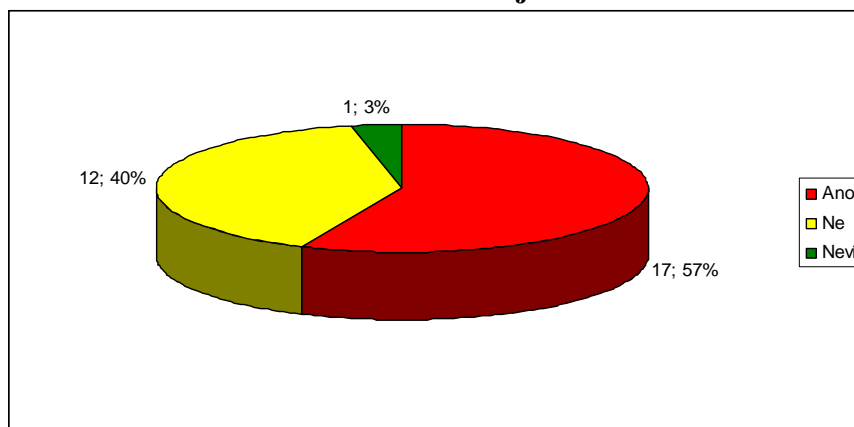
Graf č. 11– První kontakt s návykovou látkou



Zdroj: vlastní výzkum

V grafu je znázorněn průměrný věk, ve kterém se respondenti poprvé dostali do kontaktu s návykovou látkou. S alkoholem a s cigaretami se poprvé setkali průměrně ve 13 letech, s marihuanou o rok později. 19 let je průměrný věk prvního užití pervitinu. 3 respondenti uvedli, že pervitin užívali nejdříve šňupáním a až poté přešli k nitrožilní aplikaci. Ostatní užívají pervitin nitrožilně od první aplikace. Průměrný věk, kdy respondenti poprvé užíli drogu z kategorie opiátů (pokud ji vůbec někdy užíli), je 19 let. Průměrný věk prvního nitrožilního užití návykové látky je 18,5 let.

Graf č. 12 - Používání nesterilních stříkaček/jehel

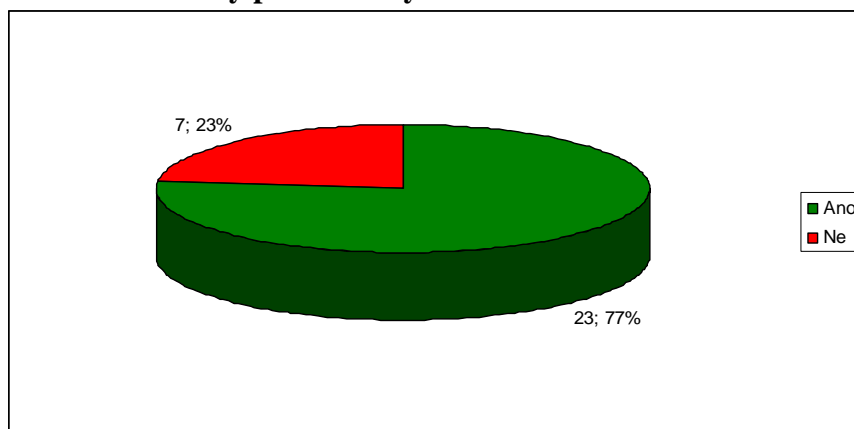


Zdroj: vlastní výzkum

17 (57 %) respondentů uvedlo, že si drogu někdy aplikovalo nesterilní jehlou. Z toho 5 respondentů v současnosti používá již sterilní jehly a 3 respondenti

nesterilní jehlu použili jen jednou. 12 (40 %) respondentů uvádí, že nesterilní jehlu nikdy nepoužili, jeden (3 %) respondent neví.

Graf č. 13 - Nechráněný pohlavní styk



Zdroj: vlastní výzkum

7 (23 %) respondentů uvedlo, že nikdy neměli nechráněný pohlavní styk. Respondentů, kteří měli alespoň jednou nechráněný pohlavní styk je 23 (77 %). 5 z nich uvádí, že mají stálého partnera/stálou partnerku. 1 respondent razantně odmítá používat prezervativu, 4 respondenti uvádějí, že nechráněný pohlavní styk měli v minulosti, nyní již ne.

4.2 Získané informace týkající se testování infekčních nemocí

Byli respondenti testováni na virovou hepatitidu typu C a na HIV?

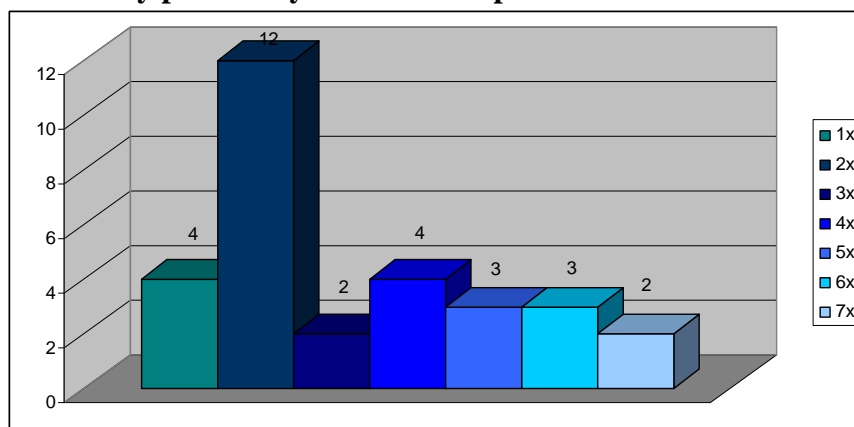
Všech 30 respondentů (100 %) uvedlo, že byli alespoň jednou testováni na hepatitidu C. 3 respondenti (muži) uvedli, že byli testováni na hepatitidu C, ale ne na HIV. Na HIV tedy bylo testováno 27 respondentů, což je 81 % z oslovených.

Absolvování testů HIV po rizikovém chování:

Ze 17 respondentů, kteří alespoň jednou užili návykovou látku nesterilní jehlou, jich podstoupilo 15 testů HIV. 1 respondent byl pouze na testech proti hepatitidě C, jeden respondent uvedl, že neví.

23 oslovených uživatelů drog odpovědělo kladně na otázku, zda v minulosti měli alespoň jednou nechráněný pohlavní styk. 7 z nich uvedlo, že jim byl po tomto rizikovém chování proveden test HIV. 15 respondentů po posledním nechráněném pohlavním styku testováno nebylo (z toho jich 5 uvádí, že mají stálého partnera). 1 respondent byl testován pouze proti hepatitidě C.

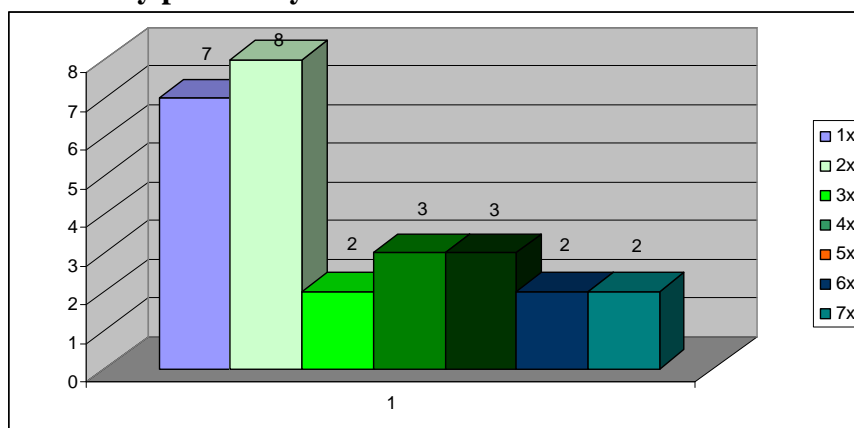
Graf č. 14 – Počty provedených testů na hepatitidu C



Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 14 znázorňuje, kolikrát byli klienti testováni na hepatitidu C. Nejvíce klientů (12) uvedlo, že na hepatitidu C byli testováni dvakrát. Průměrně byl u každého respondenta test proveden 3,6x. 8 respondentů uvedlo, že jejich testy na hepatitidu C byly pozitivní.

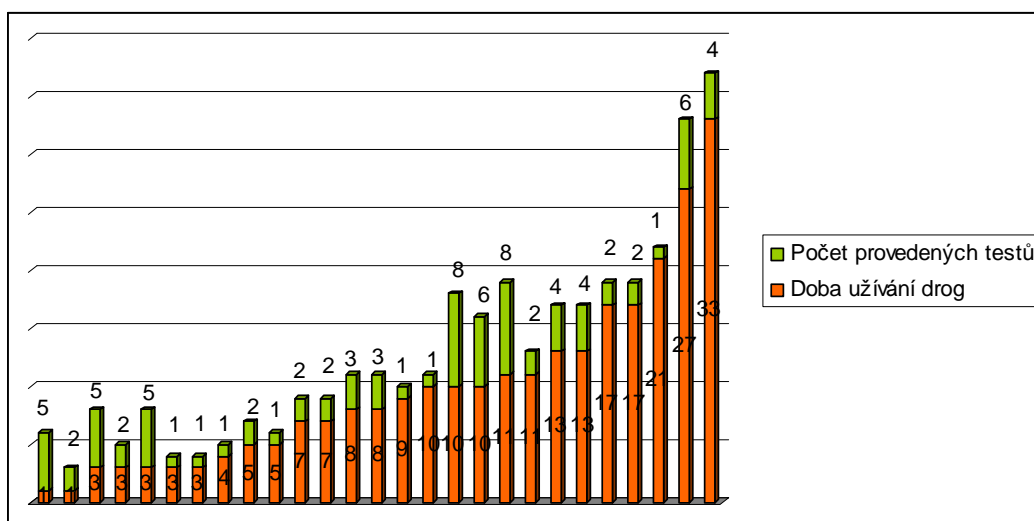
Graf č. 15 – Počty provedených testů na HIV



Zdroj: vlastní výzkum

Z 27 respondentů, kteří byli testováni na HIV jich 8 uvedlo, že byli testováni dvakrát. Jednou bylo testovaných 7 respondentů. Průměrně byl u každého respondenta proveden třikrát test na HIV.

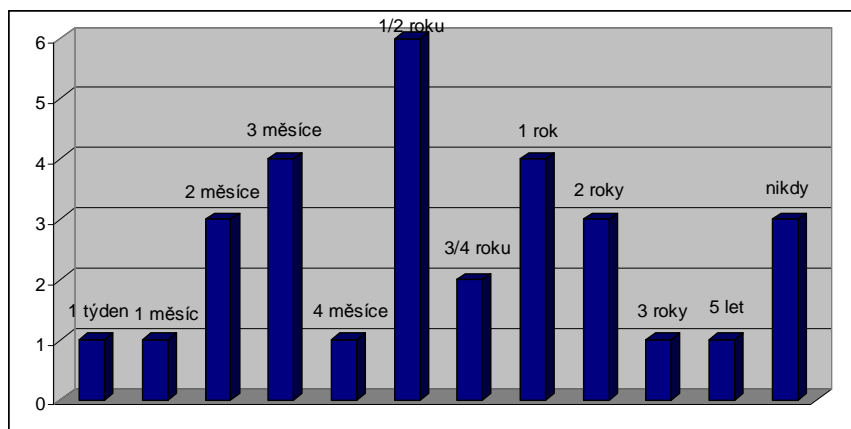
Graf č. 16 – Počet provedených HIV testů v závislosti na délce nitrožilního užívání drogy



Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 16 znázorňuje počet provedených testů HIV v závislosti na délce nitrožilního užívání drogy. Délka užívání drogy je v rozpětí 1 roku až 33 let. Počet provedených testů se pohybuje mezi čísly 1-8.

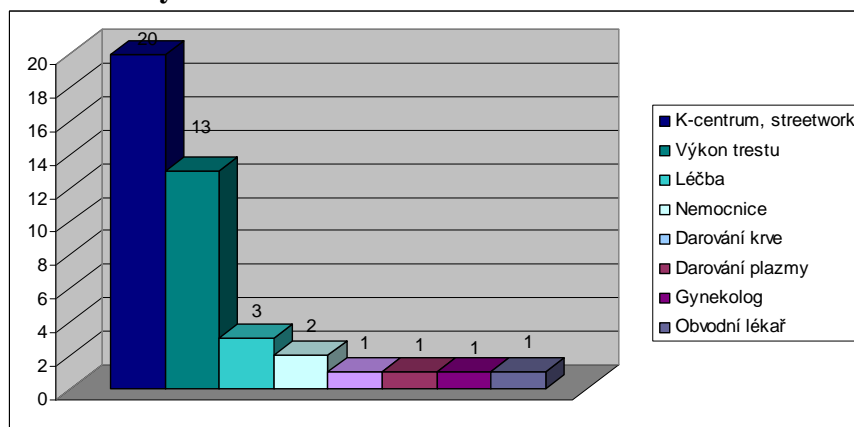
Graf č. 17 – Orientační doba od posledního provedení testu na HIV



Zdroj: vlastní výzkum

Graf číslo 16 ukazuje dobu, která uběhla od posledního testování respondentů na HIV. 1 z oslovených uživatelů drog uvedl, že test mu byl naposledy proveden před týdnem. 1 z dotázaných odpověděl, že mu byl test proveden před 1 měsícem. 3 z respondentů test HIV absolvovali před 2 měsíci, 4 respondenti před 3 měsíci a 1 respondent před půl rokem. 9 měsíců uběhlo od posledního testování 2 respondentů, 1 rok od posledního testování 4 z oslovených a 2 roky uběhly od posledního testování 3 uživatelů drog. 1 respondent byl naposledy testovaný před třemi lety a jeden respondent odpověděl, že testy HIV naposledy absolvoval před 5 lety. 3 respondenti testy HIV nikdy neabsolvovali. Průměrná doba, která uběhla od posledního testování na HIV je 10, 8 měsíce, tzn. přibližně jeden rok. Z hlediska efektivnosti testování u uživatelů omamných a psychotropních látek je potřeba pravidelnost, tzn. absolvování testů nejlépe jednou za půl roku. Při zpracování výsledků výzkumu bylo zjištěno, že tuto podmínku splňuje 16 z 30 oslovených injekčních uživatelů drog (53 %).

Graf č. 18 – Kde byli klienti testováni na HIV



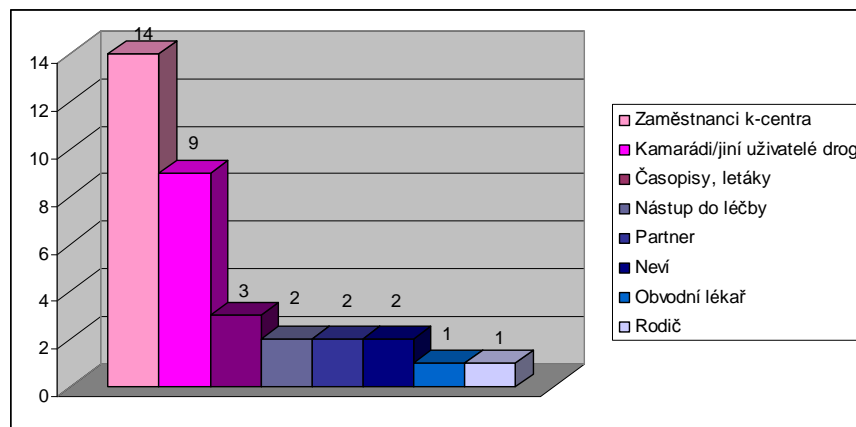
Zdroj: vlastní výzkum

Nejčastěji (20 dotázaných) respondenti uváděli, že byli testováni v kontaktním centru, případně v rámci terénního programu pro uživatele drog. Druhou nejčastěji uváděnou možností (13 respondentů) bylo testování protilátek HIV při nástupu do výkonu trestu nebo při nástupu do léčebného zařízení. Další uváděné možnosti byly: u obvodního lékaře, při darování krve, při darování plazmy a u gynekologa.

Jak se respondenti o možnosti testování na HIV dozvěděli?

Respondenti se o možnosti testování HIV dozvěděli především od zaměstnanců kontaktních center/streetworkerů (ve 14 případech) a od kamarádů/ostatních uživatelů drog (v 9 případech), jak ukazuje následující graf.

Graf č. 19 – Jak se respondenti dozvěděli o možnosti testování na HIV

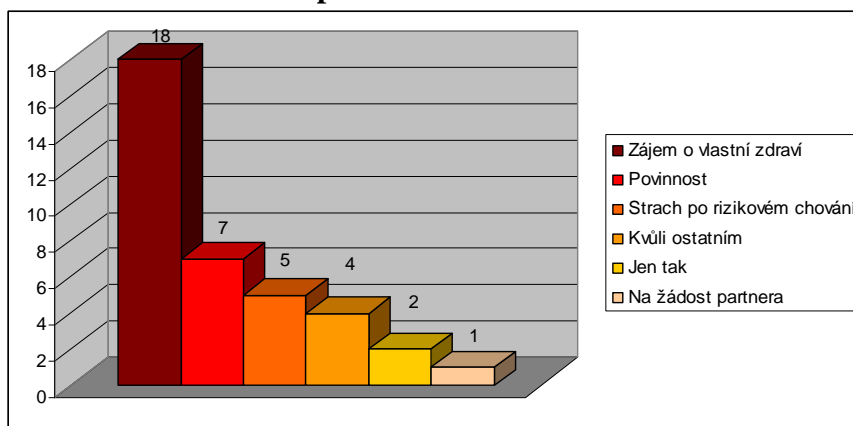


Zdroj: vlastní výzkum

Dva respondenti uvedli, že se sami o testech HIV u pracovníků kontaktního centra informovali sami od sebe. Časopisy a letáky jako možnost zdroje informací o tom, kde si mohou nechat provést testy HIV uvedli 3 respondenti. 2 respondenti byli informovaní při nástupu do léčby a stejný počet respondentů uvedl, že se o provádění testů dozvěděli od partnera. Další osobou, od které se respondenti dozvěděli o možnosti provedení testů HIV byl v jednom případě obvodní lékař a v jednom případě matka dotazovaného.

Co respondenty přimělo k tomu, že si nechali udělat testy na HIV?

Graf č. 20 – Proč se respondenti nechali testovat na HIV

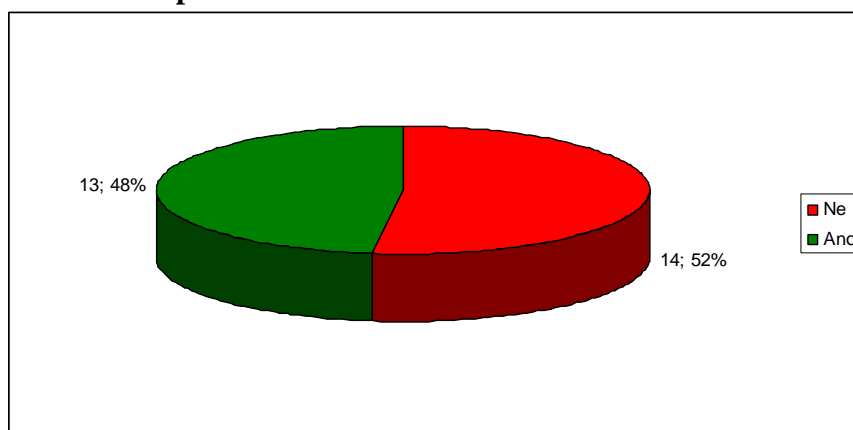


Zdroj: vlastní výzkum

Nejčastěji volenou možností na otázku, co respondenta přimělo k tomu, aby se nechali testovat, byl zájem o vlastní zdraví. Celkem 7 dotázaných uvedlo, že testy na HIV podstoupit museli – z důvodu nástupu do léčebného zařízení, nebo do výkonu trestu. 5 respondentů zmínilo rizikové chování v minulosti – tyto odpovědi by bylo možno zařadit i do kategorie „zájem o vlastní zdraví“. Čtyři z dotázaných uvedli, že testy na HIV podstoupili kvůli ostatním. Jeden respondent uvedl, že o absolvování testů na HIV ho požádal partner, stejně tak jeden respondent odpověděl, že byl zvědavý jaké to je (měl na mysli průběh testování).

Měli respondenti z testování strach?

Graf č. 21 – Strach před testováním na HIV

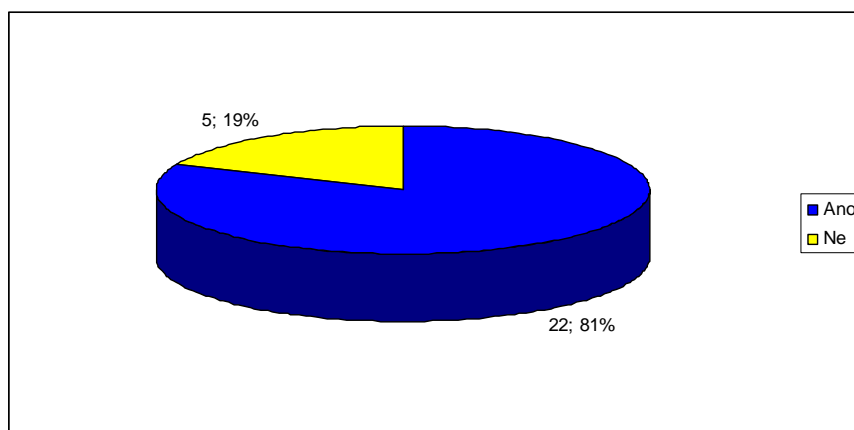


Zdroj: vlastní výzkum

14 z dotázaných odpovědělo, že strach před testováním vůbec neměli. Skoro stejný počet oslovených uživatelů drog (13) uvedl, že jisté obavy před testováním měl. 8 z těch, kteří se testování obávali však měla strach spíše z pozitivního výsledku na hepatitidu C, pozitivního výsledku na AIDS se tolik neobávali.

Podstoupili by respondenti test znovu ?

Graf č. 22 – Opakování testů



Zdroj: vlastní výzkum

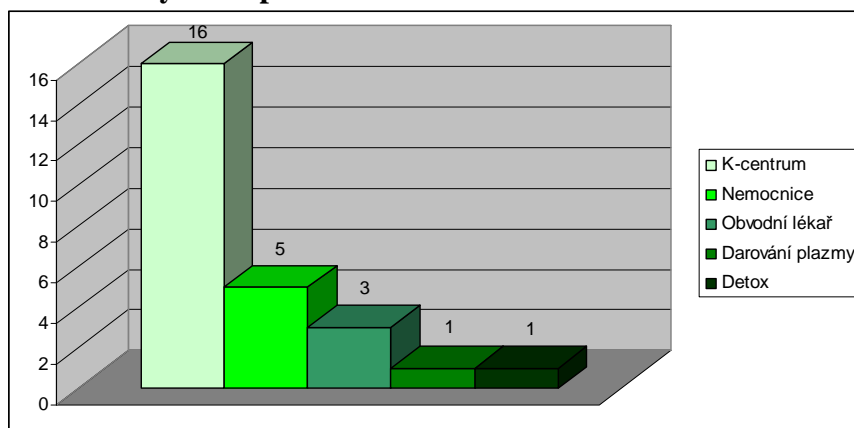
Většina (22; 81 %) z oslovených uživatelů drog, kteří byli proti HIV testování, odpověděla, že by testy podstoupila znovu. Otázka se samozřejmě netýkala testů, které by uživatelé podstoupit museli (např. při nástupu do výkonu trestu). 5 (19 %) respondentů odpovědělo, že by testy znovu nepodstoupili.

Možnosti testování HIV podle injekčních uživatelů drog:

Všichni z oslovených uživatelů drog uvedli jako jednu z hlavních možností, kde se provádí testy HIV kontaktní centrum. Dále téměř všichni (28 z 30) zmínili možnost testování HIV v nemocnici, příp. u praktického lékaře. Dva respondenti zmínili darování plazmy jako možnost zjištění svého HIV stavu.

Pokud by se chtěli respondenti nechat znovu testovat, kam by šli?

Graf č. 23 – Kde by se respondenti nechali znovu otestovat

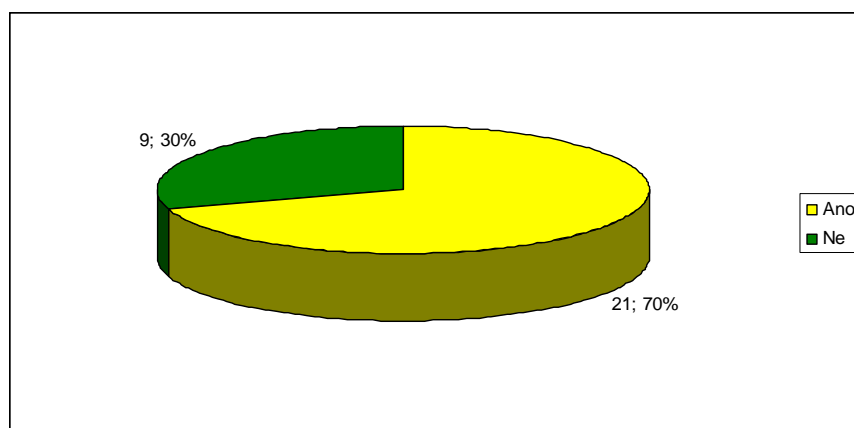


Zdroj: vlastní výzkum

16 uživatelů drog uvedlo, že pokud by se chtěli jít nechat znovu testovat na HIV, obrátili by se na pracovníky některého z kontaktních center, které navštěvují. 4 uživatelé drog by šli rovnou do nemocnice, 2 ke svému obvodnímu lékaři. 1 respondent uvedl, že pokud by chtěl znát svůj současný stav, šel by darovat plazmu. Stejně tak 1 z oslovených uvedl, že by se nechal přijmout na detoxifikační oddělení – kvůli tomu, aby zjistil svůj HIV stav.

Zájem o problematiku AIDS

Graf č. 24 – Zájem o problematiku AIDS



Zdroj: vlastní výzkum

Většina z oslovených (21; 70 %) na otázku, zda je problematika AIDS zajímavá, odpověděla kladně. 9 (30 %) z dotázaných odpovědělo, že je problematika AIDS

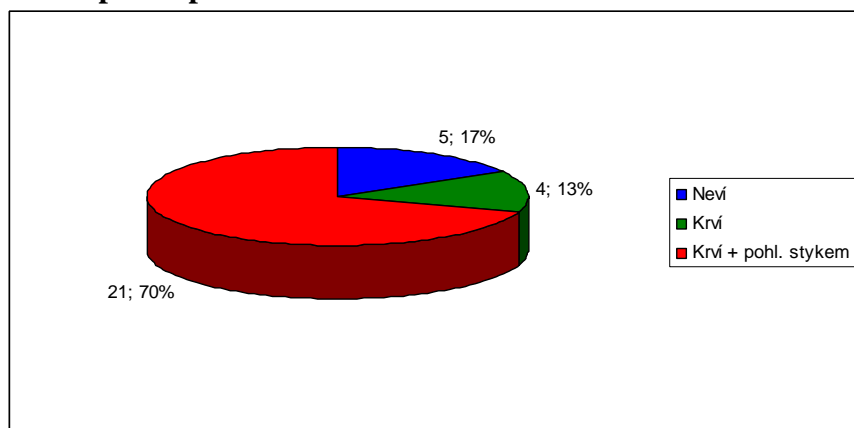
nezajímá. Dva uživatelé drog uvedli, že dřív je způsoby přenosu viru HIV, projevy nákazy virem HIV a onemocnění AIDS zajímaly, ale v současnosti už ne.

Projevy onemocnění

7 z 30 dotázaných odpovědělo, že neví, jak se onemocnění AIDS projevuje. Celkem 4 z oslovených uživatelů drog rozlišovali mezi nákazou virem HIV a onemocněním AIDS. 8 z dotázaných uvádělo jako projevy onemocnění AIDS různé dermatologické projevy. 5 z oslovených uživatelů drog dále mezi příznaky onemocnění AIDS uvádí únavu a slabost, 4 zmiňují selhávání imunitního systému.

Způsob přenosu viru HIV

Graf č. 25 – Způsob přenosu viru HIV

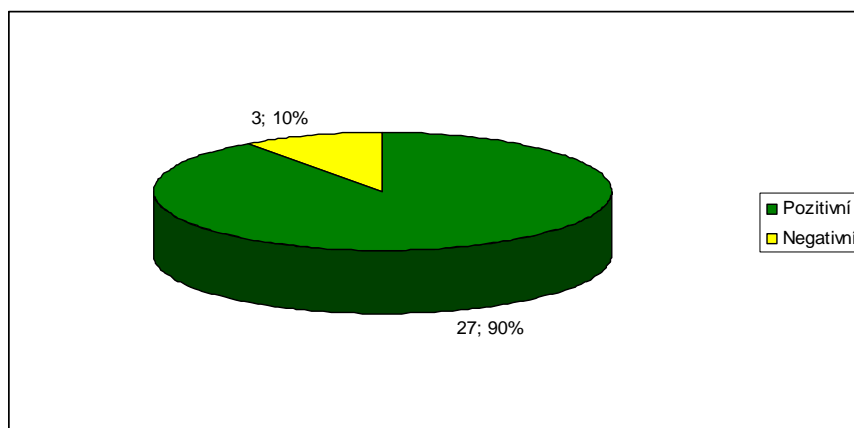


Zdroj: vlastní výzkum

5 (17 %) z dotázaných uživatelů drog uvedlo, že neví, jak se přenáší virus HIV. Z těch, kteří znali alespoň jednu cestu přenosu viru HIV (celkem 25 osob), 4 (13 %) uvedli, že se virus HIV přenáší krví a 21 (70 %) osob uvedlo, že se virus HIV přenáší krví a pohlavním stykem.

Postoj k testování HIV

Graf č. 26 – Postoj k testování HIV



Zdroj: vlastní výzkum

3 (10 %) oslovených uživatelů drog uvedli, že si nemyslí, že je důležité podstoupit test na HIV. Jejich HIV stav je nezajímá, nebo jim to přijde zbytečné. Zbytek, tj. 27 (90 %) z oslovených uživatelů hodnotí provádění testů na HIV kladně, i když 7 z nich zmiňuje, že testy proti hepatitidě C jsou pro ně důležitější. Nejčastějším důvodem, proč je podle oslovených uživatelů drog dobré nechat si udělat testy HIV je jistota, že nejsou HIV pozitivní a celkově vědomí svého HIV stavu. Zamezení dalšího přenosu viru HIV zmiňuje 7 respondentů. 5 respondentů také uvádí, že je dobré jít na testy a znát svůj HIV stav z důvodu včasné léčby, pokud by byl výsledek pozitivní.

Respondenti, kteří nikdy nebyli na testech HIV

Z 30 oslovených uživatelů drog 3 uvedli, že testy HIV nikdy nepodstoupili. Jeden uživatel uvedl, že si už přesně nevzpomíná, možná mu testy dělali v nemocnici – spíše se ale přiklání k variantě, že mu testy HIV nikdy provedeny nebyly. Zbylí dva klienti nebyli testováni na HIV, protože si myslí, že se AIDS mezi okruhem jejich známých nevyskytuje a zatím neměli potřebu na testy jít.

Obavy z testování respondenti nezmiňují, ale všechny tři jejich HIV stav zajímá. Pokud by se rozhodli testy HIV podstoupit, 2 by se zeptali pracovníků kontaktního centra a jeden uživatel by šel do nemocnice.

4.3 Možnosti testování HIV pozitivitu v Jihočeském kraji

Z části výzkumu, která se týkala monitorování možností testování HIV pozitivitu v Jihočeském kraji byly získány tyto informace:

Auritus – centrum pro osoby ohrožené drogou

Centrum Auritus poskytuje služby v 8 oblastech. Jmenovitě jsou to: nízkoprahové služby (Harm Reduction), sociální práce, poradenství, krizová intervence, ambulantní léčba, zprostředkování substituční léčby, ambulantní doléčování a výkon trestu obecně prospěšných prací.

Pod centrem Auritus dále funguje 6 programů – Kontaktní centrum, Poradenské centrum, Resocializační programy, Terénní program, Primární prevence a Galerie s Informačním centrem (3).

Testy HIV zprostředkovává Auritus v rámci Kontaktního centra.

Arkáda – sociálně psychologické centrum

Občanské sdružení Arkáda vzniklo v roce 1994. Jeho cílem bylo doplnit a zkvalitnit stávající nabídku psychosociálních služeb v píseckém regionu. Systém služeb pro drogově závislé tvoří kontaktní centrum, terénní program při kontaktním centru, buprenorfinový substituční program, program následná péče (2).

Službu testování HIV mohou injekční uživatelé drog využít v rámci služeb kontaktního centra nebo v rámci služeb terénního programu při kontaktním centru.

O.s. Prevent

Občanské sdružení Prevent působí v Jihočeském kraji od roku 1999 v oblasti protidrogové prevence a vzdělávání. Posláním tohoto sdružení je předcházet vzniku a rozvoji negativních důsledků zneužívání návykových látek a dále pomáhat lidem v tíživých životních situacích. Pod občanským sdružením

Prevent funguje několik programů, z ohledem na zaměření práce budou zmíněny pouze některé.

- *Jihočeský streetwork Prevent* – program terénní sociální práce, který se zaměřuje především na nitrožilní uživatele drog a dále na uživatele syntetických drog na tanečních akcích. Působí v Českých Budějovicích a dalších městech Jihočeského kraje.
- *Drogová poradna Prevent* – cílovou skupinou poradny jsou osoby žijící na území Českbudějovicka, které užívají drogy, nebo na nich jsou závislé a dále rodiny a blízcí těchto osob, kteří se ocitli v náročné životní situaci. Osobám je poskytováno odborné sociální poradenství, které tyto lidi podporuje a posiluje tak, aby byli schopni samostatně zvládat problémové situace ve svém přirozeném prostředí.
- *Kontaktní centrum Prevent ve Strakonících, Kontaktní centrum Prevent v Prachaticích a Kontaktní centrum Prevent v Českých Budějovicích* – kontaktní centra poskytují ve svém regionu sociální, poradenské a terapeutické služby lidem (především uživatelům drog), kteří se ocitli v těžké životní situaci (52).

Při provádění výzkumu bylo zjištěno, že službu testování HIV nabízí aktuálně (tj. v době provádění výzkumu) nabízí tyto programy občanského sdružení Prevent: Jihočeský streetwork Prevent, Drogová poradna Prevent a Kontaktní centrum Prevent ve Strakonících.

Rozkoš bez rizika

Rozkoš bez rizika je občanské sdružení, jehož cílem je stabilizace a snížení výskytu HIV a pohlavně přenosných nemocí. Dále se sdružení zabývá zlepšením postavení sexuálních pracovníků ve společnosti, na jejich pracovištích a v jejich osobních vztazích. Cílovou skupinou jsou zejména ženy pracující v sexbyzbysu, dále ostatní osoby působící v prostituční scéně a ohrožené rizikovým způsobem života, nejen rizikovým sexuálním chováním (50).

Občanské sdružení Rozkoš bez rizika nabízí službu testování HIV také v Jihočeském kraji. I přesto, že je služba primárně určena sexuálním pracovníkům,

dotýká se i injekčních uživatelů (resp. uživatelék) drog, pokud se tyto formy rizikového chování vzájemně překrývají.

Na základě žádosti pracovníků jednotlivých zařízení jsou následující data zpracována anonymně.

Testy HIV v době provádění výzkumu poskytovalo 5 z oslovených neziskových zařízení, jejichž služby (nebo alespoň část služeb) jsou určeny pro uživatele drog. 1 zařízení v současné době testy neposkytuje, 1 organizace odmítla na otázky za účelem výzkumu k diplomové práci odpovídat a 1 zařízení potvrdilo, že v současnosti testují na protilátky HIV, ale také odmítli na dotazy odpovědět z důvodu spolupráce s laboratoří SZÚ.

3 z oslovených zařízení používají rychlé testy Core HIV 1,2 od firmy Core diagnostics, které v České republice dodává firma Laboserv. Jedno zařízení používá testy s názvem TOYO Anti-HIV 1/2/O.

Na otázku, kdo testy provádí (s ohledem na odbornou kvalifikaci) odpověděla 2 zařízení. V jednom případě protilátky HIV testuje proškolený pracovník, který má školení od firmy, která testy dodává, ve druhém zařízení testuje adiktolog.

V případě potřeby odesílají zařízení klienty ke konfirmačnímu vyšetření na infekční oddělení místě příslušných nemocnic (na základně písemné smlouvy), nebo k praktickému lékaři.

Pracovníci nízkoprahových center se shodují v tom, že by byla vhodná změna přístupu některých odborníků (zejména z řad lékařů) k problematice testování HIV u injekčních uživatelů drog v nízkoprahových programech. Mezi oslovenými panuje shoda, že nezdravotnická zařízení své klienty testují na základě „tiché dohody“ s lékaři, právníky, nikoliv na základě platné legislativní úpravy.

Zdravotnická zařízení, která provádí testování HIV v Jihočeském kraji:

AIDS centrum České Budějovice

AIDS centrum v Českých Budějovicích je zřízeno v rámci infekčního oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. a poskytuje jako jedno ze sedmi obdobných pracovišť v ČR péči infikovaným virem HIV a nemocným AIDS z celého Jihočeského kraje (41).

Nemocnice Jindřichův Hradec

Nemocnice Písek

Nemocnice Strakonice

Nemocnice Tábor

Diagnostické laboratoře

České Budějovice, Český Krumlov, Písek, Blatná, Trhové Sviny

5. DISKUZE

Testování HIV u nitrožilních uživatelů drog je v současné době předmětem mnoha akademických diskuzí mezi odborníky, kteří se tímto tématem zabývají. Většina autorů (Kalina, Mravčík, Nečas) se shoduje v názoru, že je nutné screeningové testování HIV v nestátních nezdravotnických zařízeních, zejména z důvodu užších kontaktů s rizikovými osobami (29, 45). Nesouhlasné stanovisko k tomuto názoru vyjadřují zástupci MZ ČR a příslušných odborných společností, kteří se mimo odborného přístupu opírají také o legislativní rámec.

Pro praktickou část diplomové práce byl použit kvalitativní výzkum. Nejprve byl v prosinci 2009 proveden předvýzkum v kontaktním centru Háječek v Českých Budějovicích. Osloveno bylo 16 injekčních uživatelů drog. Výsledky předvýzkumu posloužily jako podklady pro stanovení výzkumných otázek a pomohly v lehčím navazování kontaktů s respondenty.

Výzkum v rámci této diplomové práce byl proveden formou polostrukturovaných rozhovorů, které tazatelce umožnily přizpůsobit některé z otázek konkrétním uživatelům drog a také položit doplňující otázky. Další výhodou této metody byl fakt, že žádná z důležitých otázek nezůstala opomenuta.

Do výzkumného šetření bylo zahrnuto celkem 30 injekčních uživatelů návykových látek z Jihočeského kraje. Šetření probíhalo v Kontaktním centru Prevent v Českých Budějovicích, v Kontaktním centru Arkáda v Písku a v Kontaktním centru Auritus v Táboře.

Výzkumný soubor tvořilo 22 (73 %) mužů a 8 (27 %) žen, poměr mezi pohlavími je tedy 2,75:1. Tento poměr mezi pohlavími je skutečným odrazem návštěvnosti kontaktních center. Podle Výroční zprávy za rok 2010 (Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů) bylo mezi klienty kontaktních center (žadatelů o léčbu) 6 118 mužů (68 %) a 2866 žen (32 %) (69).

Průměrný věk respondentů je 28,7 let. Průměrný věk návštěvníků léčebně kontaktních center v roce 2010 byl 27, 3 let (69).

Nejčastější formou bydlení tázaných injekčních uživatelů drog byl squat. Výraz squatování, squatting pochází z anglického to squat a podle Slovníku sociální práce znamená „*usadit se na neobsazené půdě či v neobsazeném domě*“

s nadějí na získání nároku obsazenou půdu či dům užívat“ (37). 15 (50 %) respondentů uvedlo, že bydlí pouze ve squatu a 3 respondenti uvedli, že na squatu přespávají občas. 3 respondenti uvedli, že jsou bez přístřeší a 3 bydlí v pronajatém bytě. Průměrný věk, ve kterém se oslovení klienti kontaktních center odstěhovali z domova (od rodičů, příp. prarodičů, nebo jiných příbuzných) je 17 let. Dlouhodobé užívání drog vede k rozpadu rodin a vážnému narušení rodinných vztahů. Pro rodiče bývá závislost jejich dítěte často osobní tragédií, která nezřídka graduje odchodem dětí z domova.

Polovina z respondentů, tj. 15 (50 %) osob má dokončené základní vzdělání, 14 (47 %) osob uvedlo dokončené střední vzdělání a 1 (3 %) respondent uvedl, že má dokončené střední odborné vzdělání s maturitou. Data o dokončeném vzdělání zhruba odpovídají údajům uvedených ve Výroční zprávě Hygienické stanice hl. města Prahy, kde základní vzdělání uvedlo 44 % respondentů, druhou nejčastější kategorií, kterou respondenti uváděli je také střední vzdělání bez maturity (69). Při analýze odpovědí týkajících se dosaženého vzdělání se nabízí otázka, zda právě děti se špatným prospěchem na ZŠ netvoří jednu z rizikových skupin z hlediska dlouhodobého užívání drog.

Po dotazu na formu obživy nejvíce klientů (8 – tj. 27 %) uvedlo, že finanční prostředky získává formou nelegálních brigád. Užívání drog často souvisí s bezdomovectvím, nižšími příjmy, nezaměstnaností a nižším vzděláním. Kumulace těchto problémů pak může vést až k sociálnímu vyloučení. Jedním z nejzávažnějších sociálních důsledků nejen dlouhodobého užívání drog je trestná činnost (62). Trestná činnost jako forma obživy byla druhým nejčastěji uváděným způsobem – tuto možnost uvedlo 7 (23 %) respondentů. Při provádění výzkumu byl dotaz na získávání finančních prostředků jedním z těch, na které se respondenti zdráhali odpovídat. Lze důvodně předpokládat, že součástí získávání finančních prostředků jsou také krádeže a prostituce.

12 (40 %) respondentů uvedlo výskyt závislosti na alkoholu nebo na drogách v rodině. Formu alkoholové závislosti uvedlo 11 respondentů, formu drogové závislosti 4 respondenti. Kombinaci obou závislostí uvedli 3 respondenti. Závislost se nejčastěji vyskytovala u otců, dále u sourozenců a matek. V této

souvislosti lze zmínit vliv rodinného prostředí na výskyt drogové závislosti, kdy dítě může aplikovat odpozorované vzorce chování od svých rodičů.

3 (10 %) z dotazovaných uvedli jako svou primární drogu látku ze skupiny opiátů. Zbytek tázaných, tj. 27 osob (90 %), uvedl jako svou základní drogu pervitin ze skupiny stimulancií. Tyto výsledky jsou v souladu s celorepublikovými daty, která byla vyhodnocena v rámci projektu Multiplikátor 2010, kde bylo celkem osloveno 642 injekčních uživatelů drog, kteří jsou v kontaktu s nízkoprahovými službami. Tito uživatelé také nejčastěji uváděli jako primárně užívanou drogu pervitin (79 %), následovali uživatelé Subutexu (16 %) a heroinu (14 %) **(44)**.

Všeobecně se konstatuje, že návykové látky zneužívají stále mladší věkové skupiny **(5)**. Průměrně se respondenti poprvé dostali do kontaktu s návykovou látkou ve 13 letech, pokud se jednalo o alkohol a/nebo cigarety. Průměrný věk prvního užití pervitinu byl 19 let. 3 respondenti uvedli, že pervitin nejdříve šňupali, poté přešli k nitrožilní aplikaci. Průměrný věk, kdy respondenti poprvé užíli drogu z kategorie opiátů (pokud ji vůbec někdy užíli), je 19 let.

Kalina uvádí, že sdílení jehel je způsob injekčního užívání, který je nejrozšířenější formou rizikového užívání drog kvůli nebezpečí přenosu viru HIV a hepatitidy B a C. Zejména partnerské sdílení je často bagatelizováno i relativně informovanými a odpovědnými uživateli **(29)**. V rámci výzkumu bylo zjištěno, že drogu si nesterilní jehlou alespoň jednou aplikovalo 17 (57 %) oslovených klientů. Z toho 5 respondentů v současnosti používá již sterilní jehly a 3 respondenti nesterilní jehlu použili jen jednou. 12 (40 %) respondentů uvádí, že nesterilní jehlu nikdy nepoužili, jeden (3 %) respondent neví. Z výzkumu vyplynulo, že pouze 20 (67 %) respondentů nyní k aplikaci drog používá sterilní jehly. Jedná se o nízké procento, při správné činnosti kontaktních center by se očekávalo více osob, které sterilní jehly používají.

Další formou rizikového chování vzhledem k nebezpečí přenosu viru HIV u injekčních uživatelů drog je nechráněný pohlavní styk, tj. bez použití prezervativu. Nechráněný pohlavní styk nikdy nemělo 7 (23 %) respondentů. 5 z 23 respondentů, kteří nechráněný pohlavní styk měli, uvádí, že mají stálého

partnera/stálou partnerku. 1 respondent razantně odmítá používat prezervativu, 4 respondenti uvádějí, že nechráněný pohlavní styk měli v minulosti, nyní již ne.

Injekční užívání drog je od devadesátých let minulého století nejčastějším způsobem nákazy virem Hepatitidy C. Podle údajů uvedených v monografii EMCDDA se 90% všech nově identifikovaných případů nákazy týká nitrožilních uživatelů drog (**14**). Všechny 30 respondentů (100 %) uvedlo, že byli alespoň jednou testováni na hepatitidu C. 3 respondenti uvedli, že byli testováni na hepatitidu C, ale ne na HIV. Na základě provedení kvalitativního výzkumu v rámci diplomové práce bylo zjištěno, že test na HIV podstoupilo 27 respondentů (81 %). Tyto výsledky jsou v rozporu s údaji Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti, kdy je uváděna 33,5 % testovanost na HIV v prostředí IUD (**67**). Odlišné výsledky výzkumů mohou mít příčinu ve výběru respondentů. Respondenti byli osloveni náhodně, výzkum byl ale dobrovolný a tak se někteří oslovení klienti kontaktních center odmítli zúčastnit. Je možné, že ti, kteří byli ochotni absolvovat rozhovory, mají i vstřícnější postoj ke službám kontaktních center, jako je např. HIV testování. Dalším důvodem, proč byla v rámci této diplomové práce zjištěna vysoká testovanost na HIV u IUD může být fakt, že si někteří respondenti nebyli jisti, zda testování skutečně podstoupili a kladná odpověď pro ně byla lepší a jednodušší variantou než odpověď záporná, nebo odpověď „nevím“.

Znalost vlastního HIV stavu je důležitá především kvůli motivaci ke změně rizikového chování a tím pádem i snížení rizika přenosu viru HIV na další osoby (**49**). Na základě výzkumné otázky č. 1 *Znají uživatelé drog svůj HIV stav?*, je možné stanovit hypotézu č.1: ***Injekční uživatelé drog v Jihočeském kraji se zajímají o svůj HIV stav.*** Podnětem pro stanovení hypotézy č.1 byly následující výsledky zjištěné při zpracování výzkumu. Většina respondentů uvedla, že testy podstoupili z důvodu zájmu o své zdraví. 22 (81 %) těch respondentů, kteří již byly testováni, by testy podstoupila znovu. Zájem o problematiku HIV/AIDS uvádí 21 (70 %) oslovených uživatelů drog a stejný počet respondentů zná cesty přenosu HIV. 27 (90 %) respondentů hodnotí provádění testů HIV kladně.

Další otázky kvalitativního výzkumu zaměřené přímo na testování HIV se obracely k těm, kteří alespoň v jednom případě uvedli rizikové chování. Po

aplikaci drogy nesterilní jehlou absolvovalo HIV test 15 z dotázaných a po nechráněném pohlavním styku absolvovalo HIV test 7 klientů.

Otázky týkající se počtu provedených testů na VHC u jednotlivých respondentů přinesly tyto výsledky: nejvíc klientů (12) uvedlo, že na hepatitidu C byli testováni dvakrát. Průměrně byl u každého respondenta test proveden 3,6x. 8 respondentů uvedlo, že jejich testy na hepatitidu C byly pozitivní.

8 z 27 respondentů, kteří absolvovali test HIV uvedlo, že byli testováni dvakrát. Průměrně byl u každého respondenta proveden třikrát test na HIV. V průměru byli respondenti naposledy testováni před 10, 8 měsíce, tzn. přibližně před jedním rokem.

Podle Radimeckého (2009) existují pro injekční uživatele drog bariéry v dostupnosti zdravotní péče a tedy i v možnosti testování HIV ve zdravotnických zařízeních. Tuto skutečnost potvrzuje i praktický lékař pro dospělé, který byl osloven nad rámce výzkumu diplomové práce. Uvedl že, se za svou dvanáctiletou praxi s osobou závislou na návykových látkách setkal pouze jednou. Jako specifickou možnost pro injekční uživatele návykových látek uvádí nízkoprahové a další programy v oblasti testování infekcí **(56)**. V souladu s tím také respondenti nejčastěji (20 z dotázaných, tj. 67 %) uváděli, že byli testováni v kontaktním centru z krevního séra. Druhou nejčastěji uváděnou možností bylo testování protilátek HIV z plné krve při nástupu do výkonu trestu – tuto možnost uvedlo 13 (43 %) z oslovených uživatelů drog. 3 (10 %) respondenti uvedli, že byli testováni při nástupu do léčebného zařízení. Další uváděné možnosti byly: u obvodního lékaře, u gynekologa, při darování krve a při darování plasmy. Poslední uvedené možnosti jsou obzvláště závažné. Uživatelé drog patří do rizikové skupiny z hlediska výskytu infekčních chorob a toxických látek v krvi nebo v plazmě. I v případě, že by byly injekčnímu uživateli drog provedeny testy na infekční choroby, jejich výsledky nemusí být validní (např. některé protilátky se mohou objevit až po 2 měsících).

Nízkoprahové služby vytváří prostředí více přátelské pro vulnerabilní skupiny než např. zdravotnická zařízení **(67)**. Respondenti se o možnosti testování HIV dozvěděli především od zaměstnanců kontaktních center/streetworkerů a od kamarádů/ostatních uživatelů drog: „Vím, že testujou na káčku, protože mi to

říkali známí, co sou závislí už delší dobu.“, „O tom, že v Praze na káčku testujou vím už dlouho – všichni tady z Budějovic to vědí, že v Praze na káčku dělají testy, protože na to mají prachy a taky to vím z různých časopisů.“

Dva respondenti uvedli, že se sami o testech HIV u pracovníků kontaktního centra informovali sami od sebe. Časopisy a letáky jako možnost zdroje informací o tom, kde si mohou nechat provést testy HIV uvedli 3 respondenti. 2 respondenti byli informováni při nástupu do léčby a stejný počet respondentů uvedl, že se o provádění testů dozvěděl od partnera. Další osobou, od které se respondenti dozvěděli o možnosti provedení testů HIV byl v jednom případě obvodní lékař a v jednom případě matka dotazovaného.

Následující části diskuze se budou týkat motivace klientů k testování, tedy toho, co bylo prvním impulzem, proč se respondenti nechali testovat. Podle Psychologického slovníku (Hartl, Hartlová, 2010) se motivací rozumí: *“proces usměrňování, udržování a energetizace chování, které vychází z biologických zdrojů“ (17).*

Studie, která se zabývala důvody, proč se lidé nechávají testovat zjistila, že primárním důvodem pro testování byly příznaky nemocí vnímané jako znamení HIV/AIDS. Dále se lidé nechávali testovat pro vědomí toho, že jsou zdraví, na základě žádosti svých sexuálních partnerů a také po sdílení jehel (59). V rámci prováděného výzkumu však byl nejčastějším důvodem pro využití možnosti nechat se testovat na HIV zájem o vlastní zdraví: *„Protože mě zajímá, jak na tom zdravotně jsem.“*

Dále 7 dotázaných uvedlo, že testy na HIV podstoupit museli – z důvodu nástupu do léčebného zařízení, nebo do výkonu testu. 5 respondentů zmínilo rizikové chování v minulosti – tyto odpovědi by bylo možno zařadit i do kategorie „zájem o vlastní zdraví“: *„Dali jsme si s přítelem subo od kluka, co to rozdělával špinavým nádobím – všichni ostatní o tom věděli, ale nám nikdo nic neřekl. No a pak byl ten kluk v base a od kámoše, co tam byl s ním jsem se dozvěděla, že má syfilis. Tak jsem pak po třech měsících šla na všechny testy, i na HIV.“, „Narodil se mi malej brácha a tak jsem měla strach, protože beru.“, „Šel protože to je zadarmo. No a když se člověk chová rizikově, tak proč toho nevyužít?“, „Když už fetuju, tak jsem chtěl vědět, jak na tom jsem.“*

Další motivací byla ohleduplnost k ostatním, nejčastěji k partnerovi/partnerce: „*Kdo ty testy nepodstoupí, tak škodí sobě, ale hlavně tím ubližuje druhým, kdyby byl nemocnej.*“, „*Abych věděl, že nemůžu ohrozit ostatní. Kdybych byl pozitivní, tak by to ostatním řekl, aby si na mě dávali pozor.*“

Polovina z těch respondentů, kteří byli testováni na HIV, nepociťovala v jeho průběhu žádné obavy: „*Vím, že AIDS nemám a buchnu používám jenom od lidí, který znám.*“ Skoro stejný počet oslovených uživatelů drog uvedl, že jisté obavy před testováním měl – nejčastěji byla zmiňována obava z výsledku testu a to převážně v případě VHC. HIV pozitivitu se respondenti tolik neobávali, hlavním uváděným důvodem byl fakt, že se s nakaženým HIV/nemocným AIDS ještě nikdy ve svém okolí nesetkali: „*Věděl jsem, že AIDS nemám, ale bál jsem se, že budu mít céčko.*“, „*Nikoho, kdo má AIDS neznám, takže jsem se nemohl nakazit. Ale bál jsem se kvůli céčku.*“

Většina z oslovených uživatelů drog, kteří byli proti HIV testování, odpověděla, že by dobrovolně testy podstoupila znovu. 5 respondentů odpovědělo, že by testy znovu nepodstoupili, protože z nákazy virem HIV strach nemají: „*Ne, svůj stav znám a kdybych byl nemocnej, tak to na sobě poznám.*“, „*Ne, mě to nezajímá.*“

Pokud by respondenti chtěli test HIV znovu podstoupit, obrátili by se ve většině případů na pracovníky některého z kontaktních center (tuto možnost uvedlo 16 respondentů), která navštěvují. 4 uživatelé drog by šli rovnou do nemocnice, 2 ke svému obvodnímu lékaři. 1 respondent uvedl, že pokud by chtěl znát svůj současný HIV stav, šel by darovat plazmu. Stejně tak 1 z oslovených uvedl, že by se nechal přijmout na detoxifikační oddělení – kvůli tomu, aby zjistil svůj HIV stav: „*Šel bych tady na káčko se zeptat, nebo i do nemocnice, ale tam bych nešel, tam se mi nechce.*“, „*Ted' jsem se tady sám od sebe ptal, kdy tady na káčku budou testy.*“

V zadání diplomové práce byla stanovena výzkumná otázka č.3: *Je testování uživatelů drog v terénu dostatečné?* Na základě této výzkumné otázky lze stanovit hypotézu č.3: ***Testování uživatelů drog v terénu v Jihočeském kraji není dostatečné.*** Důvodem pro stanovení hypotézy je fakt, že zařízení, která jsou pro injekční uživatele drog nejvíce přístupná, tedy kontaktní centra, nemají pro

testování protilátek HIV legislativní oporu a v současné době tedy nemohou testování provádět. Podle odpovědí nízkoprahových zařízení pro uživatele drog v Jihočeském kraji, která byla oslovena během výzkumu, testy HIV provádí buď adiktolog, nebo pracovník proškolený firmou, která testy dodává. Ani jedna z těchto pozic však neopravňuje ke způsobilosti provádět odběry krve. Přesto, že byla u respondentů obecně zjištěna vysoká míra protestovanosti na HIV, nelze do ní započítat ty testy, které byly provedeny v souvislosti s nástupem do výkonu trestu odnětí svobody nebo do léčby.

Možnost testování v nemocnicích nebo u obvodního lékaře uvedlo 5 osob, avšak ani jeden z oslovených by dobrovolně testy v těchto zařízeních nepodstoupil. Z výsledků výzkumu vyplynulo, že injekční uživatelé drog testy HIV dobrovolně nepodstoupí, pokud jim je přímo nezprostředkuje pracovník kontaktního centra. V rámci krajských a celostátních protidrogových politik by tedy bylo vhodné vyřešit poskytování zdravotní péče (včetně testů na HIV, virovou hepatitidu C, tuberkulózu a pohlavně přenosné choroby) injekčním uživatelům drog. Potřebu vyřešení tohoto problému také dokládá zkušenost pracovnice kontaktního centra, která v zařízení působila 13 let. V době, kdy existovala přímá návaznost mezi kontaktním centrem a oddělením epidemiologie (tzn., že obě zařízení byla blízko sebe a klienti kontaktního centra znali pracovníky epidemiologického oddělení), byla mezi klienty tohoto kontaktního centra velmi vysoká protestovanost. Po přesídlení kontaktního centra do jiné části města byla klientům nabídnuta možnost testování v laboratoři za velmi výhodných podmínek. Byla posunuta doba, kdy mohli klienti laboratoř navštívit a byl jim nabídnut doprovod některého z pracovníků centra. Tato možnost však nebyla ani jednu využita.

Jako nejvýhodnější možnost pro zajištění vysoké protestovanosti u injekčních uživatelů drog se jeví návaznost kontaktního centra přímo na některé ze zdravotnických zařízení. Důležitá je zde především místní návaznost, tedy aby kontaktní centrum existovalo blízko zdravotnického zařízení a dále dobrá spolupráce mezi zaměstnanci jednotlivých organizací.

Problematika AIDS zajímá většinu (21 – 70 %) oslovených nitrožilních uživatelů drog: „Ano, zajímá mě to, protože to je nemoc.“, „Ano, vím o tom

všechny dostupné informace.“, „Jo, vím o tom problému a zajímám se o to víc, protože jsem narkoman.“, „Ale jo, zajímá mě to. Ale jenom když se o tom mluví, jinak na to člověk většinou nemyslí a řeší to, až když může bejt pozdě.“, „Jo, protože to může mít hodně lidí a jsou pak i nakažliví.“ 9 (30 %) z dotázaných odpovědělo, že je problematika AIDS nezajímá: „Ne, já se téměř věcma nezabývám, protože se mě dost dotýkaj při mým rizikovým způsobu života a já jsem hodně citlivej člověk, tak se tomu vyhýbám. A taky to je podle mě jenom lék uměle vyvinutém na snížení populace v Africe, toho třetího světa.“ Dva uživatelé drog uvedli, že dřív je způsoby přenosu viru HIV, projevy nákazy virem HIV a onemocnění AIDS zajímaly, ale v současnosti už ne: „Dřív mě to zajímalo a bál jsem se toho, ale myslím si, že se to vůbec nevyskytuje.“, „Možná mě to zajímalo když jsem začal s perníkem, ale teď mi to je jedno. Hlavně já vím, co dělám a vím, že se mě to netýká.“

7 z 30 dotázaných (23 %) neznalo projevy onemocnění AIDS a pouze 4 (13 %) uživatelé drog rozlišovali mezi nákazou virem HIV a onemocněním AIDS: „Já vím, že jak se člověk nakazí, tak to je jako chřipka, ale jak pak vypadá to AIDS, to vůbec nevím.“, „No ze začátku se to nijak neprojevuje, ne? A pak je až člověk nemocnej po delší době.“, „Nejdřív člověk vypadá úplně normálně, pak dlouhý léta nic a pak v tom pokročilejším stadiu má vyrážku a tak.“

K infekci dochází krevní cestou, pohlavním stykem a vertikálně (z matky na dítě) (29). Většina respondentů uvedla alespoň jednu z cest přenosu viru HIV, nejčastější odpovědí bylo, že se virus HIV přenáší krví. Dvě třetiny respondentů také zmínily přenos pohlavním stykem: „Přenáší se to krví a nechráněným pohlavním stykem – hlavně análním.“, „Jako céčko – pohlavním stykem a injekcí.“; „Nitrožilně – jako jehlou myslím.“, „Tak asi krví, pohlavním stykem a málo slinami.“, „Sexem, krví a v tom horším stadiu pak asi i kapénkovou infekcí.“

Podle 3 oslovených uživatelů drog není testování HIV důležité – jejich HIV stav je nezajímá, nebo jsou přesvědčeni, že v jejich případě je provedení testů zbytečné, protože nejsou nakaženi: „Když člověk ví, že to nemá od koho chytit, tak je to zbytečný si to nechat dělat.“ Zbytek, tj. 27 z dotázaných uživatelů hodnotí provádění testů na HIV kladně, i když 7 z nich zmiňuje, že testy proti hepatitidě C jsou pro ně důležitější.

Nejčastějším důvodem, proč je podle oslovených uživatelů drog dobré nechat si udělat testy HIV je jistota, že nejsou HIV pozitivní a celkově vědomí svého HIV stavu: „Myslím, že je dobrý, aby člověk chodil na testy. Aby člověk věděl a měl klid.“, „Když už někdo bere drogy, tak by měl na testy chodit preventivně, aby měl klid.“, „Chci chodit na testy, protože jsme s partnerem oba dva mladí.“, „Jo, mělo by se chodit, aby člověka nemoc nepřekvapila a aby věděl, jak na tom je a taky kvůli zodpovědnosti k partnerovi.“ Zamezení dalšího přenosu viru HIV zmiňuje 7 respondentů: „Tak mělo by se chodit asi častěji, aby člověk věděl, jak na tom je a aby to pak nešířil ostatním.“, „Lidi by na ty testy měli chodit. Pak budou znát výsledek a můžou se rozhodnout, jestli se daj doprava, nebo doleva.“ (pozn.: respondent tímto přirovnáním myslí situaci, kdy bude testovaný znát výsledek a následně se bude rozhodovat, zda to ostatním oznámí, nebo jim to neoznámí, ale bude se vyhýbat možnostem je nakazit).

5 respondentů také uvádí, že je dobré jít na testy a znát svůj HIV stav z důvodu včasné léčby, pokud by byl výsledek pozitivní: „Když už bych to AIDS měl, tak aby se s tím dalo ještě něco dělat.“, „Slyšel jsem, že už na to existují nějaké léky, tak taky aby to nepostoupilo dál, ta nemoc.“

Z 30 oslovených uživatelů drog 3 (10 %) uvedli, že testy HIV nikdy nepodstoupili. Jeden uživatel uvedl, že si už přesně nevzpomíná, možná mu testy dělali v nemocnici – spíše se ale přiklání k variantě, že mu testy HIV nikdy provedeny nebyly. Jak uvádí Radimecký (2009) injekční uživatelé drog neberou ohrožení přenosem viru HIV příliš vážně, důvodem je patrně omezený počet nemocných AIDS v jejich okolí. Svou roli zde může hrát i počáteční „bezpříznakové“ období nemoci (56). Dva oslovení klienti nebyli testováni na HIV, protože si myslí, že se AIDS mezi okruhem jejich známých nevyskytuje a zatím neměli potřebu na testy jít: „Myslím si, že AIDS tady není, tak mi to přišlo zbytečný tam jít.“; „Nebojím se toho a nevyhledal jsem to.“

Před provedením výzkumu byla stanovena výzkumná otázka č. 2: *Je důvodem neznalosti HIV stavu uživatelů drog jejich nezájem o tuto problematiku?* Po provedení výzkumu se nabízí se vytvoření hypotézy č.2: **Klienti kontaktních center podceňují riziko infekce virem HIV.** Pravděpodobně nejvýraznějším důvodem je nízký počet osob nakažených virem HIV nebo

nemocných AIDS v okolí respondentů. Výraznou roli zde může hrát i počáteční období nemoci, které se neprojevuje viditelnými příznaky. Tato hypotéza byla stanovena s ohledem na skutečnost, že pro její vyslovení byly použity výsledky pouze velmi nízkého počtu oslovených uživatelů drog. Proto je stanovení této hypotézy velmi orientační a je spíše dalším podnětem pro výzkum v oblasti testování HIV u uživatelů návykových látek. Dále může být motivací pro pracovníky kontaktních center k vyšší akcentaci tohoto problému.

Obavy z testování respondenti nezmiňují, ale všechny tři jejich HIV stav zajímá. Pokud by se rozhodli testy HIV podstoupit, 2 by se zeptali pracovníků kontaktního centra a jeden uživatel by šel do nemocnice.

6. Závěr

Diplomová práce se zabývala problematikou testování HIV z pohledu uživatelů návykových látek. Za účelem realizace výzkumu byly provedeny rozhovory s klienty 3 kontaktních center v Jihočeském kraji. Dále byly o spolupráci požádáni také pracovníci kontaktních center a dalších zařízení, která v současné době provádí testování HIV. V teoretické části byly vysvětleny některé základní pojmy a nastíněna současná situace ohledně testování HIV u injekčních uživatelů návykových látek.

Hlavním cílem práce bylo zmapování informovanosti injekčních uživatelů návykových látek o možnostech testování jejich HIV stavu. Tento cíl byl splněn.

Dílčím cílem diplomové práce bylo monitorování možností testování HIV pozitivitu v Jihočeském kraji. Byla oslovena zdravotnická zařízení a dále neziskové organizace, které se věnují injekčním uživatelům drog. Zaměstnanci jednotlivých subjektů byli osloveni osobně, telefonicky, nebo prostřednictvím e-mailu. Tento cíl byl také splněn.

Byly stanoveny tyto hypotézy:

Hypotéza č.1: *Injekční uživatelé drog v Jihočeském kraji se zajímají o svůj HIV stav.*

Hypotéza č.2: *Klienti kontaktních center podceňují riziko infekce virem HIV.*

Hypotéza č.3: *Testování uživatelů drog v terénu v Jihočeském kraji není dostatečné.*

V závěru diplomové práce je důležité zmínit, že při provádění, zpracování a interpretaci výsledků výzkumu se ukázalo, že způsob testování HIV u injekčních uživatelů drog je třeba přizpůsobit potřebám těchto osob.

Přínos diplomové práce byl již během provádění kvalitativního výzkumu. V průběhu rozhovorů byla možnost injekčním uživatelům drog vysvětlit (pokud je neznali) některé informace o problematice AIDS – především o cestách přenosu a možných příznacích infekce virem HIV.

Práce by také mohla sloužit jako studijní materiál nejen pro studenty Zdravotně sociální fakulty a dále také jako podklad při stanovování cílů krajské protidrogové politiky.

Dále by diplomová práce mohla být přínosem v oblasti dalšího výzkumu, například pro potvrzení či vyvrácení hypotézy č.2.

7. Klíčová slova

AIDS

Droga

HIV

Injekční uživatel návykových látek

Kontaktní centrum

Testování HIV

8. Seznam použitých zdrojů

1. ADAMEČEK, D. et al. *Seznam a definice výkonů drogových služeb*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2006. 88 s. ISBN 80-86734-81-1
2. ARKÁDA. *Výroční zpráva 2008*. [online]. Písek: Arkáda – sociálně psychologické centrum, 2009. [2011-05-6]. Dostupné z:<http://www.arkadacentrum.cz/_uploads/files/Arkada_VZ_2008.pdf>.
3. AURITUS. *Auritus – centrum pro lidi ohrožené drogou*. [online]. [2011-05-6]. Dostupné z:<<http://www.auritus.cz/>>.
4. BÁLINT, O. et al. *Infektológia a antiinfekčná terapia*. 2. vyd. Martin: Osveta, 2007. 388 s. ISBN 80-8063-222-7
5. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vyd. Praha: Grada, 2006. 188 s. ISBN 80-247-1197-4
6. BROŽOVÁ, J. *Výběrové šetření o zdravotním stavu a životním stylu obyvatel České republiky zaměřené na zneužívání drog*. 1. vyd. Praha: ÚZIS ČR, 2006. 84 s. ISBN 80-7280-636-X
7. CURTIS, M., GUTERMANOVÁ, L. *První pomoc při předávkování a jeho prevence*. 1. vyd. Praha: Centrum adiktologie PK 1.LF UK, 2010. 98 s. ISBN 80-86620-19-0
8. ČERNÝ, R., MACHALA, L. *Neurologické komplikace HIV/AIDS*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1222-5
9. *Detailně o AIDS*. [online]. Praha: Národní program boje proti AIDS v České republice. [2011-02-16]. Dostupné z: <<http://www.aids-hiv.cz/#04>>.
10. *Detoxikační jednotky*. [online]. Praha: Meditorial. [2011-07-26]. Dostupné z: <<http://www.substitucni-lecba.cz/detoxikacni-jednotky>>.
11. DÍTĚ, P. et al. *Vnitřní lékařství*. 2. vyd. Praha: Galén, 2007. 586 s. ISBN 978-80-7262-496-6
12. DOLANSKÁ, P. et al. *Testování infekcí u uživatelů drog v nízkoprahových zařízeních*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2004. ISBN 80-86734-16-1

13. *Doléčovací centrum s chráněnými byty (DC)*. [online]. Praha: Sananim. [2011-07-26]. Dostupné z: <[http://www.sananim.cz/dolecovaci-centrum-s-chranenymi-byty-\(dc\)/nase-cile.html](http://www.sananim.cz/dolecovaci-centrum-s-chranenymi-byty-(dc)/nase-cile.html)>.
14. EMCDDA. *Výroční zpráva za rok 2010: Stav drogové problematiky v Evropě*. Lucemburk: Úřad pro publikace EU, 2010. 102 s. ISBN: 978-929168427-4
15. FAN, H. et al *AIDS: Science and Society*. 6. vyd. Jones & Bartlett Learning, 2010, 240 s. ISBN 07-637-7315-8
16. HARRIES, A.D. *TB/HIV a clinical manual*. WHO, 2004. 210 s. 2.vyd. ISBN 92-415-4634-4
17. HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2010. 796 s. ISBN 978-80-7367-686-5
18. HEJDA, J. *Kriminologické, trestně právní a kriminalistické aspekty drogového problému v ČR a jeho řešení*. 1. vyd. Jindřichův Hradec: RAIN, 2000. 156 s. ISBN 80-245-0080-9
19. *HIV test INSTI není určen pro sebetestování*. [online]. Praha: MZ ČR, 4.1.2011. [2011-01-14]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/dokumenty/-test-insti-neni-urcen-pro-sebetestovani_4537_1.html>.
20. ILLES, T. *Děti a drogy*. 2. vyd. Praha: ISV nakladatelství, 2002. 55s. ISBN 80-85866-50-1
21. *Jak lze prokázat virus HIV?* [online]. Praha: AIDS Info. [2011-03-26]. Dostupné z: <<http://aids.alms.cz/cz/aids-fakta-109.php>>.
22. JANÍKOVÁ, B., DANĚČKOVÁ T. *Prevence a adiktologie pro odborníky pracující v ústavní výchově a preventivně výchovné péči*. 1. vyd. Praha: Centrum adiktologie PK 1. LF a VFN, 2007. 89 s. ISBN 978-80-239-9961-7
23. JANÍKOVÁ, B., PISKÁČKOVÁ, P. *Úvod do adiktologie. Učební podklady ke kurzu*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 2007. 59 s. ISBN 978-80-239-9960-0

24. JANKOVSKÝ, J. et al. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v ČB, 2005. 103 s. ISBN 80-7040-826-X
25. KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti I, mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2007. ISBN 80-86734-05-6
26. KALINA, K. Léčba drogové závislých. In: *Drogy ze všech stran II*. Praha: FILIA, 2000. 103 s.
27. KALINA, K. et al. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. 1. vyd. Praha: Filia Nova, 2001. ISBN 80-238-8014-4
28. KALINA, K. *Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 394 s. ISBN 978-80-247-2449-2
29. KALINA, K. et al. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 392 s. ISBN 978-80-247-1411-0
30. *Kdy a kde testujeme*. [online]. Praha: ČSAP. [2011-01-14]. Dostupné z: <http://www.aids-pomoc.cz/ns_testy.htm>.
31. KORCINOVÁ, M., FÜLEOVÁ, A.. *Výroční zpráva. Incidence a prevalence léčených uživatelů drog*. 1. vyd. Praha: Krajská hygienická stanice Středočeského kraje se sídlem v Praze, 2010. 4 s.
32. KOZLOVÁ, L., KUBELOVÁ, V. *Jak psát bakalářskou a diplomovou práci*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2009. 56 s. ISBN 978-80-7394-112-3
33. LINES, R. et al. *Výměna jehel ve věznicích. Poznatky z komplexního přehledu mezinárodních údajů a zkušeností*. 1.vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2006. 112 s. ISBN: 80-86734-79-X
34. MAHROVÁ, G. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 168 s. ISBN 80-2472-138-4
35. MAREŠOVÁ, M. *Zpráva o výskytu a šíření HIV/AIDS*. [online]. Praha: Státní zdravotní ústav, 2011. 28.2.2011. [2011-03-26]. Dostupné z: <<http://www.szu.cz/tema/prevence/zprava-o-vyskytu-a-sireni-hiv-aids-za-rok-2011>>.

36. MASÁR, J., NOVOTNÝ, J. *Vybrané kapitoly z problematiky starostlivosti o toxikomanov*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, ZSF, 2004. 51 s. ISBN 80-7040-702-6
37. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 287 s. ISBN 80-7178-549-0
38. MATOUŠEK, O. et al. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 352 s. ISBN 80-7367-002-X
39. METZGER, D., NAVALINE, H. HIV Prevention Among Injection Drug Users: the Need for Integrated Models. *Journal of Urban Health*. [online]. 2003, Vol. 80, No. 4, Supplement 3. [2011-02-15]. Dostupné z: <<http://search.proquest.com/docview/821815405/13035EBFA572AE3C4F5/1?accountid=9646>>.
40. MILLER, W. R., ROLLNICK, S. *Motivační rozhovory : příprava lidí ke změně závislého chování*. 1. vyd. Tišnov : Sdružení SCAN, 2004. 311 s. ISBN 8086620093.
41. MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
42. MOJŽIŠOVÁ, A., KAŠOVÁ, K. *Dopady HIV/AIDS v zemích jižní Afriky*. 1. vyd. Praha: Triton, 2004. 89 s. ISBN 80-7254-566-3
43. *Motivační práce v předléčebném poradenství*. [online]. 28.7.2006 [2011-07-26]. Dostupné z: <<http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/71/664/Motivacni-prace-v-predlecebne-m-poradenstvi>>.
44. MRAVČÍK, V. et al. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v roce 2008*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2009. ISBN 978-80-87041-99-4 123 s.
45. MRAVČÍK, V., NEČAS, V. Testování infekčních chorob jako součást prevence a snižování rizika infekcí mezi injekčními uživateli drog v ČR. *Adiktologie*, 2010, 2, 84-90. ISSN 1213-3841

46. MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada, 2005. 153 s. ISBN 80-247-1024-2
47. NAVRÁTIL, L. et al. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 424 s. ISBN 978-80-247-2319-8
48. *Národní strategie protidrogové politiky na období 2010-2018*. [online]. [2011-03-13]. Dostupné z: <http://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/dokumenty/akcni-plan/Akcni-plan-realizace-Narodni-strategie-protidrogove-politiky-na-obdobi-2010_2012.pdf>.
49. NEARING, K.A. *Changing HIV antibody testing technology and prevention policy: Examining the implications for stemming transmission among populations at greatest risk*. ProQuest, 2009. 196 s. ISBN 11-091-8849-8. Dostupné z: <<http://search.proquest.com/docview/305104425/13035E863C56E9E423B/1?accountid=9646>>.
50. NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE. *Infekční oddělení*. [online]. [2011-06-03]. Dostupné z: <<http://www.nemcb.cz/cz/department/44/Infekcni-oddeleni.html?detail=detail&id=33>>.
51. NEŠPOR, K., PROVAZNKOVÁ, H. *Slovník prevence problémů působených návykovými látkami*. 3. rozš.vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 1999. 54 s. ISBN 80-7071-123-X
52. OS PREVENT. *Úvod*. [online]. [2011-06-03]. Dostupné z: <<http://www.os-prevent.cz/>>.
53. PODSTATOVÁ, H. *Základy epidemiologie a hygieny*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 158 s. ISBN 978-80-7262-597-0
54. PROČKE, M. *Diagnostika AIDS*. [online]. [2011-03-13]. Dostupné z: <medikovo.misto.cz/_MAIL_/mater/mikrobio/hiv-test.doc>.
55. PROVAZNÍK, K. *Manuál prevence v lékařské praxi, souborné vydání*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova. 736 s. ISBN 80-7168-942-4

56. RADIMECKÝ, J. et al. *Trendy na drogové scéně v ČR – Ohniskové skupiny s pracovníky nízkoprahových programů*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2009. 63 s.[2011-02-14] Dostupné z:<http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/e_publikace/trendy_na_drogove_scene_v_cr_ohniskove_skupiny_s_pracovniky_nizkoprahovych_programu>.
57. REICHEL, J. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 2009. 184 s. ISBN 978-80-247-3006-6.
58. RIESS, T. et al. Motives for HIV testing among drug users: An analysis of gender differences. *AIDS Education and prevention*. [online]. 2001, 13.6, 509, 23 [2011-02-15]. ISSN 08999546 Dostupné z: <<http://search.proquest.com/docview/198017307/13035E51BD14877E686/1?accountid=9646>>.
59. ROZKOŠ BEZ RIZIKA, o.s.. *Co děláme*. [online]. [2011-05-6]. Dostupné z: <<http://www.rozkosbezrizika.cz/cz/kdo-jsme/>>.
60. SCHINDLER, J. *Mikrobiologie pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3170-4
61. *Sociální služby a služby pro uživatele drog*. [online]. [2011-07-26]. Praha: Úřad vlády, NMS. 24.8.2009 Dostupné z: <http://www.drogy-info.cz/index.php/pomoc_a_podpora/socialni_sluzby/socialni_sluzby_a_sluzby_pro_uzivatele_drog>.
62. *Současná drogová scéna a užívání drog v populaci*. [online]. Praha: MV ČR [2011-05-03]. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/souteze/2006/sod/navykove/2_scena.pdf>.
63. *Společné stanovisko MZ ČR, SZÚ – NRL AIDS a SIL ČLS JEP k testování HIV protilátek*. [online]. Praha: MZ ČR, 16.6.2011. [2011-07-27]. Dostupné z:<http://mzcr.cz/dokumenty/spolecne-stanovisko-ministerstva-zdravotnictvi-crstatniho-zdravotniho-ustavu-narodni-referencni-laboratore-pro-aids-a-spolecnosti-infekcniho-lekarstvi-cls-jep-k-testovani-hiv-protilatek_5146_1524_1.html>.

64. *Stanovisko ČSAP k tzv. domácím HIV testům*. [online]. Praha: ČSAP, 8.12.2010. [2011-02-16]. Dostupné z: <<http://www.aids-pomoc.cz/>>.
65. *Stanovisko WHO a UNAIDS k HIV poradenství a testování*. [online]. Praha: Národní program boje proti AIDS v České republice. [2011-02-16]. Dostupné z: <<http://www.aids-hiv.cz/dokumenty04.html>>.
66. *Statistiky I/2011*. [online]. Praha: ČSAP, [2011-02-17]. Dostupné z: <http://www.aids-pomoc.cz/info_statistiky.htm#svet>.
67. STEHLÍKOVÁ, D., STUPKA, J. *Ročenka Národního programu HIV/AIDS v České republice 2009-2010*. [online]. Praha: SZÚ, 2010. 175 s. [2011-06-07]. ISBN 978-80-7071-318-1. Dostupné z: <http://www.aids-hiv.cz/aktuality_files/rocenka_HIV-AIDS_2009-2010.pdf>.
68. STRAUSS, A., CORBINOVÁ, J. *Základy kvalitativního výzkumu*. Boskovice: Albert, 1999. 196 s. ISBN 80-85834-60-X.
69. STUDNIČKOVÁ, B., PETRÁŠOVÁ, B. *Výroční zpráva ČR – 2010. Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog*. [online]. 1. vyd. Praha: Hygienická stanice hl.m.Prahy, 2010. 206 s. [2011-02-16]. ISBN 978-80-254-9321-2. Dostupné z: <<http://www.hygpaha.cz/odbory.php?o=Ng==&ksum=NQ==>>.
70. *Testování na HIV protilátky*. [online]. 21.08.2005 [2011-02-16]. Dostupné z: <<http://www.004.cz/testovani-na-hiv-protilatky>>.
71. *Trends*. [online]. 26.10.2006 [2011-02-15]. Dostupné z: <<http://www.cdc.gov/hiv/topics/testing/trends.htm>>.
72. VERSTER, A. – BUNNING, E. *Buprenorfin – rozbor kritických otázek*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2007. 52 s. ISBN 978-80-87041-11-6
73. VERSTER, A., BUNNING, E. *Informace pro tvůrce drogové politiky o účinnosti substituční léčby závislosti na opiátech*. 2. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2004. ISBN 80-86734-32-3

74. VÍT, M. *Věstník MZ ČR 8/2003*. [online]. Praha: MZ ČR, 2003. [2011-02-16]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/vestnik_1892_1039_3.html>.
75. Vyhláška MZ ČR č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. [online]. [cit. 2011-2-7]. Dostupné z: <<http://www.tigeragency.cz/dokumenty-ke-stazeni.php>>.
76. Vyhláška MZ ČR č. 440/2000 Sb., kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče. [online]. [cit. 2011-2-7]. Dostupné z: <<http://www.tzb-info.cz/pravni-predpisy/vyhlaska-c-195-2005-sb-ktou-se-upravuji-podminky-predchazeni-vzniku-a-sireni-infekcnich-onemocneni-a-hygienicke-pozadavky-na-provoz-zdravotnickych-zarizeni-a-ustavu-socialni-pece>>.
77. *Výkladový ošetřovatelský slovník*. Praha: Grada, 2007. 568 s. ISBN 978-80-247-2240-5
78. WEISS, P. et al. *Sexuologie*. Praha: Grada, 2010. ISBN 80-247-2492-8
79. Zákon č. 20/1966 Sb., ze dne 17. března 1966, o péči a zdraví lidu. [online]. [cit. 2011-1-21]. Dostupné z: <<http://www.helcom.cz/download/integrace/099pece.pdf>>.
80. Zákon č. 96/2004 Sb, o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povolání), jak vyplývá z pozdějších změn. [online]. [cit. 2011-1-21]. Dostupné z: <http://www.nconzo.cz/c/document_library/get_file?uuid=5c415a6d-262a-41d8-a20d-4ccd023be11a&groupId=11063>.
81. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. [online]. [cit. 2011-4-4]. Dostupné z: <https://sluzbyprevence.mpsv.cz/dok/zakon-108_2006.pdf>.
82. Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů. [online]. [cit. 2011-3-10]. Dostupné z:

<<http://www.tzb-info.cz/pravni-predpisy/zakon-c-258-2000-sb-o-ochrane-verejneho-zdravi-a-o-zmene-nekterych-souvisejicich-zakonu>>.

9. Přílohy

Příloha č.1 – Podklad pro rozhovor s injekčními uživateli drog

Základní identifikační údaje:

žena x muž Věk:

Bydliště:

město:

forma: u rodičů – squat – úřední adresa – bez přístřeší – byt – dům – sám – s přáteli

věk, kdy se odstěhoval/a od rodičů:

Vzdělání: základní – střední odborné – střední odborné s maturitou – gymnázium – VOŠ- VŠ

Ekon. aktivita: brigády – hlavní / vedlejší pracovní poměr – DPP – DPČ – legálně x nelegálně – žádná

Forma obživy (prostředků pro získání drogy): krádeže - prostituce

Rodina: stýká / nestýká se

s kým: matka – otec- sourozenci – prarodiče

jak často:

Ví o někom z rodiny, kdo měl nebo má problémy se závislostmi? Ano x ne

Kdo?

Co?

Výkon trestu:

Obecně prospěšné práce:

Pobyt v léčebně: dobrovolně x nařízena soudem

Kde:

Kdy:

Jak dlouho:

DROGOVÁ ANAMNÉZA:

Co	Kdy	Jak	Proč	Jak dlouho	Nyní?
----	-----	-----	------	------------	-------

Alkohol					
Cigarety					
Marihuana					

Substituce:

Je v substitučním programu?

Metadon- buprenorfin (Subutex – Subuxon)

Sdílení injekčních stříkaček/jehel : ano x ne

Kdy:

S kým?

Byl klient od té doby, co se to stalo naposledy na testování proti VHC? ano x ne.

Byl klient od té doby, co se to stalo naposledy na testování proti HIV? ano x ne.

Nechráněný pohlavní styk: ano x ne

Kdy:

S kým?

Byl klient od té doby, co se to stalo naposledy na testování proti VHC? ano x ne.

Byl klient od té doby, co se to stalo naposledy na testování proti HIV? ano x ne.

TESTY - VHC, VHB

Kolikrát?

Výsledek: + -

Kdy:

Kde:

Jak se klient o možnosti testování proti VH dozvěděl? Kdo Ti o tom řekl? (leták - doporučení od kamaráda – pracovník k-centra – lékař – rodinný příslušník- jiná možnost:

.....

Co přimělo klienta k tomu, že se nechal testovat? (nástup do léčebny - nástup do výkonu trestu - zájem o vlastní zdraví - jiná možnost:

.....
Měl klient z něčeho strach?

Z čeho?.....

Informace o AIDS:

Zajímá klienta problematika? Ano x ne. Proč?

Ví, jak se onemocnění „projevuje“?

Ví, jak se onemocnění přenáší?

Proč si myslí, že je dobré se nechat testovat? (včasná léčba - zamezení dalšího přenosu – jiné:

Testování HIV

Pokud klient byl testován:

Kolikrát:

Kde:

Kdy:

S jakým výsledkem?

Od koho se o testování dozvěděl/a?

Proč se nechal testovat?

Měl z něčeho strach? (z průběhu testu - z výsledku- jiné:.....)

Pokud od testování uběhl delší čas, šel by klient znovu?

Ví, kde všude má možnost absolvovat testy HIV?

Pokud by se chtěl nechat znovu testovat, kam by šel?

Pokud klient nebyl testován:

Proč nebyl?

Měl by z něčeho strach?

Měl někdy možnost?

Zajímá ho, zda je HIV pozitivní?

Pokud by se chtěl jít nechat testovat, ví kam?

Pokud neví, kde se testování provádí a chtěl by se nechat otestovat, na koho by se obrátil?

Příloha č.2 – Otázky pro zaměstnance oslovených organizací

Testujete v současné době na HIV?

Kdo u vás testy provádí (odborná kvalifikace)?

Jaké testy používáte (název)?

Kam odesíláte pacienty ke konfirmačnímu vyšetření?

Máte ke konfirmačnímu vyšetření nasmlouvané nějaké zařízení?

Máte pro používání testů/testování souhlas Krajské hygienické stanice?