



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Katedra veřejného a sociálního zdravotnictví

Diplomová práce

Míra vyšetření uživatelů drog

Vypracoval: Bc. Marie Vávrová

Vedoucí práce: doc. MUDr. Kvetoslava Kotrbová, Ph.D.

České Budějovice 2015

Abstrakt

Diplomová práce se zabývá problematikou vyšetření uživatelů drog na infekční choroby. Je zde zpracována problematika testování uživatelů návykových látek v nízkoprahových centrech.

Nízkoprahová zařízení pro uživatele drog působí v oblasti sekundární a terciární prevence. Jedná se o zařízení tzv. prvního kontaktu s klientem. Včasné vyhledávání infikovaných osob je mimořádně významné i z hlediska ochrany běžné (nerizikové) populace. Práce je rozdělena na 2 základní části, teoretickou a praktickou část.

Teoretickou část tvoří v první řadě aktuální informace o drogové scéně v ČR, je zde popsáno vymezení drogové závislosti. Dále je v práci pojednáno o zdravotních důsledcích, které se týkají užívání drog, převážně pokud jde o injekční aplikaci drogy a sdílení injekčního materiálu. Jsou zde popsána jednotlivá onemocnění HIV, VHB, VHC a syfilis, jejich způsob přenosu, klinický průběh, diagnostika, léčba a možnosti prevence, protidrogová politika ČR, podmínky testování výše uvedených onemocnění v nízkoprahových centrech a legislativní rámec testování v těchto zařízeních.

Praktická část práce je rozdělena na několik dílčích výzkumů.

Kvantitativní výzkum zaměřený na nízkoprahová centra, kde je zjišťováno, využívání možnosti testování na onemocnění HIV, VHB, VHC a syfilis za rok 2014. Jakým způsobem testování probíhá – kde je testování prováděno a kdo ho provádí. Výzkumná data byla získávána pomocí vlastního dotazníku určeného nízkoprahovým centrům v ČR. Dle Výroční zprávy drogové epidemiologie za rok 2014 je v ČR 76 nízkoprahových center. Celkem bylo sebráno 32 dotazníků. Dotazník tvořilo 32 otázek. Uzavřené otázky byly použity pro zjišťování typu zařízení, zda zařízení testují na vybraná onemocnění HIV, VHB, VHC a syfilis, jaký typ testů používají, kdo testování provádí a na jakém místě kde se testování provádí.

Kvalitativní výzkumu tvoří 18 rozhovorů vedených s uživateli návykových látek z Kontaktního centra Český Krumlov, který v rámci terénního programu pracuje v lokalitách Český Krumlov, Větřní, Kaplice, Horní Planá, Loučovice, Frymburk, Vyšší Brod a v příhraničních lokalitách, jako Horní a Dolní Dvořiště a Studánky, ve kterých je problematika návykových látek výrazná. Pro sběr dat byl použit polostrukturovaný rozhovor, který byl anonymní. Rozhovor tvořily 4 okruhy:

- identifikační údaje: věk, pohlaví, bydlení, vzdělání a ekonomická aktivita
- drogová anamnéza: první užití drogy, druh užívané drogy, nitrožilní užívání, sdílení injekční stříkačky
- testování: zda byl uživatel na testech, kdy naposled, jak často, z jakého důvodu
- informovanost: znalost rizik, které souvisí s nitrožilním užíváním a sdílením injekční jehly.

K tomuto výzkumu je připojeno 30 dotazníků získaných od respondentů Kontaktního centra Prevent v Českých Budějovicích. Pro sběr dat byl použit anonymní dotazník, tvořený 3 základními okruhy. Byla zjišťována základní drogová anamnéza a identifikační údaje (užívané návykové látky, sdílení nesterilních jehel, věk, pohlaví, místo pobytu, vzdělání), informace o testování na infekční onemocnění (HIV, VHB, VHC, syfilis) a informace o znalostech týkajících se zdravotních rizik. Výzkumná část diplomové práce byla realizována od března do června 2015.

V práci je stanoveno 6 cílů. První 3 cíle se zabývají zmapováním protestovanosti VHB, VHC a HIV u uživatelů drog v nízkoprahových centrech za rok 2014. Účelem mého čtvrtého cíle je zjistit, jakým způsobem testování v nízkoprahových centrech probíhá. Pátým cílem zjišťuji, zda mají uživatelé drog zájem o testování VHB, VHC a HIV. Mým šestým cílem je zjistit, zda byli uživatelé drog testováni za rok 2014.

Po zpracování výsledků jsem stanovila následující hypotézy, které z výzkumu vyplynuly.

H:1 Uživatelé drog se zajímají o svůj zdravotní stav

H2: Uživatelé drog znají rizika, která plynou z těchto nemocí.

H3: Testování v nízkoprahových centrech není uživateli dostatečně využíváno.

Výzkumné šetření ukázalo, že uživatelé drog mají dostatečné informace o rizicích, která souvisí s injekční aplikací drog a sdílením injekčního materiálu, přesto je protestovanost poměrně nízká.

Závěrem práce lze říci, že uživatele návykových látek je třeba neustále informovat o důležitosti provádět testování pravidelně, nejlépe 2x za rok. Pro navýšení počtu testovaných by bylo vhodné přizpůsobit testování potřebám uživatelů, možnost provádět více testů v terénních službách. Řešením by také byla místní návaznost zdravotnických zařízení s kontaktními centry.

Stanovené cíle byly na základě získaných dat splněny. Diplomová práce může sloužit jako informační zdroj pro pracovníky nízkoprahových center. Dále by mohla být přínosem pro další provedení výzkumu v jiném kraji ČR a následném srovnání získaných výsledků a být inspirací pro tvorbu strategie protidrogové politiky.

Abstract

This diploma thesis is focused on testing drug users. Specifically, this thesis is concerned with testing drug users in low-threshold centres.

These low-threshold centres for drug users operate in the area of secondary and tertiary prevention. These facilities provide the so-called first contact with the client. Early identification of infected people is extremely important also on account of protecting general (non-hazardous) population. The thesis is divided into two parts – theoretical and practical.

Primarily, the theoretical part consists of up-to-date information on drug scene in the Czech Republic. Next, it also provides the definition of drug addiction. The thesis also discusses health consequences that are caused by drug use, mainly due to drug injection and sharing injecting equipment. Furthermore, it describes individual diseases such as HIV, HBV, HCV and syphilis, their mode of transmission, clinical course, diagnosis, treatment and possible prevention, drug policy of the Czech Republic, the conditions for testing the above-mentioned diseases in low-threshold centres and the legal framework for testing at these facilities.

The practical part is divided into several research studies.

The qualitative research is aimed at low-threshold centres. In this part, I am trying to determine the number of HIV, HBV and HCV tests performed in 2014. Next, the purpose of this section is also to define where the testing takes place and who is tested. The research data were obtained using a questionnaire distributed to the low-threshold centres in the Czech Republic. According to the Annual Report on Drug Epidemiology from 2014, there are 76 low-threshold centres in the Czech Republic. Data were gathered from 25 cities, a total of 32 questionnaires were collected. The questionnaire consisted of 32 questions. Close-ended questions were used to detect the type of facility, whether the facility carries out tests for the chosen types of diseases (HIV, HBV, HCV and syphilis), what type of test is used, who performs the testing and where the testing is carried out. Open-ended questions were used to determine the number of people tested.

The qualitative research consists of 18 interviews with drug users from the Contact Centre Český Krumlov. Thanks to its field program, this centre operates in Český Krumlov, Větřní, Kaplice, Horní Planá, Loučovice, Frymburk, Vyšší Brod and in border regions such as

Horní and Dolní Dvořiště or Studánky where the drug abuse is very problematic. The data were collected using a semi-structured anonymous interview. The interview consisted of 4 areas:

- Data for identification purposes: age, sex, housing, education and economic activity.
- Drug history: when the drugs were used for the first time, the type of drug used, injecting, sharing syringes.
- Testing: has the user been tested; when, how often and why the testing took place.
- Awareness: awareness of the risks associated with intravenous drug use and sharing needles.

30 questionnaires received from the respondents at the Prevent Contact Centre in České Budějovice can be found in the Appendix. The data were collected using an anonymous questionnaire which consisted of three basic areas. The collected data included drug history and identification information (types of drugs used, sharing unsterile needles, age, sex, place of residence, education), information about testing for infectious diseases (HIV, HBV, HCV, syphilis) and knowledge of health risks. The research part of the diploma thesis was conducted from March to June 2015.

The thesis states 6 goals. The first 3 goals deal with mapping of HBV, HCV and HIV testing among drug users at low-threshold centres in 2014. The purpose of the fourth goal is to determine how the testing is carried out in low-threshold centres. The fifth goal attempts to establish whether drug users are interested in HBV, HCV and HIV testing. Finally, the sixth goal determines whether drug users were tested in 2014.

After processing the results I established the following hypotheses which resulted from the research.

H1: Drug users are interested in their health.

H2: Drug users are aware of risks that result from these diseases.

H3: The possibility of testing at low-threshold centres is not chosen very often by drug users.

The research showed that drug users have adequate information about the risks that are associated with drug injection and injecting equipment sharing, but the average amount of performed tests is relatively low.

To sum up, drug users need to be constantly informed about the importance of regular testing (which should be carried out preferably at least twice a year). In order to increase the number of tested people, it would be advisable to adapt the testing to the users' needs and also to perform more tests within field programs. It would also be helpful to link health facilities to contact centres locally.

Based on the gathered data, the set goals were met. The diploma thesis can serve as an information source for employees of the low-threshold centres. Moreover, it could also help to conduct further research in other regions of the Czech Republic and subsequently to compare the obtained results.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracoval (a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – 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. Souhlasím dále s tím, aby toutéž 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 dne (datum)

.....

Bc. Marie Vávrová

Poděkování

Chtěla bych poděkovat vedoucí diplomové práce, doc. MUDr. Kvetoslavě Kotrbové, Ph.D., za odborné vedení a cenné rady při zpracování diplomové práce. Dále děkuji respondentům za ochotu při zodpovídání otázek a vedoucím kontaktního centra Český Krumlov Mgr. Danielu Jambrikovičovi a kontaktního centra Prevent v Českých Budějovicích Ing. et Bc. Janu Šnokhousovi za spolupráci při sběru dat a komunikaci s klienty nízkoprahových zařízení.

Obsah

Seznam použitých zkratek.....	12
Úvod.....	13
1 Současná situace	14
1.1 Drogová situace v České republice před rokem 1989	14
1.2 Drogová situace v České republice po roce 1989	14
1.3 Drogový informační systém	15
1.4 Charakteristika uživatelů drog.....	16
1.5 Intoxikace	19
1.6 Výskyt infekčních chorob u uživatelů drog.....	20
1.7 Systém péče o drogově závislé.....	22
1.8 Protidrogová politika ČR.....	24
1.8.1 Národní strategie protidrogové politiky pro období 2010-2018	25
1.9 Drogová závislost.....	26
1.9.1 Psychická závislost.....	27
1.9.2 Fyzická závislost.....	27
1.10 Zdravotní následky užívání drog.....	27
1.10.1 Virové hepatitidy	28
1.10.1.1 Virová hepatitida B	29
1.10.1.2 Virová hepatitida C	31
1.10.1.3 Výskyt hepatitid u uživatelů drog	33
1.10.2 HIV/AIDS.....	33
1.10.3 Syfilis.....	38
1.11 Harm reduction.....	40
1.11.1 Nízkoprahový přístup	41
1.11.2 Nízkoprahová zařízení pro uživatele drog.....	41
1.11.3 Testování infekčních nemocí v nízkoprahových centrech.....	43
1.11.4 Legislativa.....	43
1.11.5 Poradenství	45

2	Cíle práce a výzkumné otázky	47
2.1	Cíle práce.....	47
2.2	Výzkumné otázky.....	47
3	Metodika.....	48
3.1	Použité metody sběru dat	48
3.2	Charakteristika výzkumného souboru	49
4	Výsledky.....	50
4.1	Základní informace o respondentech	50
4.2	Základní informace o respondentech v grafické podobě.....	56
4.2.1	Informace o testování respondentů.....	65
4.2.2	Informace o znalostech problematiky onemocnění	67
4.3	Výsledky z dotazníkového šetření určeného nízkoprahovým centrům	68
5	Diskuze	77
6	Závěr.....	86
7	Použitá literatura.....	88

Seznam použitých zkratk

WHO – Světová zdravotnická organizace

SZÚ – Státní zdravotní ústav

ČR – Česká republika

EU – Evropská unie

HIV – Human Immunodeficiency Virus

AIDS – Acquired Immune Deficiency Syndrome

VHB – Virová hepatitida B

VHC – Virová hepatitida C

TBC – Tuberkulóza

CNS – Centrální nervová soustava

EMCDDA – Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti

Úvod

V diplomové práci je zpracována problematika testování uživatelů návykových látek v nízkoprahových centrech. Nízkoprahová zařízení pro uživatele drog působí v oblasti sekundární a terciární prevence. Jedná se o zařízení tzv. prvního kontaktu s klientem. Včasné vyhledávání infikovaných osob je mimořádně významné i z hlediska ochrany běžné (nerizikové) populace.

Dále je řešena problematika testování z pohledu injekčních uživatelů návykových látek. Mezi závažné zdravotní následky injekční aplikace drog a sdílením injekčního materiálu patří HIV a virové hepatitidy B a C.

Virové hepatitidy B a C patří mezi velmi závažná onemocnění, pro která je typický parenterální typ přenosu, jsou tedy obávaná u nitrožilních uživatelů drog. Průběh onemocnění je mírný, často ale přechází do chronického průběhu, který může vyústit v cirhózu jater, karcinom a pacienta později usmrtit.

HIV je nevyhléditelné onemocnění končící vždy smrtí, pro které je typická velmi dlouhá doba latence, je tedy velmi nebezpečné z hlediska nakažení okolní populace.

Ve výzkumné části diplomové práce se zajímám především o průběh testování HIV, VHB a VHC v nízkoprahových centrech a o zjištění míry testování za rok 2014 na tato onemocnění. Od uživatelů návykových látek zjišťuji, zda mají zájem o testování a jestli byli testováni za rok 2014. Zajímám se také, do jaké míry mají uživatelé drog znalosti o rizicích, která souvisí s injekčním užíváním drog a především se sdílením infekčního materiálu.

1 Současná situace

1.1 Drogová situace v České republice před rokem 1989

Návykové látky byly užívány v našich zemích od nepaměti. Neolitickými kmeny byly užívány přírodní látky na bázi opiátů. První lékařsky zaznamenané zneužívání návykových látek pro účely navození psychotropních účinků se objevuje v 19. stol., na konci tohoto století se objevuje zneužívání morfinu, který byl předepisován lékaři pro tlášení bolesti. Po skončení první světové války docházelo v Evropě k abúzu kokainu. V Českých zemích byl užíván především umělci, filmovými herci. V komunistickém Československu bylo užívání drog tabuizováno. Uživatelé byli soustředěni v malých skupinách, kde některý člen uměl drogu ze získaných surovin připravit. Z léků byl připravován pervitin (metanfetamin) a brown (hydrocodon).

Léčení uživatelů probíhalo v psychiatrických léčebnách na protialkoholním a protitoxikomanickým oddělení, spíše nucenou formou pod státním vedením, neexistovaly občanské nestátní organizace. Díky tabuizaci se užívání drog nedostalo do povědomí tehdejší společnosti. Chyběly tedy znalosti a mechanismy, jak užívání drog přijmout, reagovat na ně, jak ho analyzovat a monitorovat. (1, 2)

1.2 Drogová situace v České republice po roce 1989

Se změnami po roce 1989 přišlo i odtabuizování mnoha témat. Tehdejší společnost neměla dostatečné informace o drogách, závislosti na nich a rizicích spojených s nimi. S otevřenými hranicemi začaly do ČR pronikat tehdy neznámé drogy, jako heroin, LSD, hašiš, kokain. Tehdejší prostředí výrobců drog se stalo základem pro černý trh s návykovými látkami. V tomto období prošla česká drogová scéna velmi prudkým vývojem. Došlo k náhlému a prudkému vyrovnání se západní Evropou. Počty uživatelů a

závislých narostly do 5 let o 400%, to znamená 20 000 evidovaných a dalších 150 000 mimo evidenci. V roce 1993 byla zřízena Meziresortní protidrogová komise, její prvním výstupem byla Koncepce a program drogové politiky.(1, 2)

1.3 Drogový informační systém

V rámci drogového informačního systému jsou prováděny výzkumy a monitorování Národním monitorovacím střediskem pro drogy a drogové závislosti. Sběr dat je zajištěn prostřednictvím hygienické služby. Nástrojem pro plánování a koordinaci je Národní akční plán drogového informačního systému.

Aktivity, na které je drogový informační systém zaměřen, jsou sběr dat, analýza, syntéza a interpretace informací. Konceptně a metodicky je systém v souladu s Evropským drogovým informačním systémem EMCDDA, v kterém tvoří základní metodologii systém pěti klíčových indikátorů. V drogovém informačním systému ČR není omezení pouze na pět klíčových bodů, nejvýznamnější datové zdroje jsou uvedené v Informační mapě datových zdrojů. Prostřednictvím drogového informačního systému každoročně vychází Výroční zpráva drogové epidemiologie, týkající se incidence, prevalence, zdravotních dopadů a trendů léčených uživatelů drog. Informace jsou získávány od uživatelů, kteří prvně v životě požádali o léčebnou, poradenskou nebo sociální službu v léčebně, kontaktních centrech a od uživatelů, kteří jsou v dlouhodobém, nebo opakovaném léčení. (3)

1.4 Charakteristika uživatelů drog

Užívání drog národnostními menšinami v České republice

Migrací uživatelů drog se zabývá projekt AC COMPANY. Tato skupina uživatelů je nazývána mobilní uživatelé drog, které lze rozdělit podle národností. Významnou skupinou jsou rusky mluvící uživatelé. Do České republiky jezdí za sezónními pracemi, nebo jsou zapojeni do trestné činnosti organizovaného zločinu, prodeje drog apod. Další významnou skupinu migrantů tvoří uživatelé z Vietnamu a Slovenska.

Prevalenci uživatelů drog u migrantů je velmi těžké určit a to z důvodu jejich nelegálního pobytu. Jedná se o skrytou populaci uživatelů drog. Podle studie Séroprevalence krevně přenosných virových infekcí mezi ruskojazyčnými infekčními uživateli na drogové scéně hl. města Prahy, která byla provedena v roce 2008, představují ruskojazyční injekční uživatelé drog významné zdravotní riziko pro přenos HIV a jiných kreví přenosných nemocí. V roce 2007 byl proveden výzkum Mobilní uživatelé drog v Jihomoravském kraji. Upozorňuje na Vietnamskou komunitu, pro kterou je typické kouření heroinu, tento výsledek může poukazovat na možnou souvislost se zapojením do organizovaného zločinu distribuce drog. (4, 5)

Obrázek č. 1: HIV pozitivní cizinci v ČR

HIV POZITIVNÍ CIZINCI V ČR													
PODLE PŮVODU - GEOGRAFICKÉ OBLASTI													
Kumulativní údaje ke dni													
31.10. 2014													
Geografická oblast	Muži	Ženy	Celkem	Způsob přenosu									
				HO	ID	IH	HF	TR	HT	MD	NO	NE	
ZÁPADNÍ EVROPA	43	8	51	7	3	0	0	0	0	6	0	0	35
STŘEDNÍ EVROPA	40	9	49	11	1	0	0	0	12	0	0	1	24
VÝCHODNÍ EVROPA	75	54	129	5	30	0	0	0	0	46	0	0	48
SUBSAHARSKÁ AFRIKA	62	44	106	1	0	0	0	0	0	20	0	0	85
SEVERNÍ AFRIKA A BLÍŽKÝ VÝCHOD	6	0	6	0	1	0	0	0	0	0	0	0	5
JÍŽNÍ A JIHOVÝCHODNÍ ASIE	21	4	25	2	5	0	0	0	0	3	0	0	15
VÝCHODNÍ ASIE A OCEÁNIE	1	1	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
AUSTRÁLIE A NOVÝ ZÉLAND	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SEVERNÍ AMERIKA	17	0	17	6	0	0	0	0	0	2	0	0	9
KARIBSKÁ OBLAST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
JÍŽNÍ AMERIKA	6	0	6	2	0	0	0	0	0	0	0	0	4
CELKEM	271	120	391	34	41	0	0	0	0	89	0	1	226

Způsob přenosu:	
HO	homosexuální / bisexuální
IH	injekční uživatelé drog + homosexuální/bisexuální
TR	příjemci krve a krevních přípravků
MD	z matky na dítě
NE	nejištěný/ jiný
ID	injekční uživatelé drog
HF	hemofilci
HT	heterosexuální
NO	nozokomální

Zdroj: SZÚ

Romové

Prevalenci užívání drog Romů lze velmi špatně určit, protože ve statistikách se neuvádí národnost. V 81 romských komunitách je od roku 2002 realizován Program podpory terénních sociálních pracovníků. Prostřednictvím tohoto programu je zjišťovaná prevalence užívání nelegálních látek. Ze závěrečných zpráv je patrné, že v roce 2002-2003 se vyskytovaly drogy u 70-74% sledovaných komunit. Nejčastěji užívanou drogou byla marihuana, těkavé látky a pervitin. V roce 2004 se nelegální látky vyskytovaly v 70 ze 76 komunit. Výzkumy na toto téma poskytují jen orientační informace, ale lze určit, že v romských komunitách je vysoké procento užívání drog a zvýšený výskyt rizikového chování. (4, 5)

Věkové rozložení uživatelů drog

Věk uživatele návykových látek je důležitým ukazatelem pro charakterizaci drogové scény v ČR.

Incidence

Největší skupinou mezi žadateli o první léčbu jsou uživatelé ve věkové skupině 20-24 let s incidencí 181,9 / 100 000 obyvatel. Druhou největší skupinu tvoří uživatelé ve věkové skupině 15-19 let, kde je incidence 151,9 / 100 000 obyvatel. Věková skupina 25-39 let tvoří třetí nejpočetnější skupinu žadatelů o první léčbu s incidencí 87,7 / 100 000 obyvatel. (6)

Prevalence

Nejpočetnější skupinou mezi všemi léčenými uživateli drog jsou uživatelé ve věkové skupině 20-24 let s prevalencí 321,6 / 100 000 obyvatel. Na druhém místě je skupina 25-39 let, kde je prevalence 224,4 / 100 000 obyvatel. Na třetím místě je věková skupina 15-19 let, kde je prevalence 208,1 / 100 000 obyvatel. (6)

Obrázek č. 2: Věková distribuce uživatelů drog

INCIDENCE (First Treatment Demand) A PREVALENCE uživatelů drog - žadatelů o léčbu ČR - 2013

Věková distribuce uživatelů drog - žadatelů o léčbu – incidence v roce 2013

a) Všichni léčení uživatelé drog

Věková skupina	Muži	Ženy	Poměr mužů a žen	Celkem	Procento	Incidence na 100 000 obyvatel
do 15	35	19	1,8 : 1	54	1,2	3,5
15 - 19	439	336	1,3 : 1	775	16,7	151,9
20 - 24	805	392	2,1 : 1	1201	25,9	181,9
25 - 39	1535	607	2,5 : 1	2158	46,6	87,7
40 a více	255	69	3,7 : 1	324	7,0	6,1
Neznámá	99	22	4,5 : 1	122	2,6	*
Celkem	3168	1445	2,2 : 1	4634*	100	44,1

*) U 21 léčených uživatelů drog není známo pohlaví.

Pozn.: Nejsou započtení gambleři.

Zdroj: Výroční zpráva drogové epidemiologie 2013

Užívání drog mezi ženami a prostitute

Prostituce a užívání drog ženami spolu často velmi souvisí. Jde o případ, kdy si žena na drogy vydělává poskytováním sexuálních služeb. Většinou se jedná o pouliční prostituci, kdy je ohrožena různými druhy násilí a sexuálně přenosnými nemocemi. Časté je také poskytování sexuální služby nejen za peníze, ale i výměnou za drogu, ubytování apod. (5)

Způsob aplikace drogy

Způsob aplikace drogy je velmi důležitým faktorem, především z hlediska přenosu onemocnění HIV a virových hepatitid. U obou pohlaví převažuje injekční aplikace drogy. U žadatelů o první léčbu je to ze 60%, u všech klientů ze 70%. Na druhém místě je u mužů kouření drogy a na třetím čichání. Ženy preferují čichání před kouřením. (6)

1.5 Intoxikace

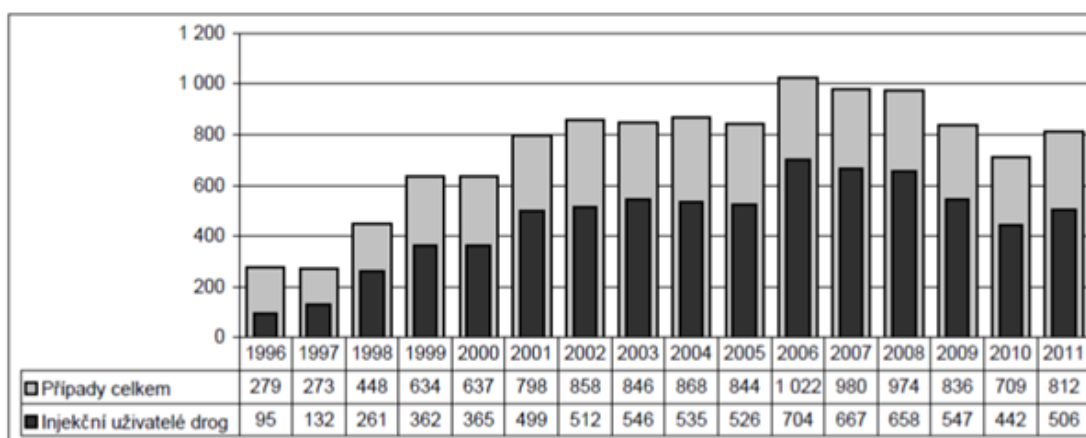
Za rok 2013 bylo hlášeno 1043 případů, kdy šlo o akutní intoxikaci a zdravotní komplikace, které souvisí s užíváním drog. Nejvíce intoxikací se objevilo ve věkové skupině 25-39 let. Nejvíce případů je hlášeno po požití sedativ/hypnotik 33,5%, druhou nejčastější skupinou, kde byly hlášeny zdravotní komplikace, jsou stimulační látky (pervitin) 27,2%. Velmi častá je kombinace více drog najednou, jde o tzv. polydrug use 35,3%. Nejčastěji užívanou drogou v kombinaci je alkohol. Ze sebraných údajů vyplynulo, že v roce 2013 zemřelo v souvislosti s užíváním drog 15 osob. (6)

1.6 Výskyt infekčních chorob u uživatelů drog

Virové hepatitidy

Hepatitidy se dají považovat za indikátor v drogové epidemiologii. Jejich výskyt kopíruje incidenci a prevalenci problémových uživatelů drog. Existuje vysoké riziko pro drogovou populaci, převážně s injekčním užíváním drogy. U virové hepatitidy C výskyt nakažených injekčních uživatelů drog mírně stoupl. Virová hepatitida C představuje velké riziko pro celou populaci. Injekční uživatelé drog představují dvě třetiny nemocných VHC. Prevalence VHC za rok 2012 v nízkoprahových centrech činí 20-30%, v substituční léčbě je to 60-70% a ve věznicích se pohybuje kolem 40-50%. Z údajů za rok 2013 vyplývá, že podíl injekčních uživatelů drog mezi nemocnými VHC je u akutního onemocnění 56% a u chronického 65,8%. Nejvíce postižených je ve věkové skupině 15-39 let.

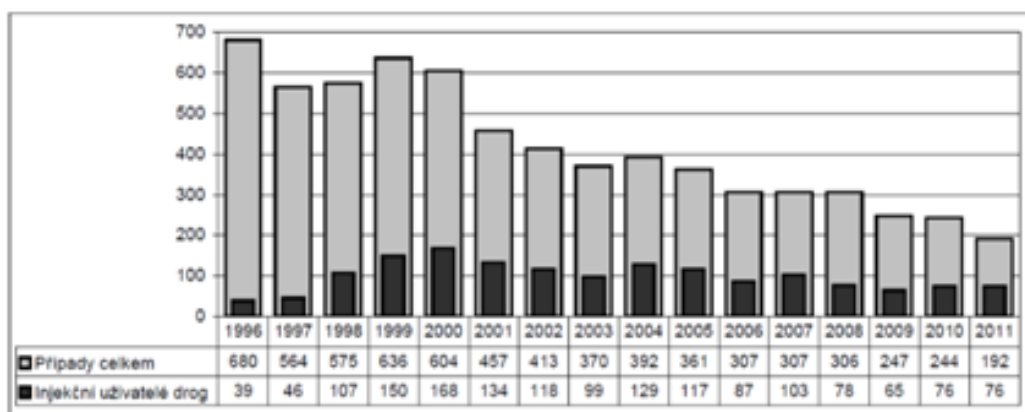
Obrázek č. 3: Hlášená incidence VHC celkem a u injekčních uživatelů drog



Zdroj: národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti 2012

Virová hepatitida B má sestupný trend, pravděpodobně je to dané účinným systémem harm reduction a nastupující generací, která je již očkovaná. V roce 2013 se na akutní VHB podíleli injekční uživatelé drog z 27,1%. Velkým problémem co se týče přenosu a zdroje nákazy jsou komunity. (6)

Obrázek č. 4: Hlášená incidence VHB celkem a u injekčních uživatelů drog

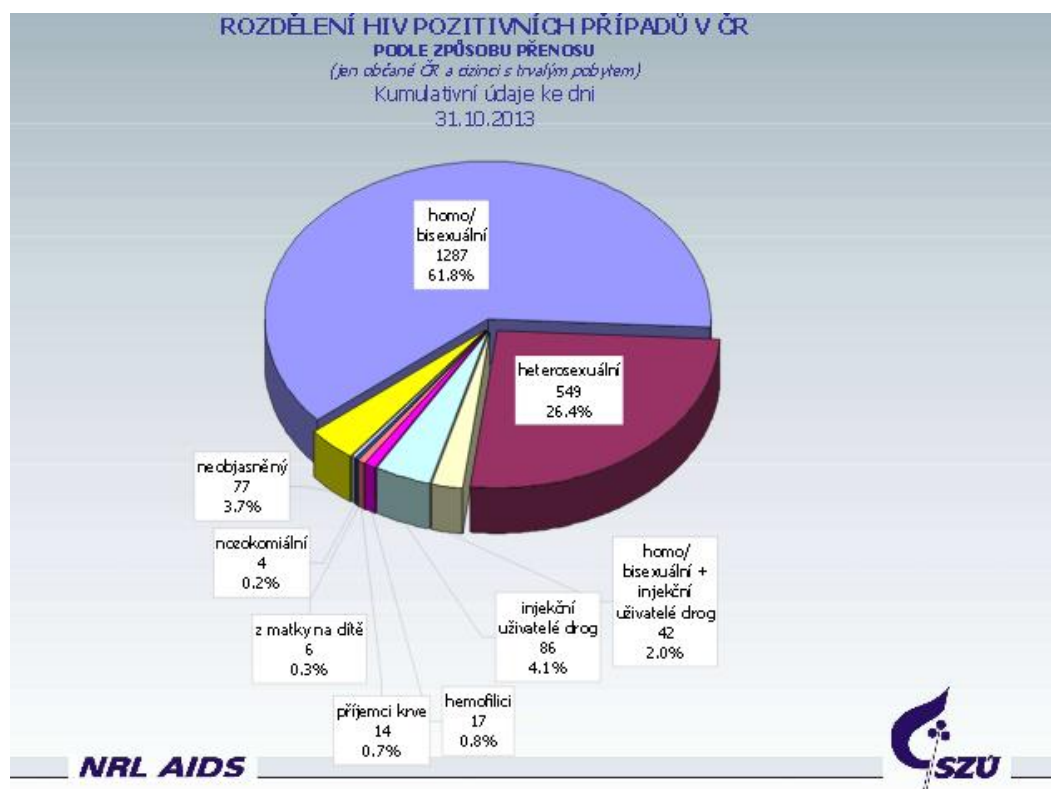


Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti 2012

HIV/AIDS

Zdrojem informací o výskytu HIV/AIDS je Národní referenční laboratoř pro výskyt HIV/AIDS. Z údajů ke dni 31. 12. 2013 vyplývá, že v České republice je evidováno 2 082 HIV pozitivních osob. Počet nových případů je 195, z toho 54 u residentů, a to ze Slovenska, Polska, Ukrajiny a Vietnamu. Z tohoto počtu je 173 mužů a 22 žen. Přenos injekčním užíváním drogy byl zjištěn u 4 mužů a 2 žen. Za prvních 10 měsíců roku 2014 bylo zjištěno 186 případů nově nakažených mužů a 22 případů nově nakažených žen. Z údajů Národní referenční laboratoře pro HIV/AIDS je zřejmé, že přenos pomocí infekčních jehel není tak častý, jako přenos nechráněným pohlavním stykem. Z hlášení L/K center vyplývá, že testování injekčních uživatelů drog na HIV je relativně malé. Z žadatelů o léčbu 65% buďto nebylo testováno vůbec, neví, nebo testování byli, ale nevědí výsledek. (6, 7, 8, 9, 10)

Obrázek č. 5: Rozdělení HIV pozitivních případů v ČR



Zdroj: SZÚ

1.7 Systém péče o drogově závislé

Nabídka testování

Součástí preventivních programů a harm reduction intervencí pro snižování výskytu infekcí u uživatelů drog je testování a včasný záchyt infekcí. Často je testování prováděno přímo v nízkoprahovém zařízení, kde je samozřejmostí i pretestové a posttestové poradenství. Pro rizikové a těžce dosažitelné skupiny jsou doporučovány rychlé testy z kapilární krve, které se provádějí v místě odběru. V roce 2006 byly v důsledku nové legislativy EU staženy z českého trhu rychlé testy na HIV a VHC. V důsledku toho došlo k výpadku rychlých testů na VHC až do roku 2010 a několikaměsíční nedostupnosti rychlých HIV testů. Od roku 2005 je pozorován výrazný úbytek provedených testů u

injekčních uživatelů drog, především na HIV a VHC. Klesá i počet testujících nízkoprahových programů pro uživatele drog. Z hlášení L/K center vyplývá, že testování injekčních uživatelů drog na HIV je ale stále relativně malé. Z žadatelů o léčbu 65% buďto nebylo testováno vůbec, neví, nebo testování byli, ale nevědí výsledek. (6, 11, 12)

Možnosti léčby

Léčba infekční nemoci

V České republice je dostupných 7 AIDS center, které mají regionální působnost. V roce 2012 bylo aktivních 38 center pro léčbu hepatitid. V nich bylo léčeno celkem 745 pacientů, kteří jsou, nebo v minulosti byli injekčními uživateli drog. Jde o 64% ze všech pacientů. (13)

Léčba závislosti

Klienti mohou žádat o několik typů léčeb. Mohou využít nízkoprahových center, které tvořily v roce 2013 57,4% celkového počtu. V nízkoprahových centrech převládají uživatelé pervitinu, dále kanabinoidů. Ambulantní služby, které tvořily v roce 2013 podíl 21,1%, v tomto typu zařízení také převládají uživatelé pervitinu, následují kanabinoidy a heroin. Třetím typem je lůžková péče, kde bylo v roce 2013 hlášeno 23,7% ze všech léčených klientů. V tomto typu zařízení převládají uživatelé pervitinu, následují pak kanabinoidy a heroin. (6, 13)

Harm reduction

Z údajů, které jsou dostupné, lze říci, že sdílení jehel mezi injekčními uživateli drog se snižuje. Svůj velký podíl na tom mají výměnné programy, které v roce 2012 nabízelo 103 nízkoprahových center. Za rok 2013 bylo vydáno výměnným programem 6 224 000 jehel. (6)

Obrázek č. 7: Přehled vydaných setů v ČR v rámci výměnného programu

Přehled vydaných setů v ČR v rámci výměnného programu v letech 1998 - 2013

	L/K centra - počet kusů	Terénní programy - počet kusů	Celkem - počet kusů
1998	490 000	*	490 000
1999	850 000	*	850 000
2000	1 150 000	*	1 150 000
2001	1 180 000	*	1 180 000
2002	910 000	500 000	1 410 000
2003	1 230 000	430 000	1 670 000
2004	1 695 000	490 000	2 180 000
2005	2 366 956	701 610	3 068 566
2006	2 664 680	995 688	3 660 368
2007	2 897 255	896 232	3 793 487
2008	3 219 189	1 130 664	4 349 853
2009	3 405 364	1 583 355	4 988 719
2010	3 064 121	1 651 761	4 715 882
2011	3 088 237	2 042 762	5 130 999
2012	3 215 566	2 092 056	5 307 622
2013	3 871 785	2 351 904	6 223 689

zdroj: Výroční zpráva drogové epidemiologie 2013

Podle odhadů z roku 2012 je v ČR přibližně 38 700 injekčních uživatelů drog. Podle průměrné spotřeby 1 sterilní stříkačka denně stačí distribuované stříkačky z výměnného programu pro přibližně polovinu injekčních uživatelů drog. (6)

1.8 Protidrogová politika ČR

Stěžejním zákonem pro koordinaci protidrogové politiky je zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami, jež nabyl účinnosti k 1. lednu 2006.

Protidrogová politika je soubor opatření v preventivní, vzdělávací, léčebné, sociální a kontrolní sféře. Na národní úrovni je koordinovaná ze strany Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Dále je aplikovaná na mezinárodní, krajské a místní úrovni.

Vláda se hlásí také k úmluvám Organizace spojených národů o drogách a k Politické deklaraci o základních principech snižování poptávky po drogách. Česká republika při řešení problému užívání drog vychází z konceptu WHO Zdraví pro všechny v 21. století, podle něhož užívání drog je problémem ohrožujícím veřejné zdraví. Účelem je zabezpečit zdraví a ochranu společnosti před zdravotními, sociálními, ekonomickými škodami, které jsou spojeny s drogami.

Protidrogovou politiku ČR tvoří čtyři základní pilíře:

- primární prevence
- léčba a resocializace
- snižování rizik
- snižování dostupnosti drog

1.8.1 Národní strategie protidrogové politiky pro období 2010-2018

Národní strategie 2010-2018 navazuje na Národní strategii protidrogové politiky 2005 až 2009. Základy protidrogové politiky byly položeny v roce 1993. Zabývá se vzájemným propojením a koordinací řešení problémů souvisejících s užíváním legálních i nelegálních drog, protože existují prokázané souvislosti mezi užíváním alkoholu, tabáku a nelegálních drog. Podporuje také spolupráci všech článků veřejné správy a občanské společnosti. Společný koordinovaný postup na mezinárodní, národní, krajské a místní úrovni zvyšuje pravděpodobnost úspěšnosti.

Cíle:

- snížit míru experimentálního a příležitostného užívání drog zejména mladými lidmi
- snížit míru problémového a intenzivního užívání drog
- snížit potenciaální rizika spojená s užíváním drog pro jedince a společnost
- snížit dostupnost drog zejména pro mladé lidi

Pro dosažení těchto cílů je zapotřebí zkvalitnit organizační prostředí, zefektivnit koordinaci a financování, zapojovat se do mezinárodní spolupráce a výzkumu a poskytovat kvalitní informace. (14, 15)

1.9 Drogová závislost

„Toxikomanie je stav periodické nebo chronické intoxikace, škodlivé jednotlivci nebo společnosti, který je vyvolán opakovaným zneužíváním drog přírodního nebo syntetického původu.“ (definice toxikomanie dle WHO)

Diagnóza závislosti se může stanovit, pokud došlo v průběhu jednoho roku minimálně ke třem z uvedených bodů.

- Pokud má uživatel potíže se sebeovládáním.
- Pokud uživatel vyžaduje stále vyšší dávky, vzniká tzv. tolerance k látce. Uživatel v tom případě musí brát stále vyšší dávku látky, aby se dostavil požadovaný účinek, kterého dříve dosáhl s nižší dávkou.
- Pokud uživatel zažívá tzv. pocit bažení, silně touží po užívání látky.
- Pokud uživatel látku musí vzít proto, aby zmenšil příznaky tělesného odvykacího stavu, který byl vyvolán předchozím užitím látky.
- Pokud uživatel upřednostňuje užití látky před jeho dřívějšími zájmy, přáteli, rodinou.
- Pokud uživatel užívá látku i přes to, že si je vědom škodlivých následků z užívání látky. (16)

Druhy závislostí:

Závislost dělíme na psychickou a fyzickou, tyto dva druhy se ale často prolínají.

1.9.1 Psychická závislost

Převládají pocity uspokojení, uživatel touží látku znovu aplikovat, tzv. syndrom bažení. Projevuje se ztrátou kontroly nad užíváním látky. Zvládnutí psychické složky závislosti je složitější a často vyžaduje dlouhodobou odvykací léčbu. Ztráta kontroly nad užíváním přetrvává dlouhodobě, případně trvale. Rovněž jednorázové užití látky po dlouhodobé abstinenci s sebou často nese riziko znovu vzplanutí užívání. Na začátku závislosti je většinou jen užívání o víkendech, které postupně nabývá na frekvenci, přičemž roste i velikost užívaných dávek. V další fázi se rozvíjí pravidelné užívání s frekvencí minimálně několikrát týdně doprovázené postupným zhoršováním stavu a selháváním v oblastech běžného života a normálního sociálního fungování. (16, 17)

1.9.2 Fyzická závislost

Fyzickou závislost manifestuje abstinenci stav. Uživatel je nucen užívat látky pravidelně, aby k abstinenci příznakům nedocházelo. (17)

1.10 Zdravotní následky užívání drog

Zdravotní následky užívání drog můžeme rozdělovat:

- a) Ty, které jsou spojené s účinky drogy, jako jsou nespavost, vyčerpanost, ztráta tělesné váhy, nechut' k jídlu, poruchy jater a ledvin, ztráta sluchu, zhoršení paměti, duševní poruchy, úzkost, deprese, neklid, podrážděnost, paranoia, panické ataky, psychóza, zmatenost, agrese, poruchy nálady, halucinace, násilné chování.

b) Dále jsou to zdravotní následky spojené se způsobem života, rizikovým chováním, špatnou hygienou, životem v drogové komunitě, promiskuitním chováním, často i prostitucí. U uživatelů je časté bezdomovectví, chudoba, nezaměstnanost. Do této skupiny náleží nemoci jako virová hepatitida A, TBC, různé infekce ran vyvolané *Staphylococcus aureus*, které mohou být následkem zanícených ran po vpichu. Respirační infekce, chřipka, černý kašel, pneumonie. Může se jednat také o tetanus, botulismus. Závažným problémem této skupiny jsou sexuálně přenosné infekce.

c) Pak jsou to následky, které jsou spjaté s aplikací drogy, jde tedy o injekční užívání drogy, které je v některých případech zašpiněné a půjčované. Může se jednat o všechny krví přenosné infekce a otravy krve. Zdravotní následky spojené s injekční aplikací drogy jsou velmi závislé na odpovědnosti a vědomostech každého uživatele. Do této skupiny patří virové hepatitidy B a C a HIV/AIDS. (18, 19, 20)

1.10.1 Virové hepatitidy

Virové hepatitidy jsou velmi významnou skupinou infekčních onemocnění u injekčních uživatelů drog, kdy se jedná především o typ B a C. Průběh onemocnění je velmi variabilní. Lze se setkat s velmi prudkou formou onemocnění, která má projevy selhávání jater a může končit smrtí nebo inaparentní formou (bezpříznakovou). Virové hepatitidy mají akutní a chronickou formu. Chronická hepatitida je charakterizována jako zánětlivé onemocnění jater s dobou trvání minimálně 6 měsíců. Onemocnění VHB nebo VHC může mít několik podob. Akutní hepatitida s projevy, která se buďto bez následků vyléčí, nebo přejde do chronicity. Akutní fáze s klinickými příznaky chybí, nemoc je diagnostikovaná až jako chronická. Nemocní s chronickou infekcí mohou mít lehčí průběh, který nepřechází až do cirhózy jater, těžší průběh, který může způsobit cirhózu nebo karcinom jater. (12, 21, 22)

1.10.1.1 Virová hepatitida B

Virová hepatitida B je infekční virové onemocnění jater. Způsobuje ho DNA virus Hepadnaviridae. (21)

Přenos

Virus se přenáší v největší míře parenterálně, na přenos stačí jen velmi malé množství krve. Další cestou přenosu je pohlavní styk, virus je přítomen ve spermatu a vaginálním sekretu. Při porodu se může nakazit dítě od infikované matky. Rizikovou skupinou jsou uživatelé drog, kde dochází k přenosu sdílením injekčních stříkaček a dalšího náčiní potřebného k aplikaci drogy. K přenosu nákazy může dojít i při tetování, piercingu, za použití nesterilního náčiní. Infekce se často objevuje v raném dětství, kdy má asymptomatický průběh a pak může vést k nosičství.(21, 12)

Inkubační doba

Inkubační doba VHB je 50-180 dní. (23)

Vnímavost

Virová hepatitida B je 100x více infekční než virus HIV. U dětí probíhá mírněji, často asymptomaticky. Přechází velmi často do chronicity. Děti se pak stávají nosiči. (23)

Klinický průběh

Onemocnění může probíhat různorodě, od asymptomatického po velmi prudký průběh onemocnění. Po inkubační době přichází akutní fáze onemocnění, kdy se objevuje nárůst únavy, ztráta chuti k jídlu, nevolnost, bolesti břicha, příznaky doprovází horečka. Může se objevit bolest kloubů a vyrážka. Někdy dochází k zežloutnutí očního bělma. Charakteristickým znakem může být světlá stolice a naopak tmavá moč. Onemocnění může přecházet do chronicity, velmi často, až z 90% je tomu u novorozenců. V menší míře, 30-40% je to u pacientů v dětském věku, u dospělých přechází VHB do chronicity z 5-10%. Nebezpečí hrozí v případě přechodu do jaterní cirhózy a nádoru jater. Chronická hepatitida B se projevuje většinou pouze malátností, zvýšenou únavou a potřebou

spánku. S nástupem a postupným rozvojem cirhózy dochází ke ztrátě hmotnosti, větší únavě a slabosti. (21, 22, 24)

Léčba

Léčba akutní virové hepatitidy B se odehrává na infekčním oddělení, při nekomplikovaném onemocnění je nasazena pouze dieta. Chronická hepatitida se léčí pomocí antivirotik. (13, 25)

Diagnostika

Onemocnění se diagnostikuje pomocí laboratorních testů. Průkaz antigenu HBsAg je známkou toho, že je virus v organismu. Antigeny HBcAg a HBeAg jsou v organismu znatelné pouze v době replikace viru.

Protilátky Anti-HBs se objevují u lidí, kteří už prodělali VHB, nebo jsou proti ní očkovaní. Protilátka Anti-HBc se vyskytuje při jakékoli expozici viru. Protilátka Anti-HBe je při prodělané infekci. (21, 23)

Výskyt

VHB má endemický výskyt. Oblasti s největším výskytem jsou Jihovýchodní Asie a Pacifik, mimo Japonska, Austrálie a Nového Zélandu. Další oblastí s hojným výskytem je Subsaharská Afrika a povodí Amazonky, část Blízkého východu, středoasijské republiky a některé státy ve východní Evropě. V těchto oblastech je 70-90% populace infikováno virem VHB před dosažením 40 let. Vysoká míra výskytu u kojenců je v zemích jako např. Čína, Thajsko, Senegal. Země s nízkou endemickou oblastí jsou Severní Amerika, západní a severní Evropa. Pravděpodobně je to dáno vysokou socioekonomickou úrovní, účinností prevence, zejména očkovaním, používáním jednorázových zdravotnických pomůcek. V těchto zemích jsou rizikovou skupinou injekční uživatelé drog. (12, 24)

Prevence

Proti VHB existuje vakcinace. Podle vyhlášky 537/2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů je očkování proti virové hepatitidě B zařazeno do pravidelného očkování, je tomu tak od roku 2001. Očkování probíhá v prvních měsících života dítěte, poté se opa-

kuje ve 12 letech. Toto očkování by se mělo podepsat na stále klesajícím trendu výskytu VHB u uživatelů drog, jelikož nastupující generace již bude očkovaná. Proti VHB se očkují také osoby, které mohou být vystaveny expozici biologického materiálu. Do této skupiny patří zdravotníci, sociální pracovníci, studenti, kteří se připravují na toto povolání. Očkování by také mělo být doporučováno uživatelům drog a to zejména v kontaktních centrech. Prevencí je také zdravotní výchova. Vyzdvihnout nebezpečnost onemocnění, jeho typy přenosu, a jak mu zabránit. Dodržování protiepidemických opatření ve zdravotnických zařízeních jako například správná manipulace s biologickým materiálem a dezinfekce. Vyšetřování dárců krve, kde se vyloučí nosičství viru. (13, 25, 26)

Protiepidemická opatření

- Hlášení osob infikovaných VHB
- Odběry biologického materiálu nakaženého a jeho kontaktů k ověření diagnózy
- Izolace nakaženého nebo podezřelého z nakažení na infekčním oddělení
- Provádí se lékařský dohled po dobu 180 dní od posledního kontaktu u osob, které byly v kontaktu s nakaženým (27)

1.10.1.2 Virová hepatitida C

Původcem virové hepatitidy C je RNA virus *Flaviviriae*. Může způsobit akutní i chronické onemocnění. (21)

Přenos

Virus se přenáší parenterální cestou. Rizikovou skupinou jsou proto injekční uživatelé drog. Především jejich rizikové chování, sdílení injekčních stříkaček a dalšího náčiní určeného pro aplikaci drogy. Další cestou přenosu je nechráněný pohlavní styk a přenos z matky na dítě. V některých zemích se může přenášet ve zdravotnictví prostřednictvím transfúzí, u nás jsou dárci testováni. (23, 28)

Inkubační doba

Inkubační doba je 2 týdny až 6 měsíců. (28)

Zdroj

Zdrojem nákazy je nemocný člověk, nebo nosič. (21)

Klinický průběh

Po počáteční infekci asi 90% nemocných nemá vůbec žádné příznaky. V případě symptomatického průběhu, který se objevuje pouze z 10%, jsou charakteristické projevy stejné jako u virové hepatitidy B. Nechutenství, únava, nevolnost, bolesti břicha, kloubů, může se vyskytnout vyrážka a horečka. Objevuje se zežloutnutí očního bělma a sliznic. Pro virové hepatitidy je charakteristická světlá stolice a tmavá moč. Onemocnění velmi často až z 90% přechází do chronického stádia. Chronické stadium nastává pozvolna, nejprve může být bez symptomů, později se může projevit dlouhotrvající únavou a zažívacími potížemi. Následuje poškození jater, zpravidla se objevuje cirhóza či karcinom jater. (21, 28, 29)

Léčba

Pokud se VHC včas diagnostikuje v akutní fázi a jsou nasazena antivirotika, může se zabránit přechodu do chronického stadia. Velmi důležité je v tomto případě pravidelné testování hlavně rizikových osob. (30)

Diagnóza

Průkazem onemocnění je protilátka anti-HCV. (30)

Výskyt

Virová hepatitida C se vyskytuje na celém světě. Nejrozšířenější je v oblastech střední a východní Asie a severní Afriky. Zvýšený výskyt je také u určitých skupin populace. Až dvě třetiny nakažených tvoří injekční uživatelé drog. Nejvyšší procento nemocných akutní virové hepatitidy C je ve věkové skupině 25-34 let. (23, 31)

Prevence

Proti VHC neexistuje vakcinace. Prevencí v rizikové skupině injekčních uživatelů drog je pravidelné testování, nesdílení injekcí a dalších pomůcek sloužících k aplikaci drogy. Chráněný pohlavní styk. Primární prevence, která je doporučována WHO:

- Bezpečná manipulace s biologickým materiálem, správná likvidace odpadů
- Bezpečné čištění ostrých předmětů a nástrojů
- Používání jednorázových rukavic
- Testování dárců krve
- Harm reduction
- Pravidelné testování uživatelů drog (28)

1.10.1.3 Výskyt hepatitid u uživatelů drog

Injekční uživatelé drog tvoří významnou skupinu pacientů s VHC a VHB. Tvoří 75-100% všech nově hlášených případů VHC ve většině zemí EU, kde sledují výskyt VHC podle rizikových skupin nebo pravděpodobné cesty přenosu. V ČR tvoří injekční uživatelé drog přibližně 60% ze všech případů VHC. (22, 32)

1.10.2 HIV/AIDS

HIV celým názvem Human Immunodeficiency Virus je retrovirus, který poškozuje imunitní systém. Organismu selhává obranyschopnost a je náchylný k mnoha dalším infekcím a nádorovým onemocněním. (33)

Původce

Onemocnění způsobuje virus, který náleží do čeledi *Retroviridae*. HIV virus infikuje skupinu bílých krvinek CD 4+ T-lymfocyty. Virus HIV má dva typy, které se liší

povrchovou strukturou, patogenitou, geografickým rozlišením a klinickým obrazem. HIV 1 je víc patogenní a má řadu subtypů. Vyskytuje se převážně v Evropě, na Asijském a Americkém kontinentu. Je extrémně mutagenní. HIV 2 se vyskytuje spíše jen na západním pobřeží Afriky. (21, 34)

Zdroj

Zdrojem je infikovaný člověk s příznaky, ale i bez nich, tedy v době latence. Největší množství viru je vylučováno v počátečním období a ke konci onemocnění. (21)

Inkubační doba

Inkubační doba je 6-8 týdnů. Nakažený virem HIV nemá dlouhou dobu žádné potíže, jedná se o bezpříznakové nosičství. Období latence pak může trvat různě dlouhou dobu, jsou to měsíce, ale i 10 let a více. Po období latence nastupuje AIDS tedy syndrom získaného selhání imunity (Acquired Immune Deficiency Syndrome). (21, 34)

Vnímavost

Větší vnímavost k viru HIV je u osob s další pohlavní chorobou.

Přenos

Virus HIV se vyskytuje v tělních tekutinách. Převážně v krvi, poševním sekretu, spermatu a v mateřském mléku. Existují tři cesty přenosu:

- ***Nechráněný pohlavní styk***

Je to nejčastější způsob přenosu. Nejrizikovější je styk anální. Bez rizika není ani orální styk. U heterosexuálního páru je více v riziku žena, protože ve spermatu je větší objem viru HIV.

- ***Krevní cesta***

Nakažení od dárců krve je u nás nemožné, od roku 1987 probíhá v České republice testování dárců. V rozvojových zemích je tento způsob možný. K nakažení je potřeba určitá dávka viru, takže například z běžné oděrky se od HIV pozitivního nelze nakazit. Přesto je důležité, aby HIV pozitivní nesdílel osobní hygienické předměty s ostatními lidmi. Ve zdravotnictví by se měli zdravotničtí pracovníci chovat ke každému pacientovi, jako k pozitivnímu. Měli by myslet na

svou bezpečnost. Rizikovou skupinou jsou v tomto ohledu injekční uživatelé drog. K šíření nákazy dochází sdílením injekčních jehel a dalšího náčiní potřebného k aplikaci drogy.

- *Přenos z matky na dítě*

HIV pozitivní žena může přenést vir na dítě v průběhu těhotenství, při porodu a prostřednictvím mateřského mléka při kojení. V České republice se testují těhotné ženy v prvním trimestru těhotenství na HIV pozitivitu. Pokud se pozitivita prokáže, nasazuje se profylaktická léčba, která snižuje možnost přenosu na dítě. HIV pozitivní matky by neměly kojit. (35)

Klinický průběh

Za několik týdnů po nákaze, dochází k tzv. primoinfekci, při které se mohou objevit chřipkové příznaky, bývá to u 50% nakažených, jinak je prvotní nákaza asymptomatická. Primoinfekce spontánně odeznívá. Následuje doba latence, která může být několik let. V této době asymptomatického nosičství dochází ke změnám imunitního systému a poklesu CD 4 lymfocytů. Při poklesu pod 500/ mm³ dochází většinou k prvním příznakům postupující infekce. Nemoc přestupuje z asymptomatické fáze do symptomatické fáze HIV infekce. Pro toto období jsou typické obtíže trávicího charakteru, poškození CNS. Důsledkem rozvratu imunity jsou pak různé oportunní infekce jako pásové opary, kandidózy a celkové příznaky jako průjem, horečka, hubnutí a únava. Přestup ze symptomatické fáze infekce HIV k onemocnění AIDS je charakteristický následovnými infekcemi:

- Pneumocystová pneumonie
- Pneumonie nebo ezofagitida
- toxoplazmová encefalitida
- ezofageální, tracheální, bronchiální nebo plicní kandidóza
- chronický anální herpes simplex nebo herpetická bronchitida, pneumonie nebo ezofagitida
- CMV retinitida
- progresivní multifokální leukoencefalopatie

- recidivující salmonelová bakteriémie
- chronická intestinální kryptosporidióza
- chronická intestinální isosporóza
- extrapulmonální kryptokoková infekce
- diseminovaná nebo extrapulmonální histoplazmóza
- diseminovaná kokcidioidomykóza
- tuberkulóza
- diseminovaná nebo extrapulmonální atypická mykobakteriíza
- Kaposiho sarkom
- maligní lymfomy (Burkittův, imunoblastický a primární cerebrální lymfom)
- invazivní karcinom děložního hrdla
- HIV encefalopatie
- wasting syndrom (21, 34)

Výskyt

Na světě žije asi 34 milionů osob s HIV infekcí. K nárůstu nově infikovaných dochází v posledních letech zejména ve východní Evropě, centrální Asii, Oceánii, na blízkém východě a v Severní Africe. V Evropě převládá přenos nechráněným sexuálním stykem, nejvíce mezi homosexuály, pak následují heterosexuálové. Přenos injekčním podáváním drog je celkem nízký. Ve východní Evropě je naopak v popředí přenos injekční aplikací drog. Celosvětově je asi 16 milionů lidí, kteří berou drogy, 3 miliony z nich žije s HIV. V průměru jedna z každých deseti nových infekcí HIV je způsobena injekčním užíváním drog. (36, 37)

Diagnóza

Včasná diagnostika je velmi důležitá pro rychlé nasazení léčby. Základní diagnostická metoda je důkaz protilátek. Detekce protilátek je průkazná až po 2-3 měsících po nákaze. Po prokázání positivity je pacient poučen o bezpečnostních zásadách. Jak se má chovat, aby virus nešířil dále. (34)

Testování

V České republice existuje 7 AIDS center, kde je možnost nechat se testovat, dalšími místy jsou i zdravotní ústavy, kde si testování pacient hradí. Test je možné provést i u praktického lékaře, kde je hrazen pojišťovnou. Na webových stránkách Národního programu boje proti AIDS lze najít místa, kde testování probíhá a místa určená k poradenství. Existuje bezplatná linka pomoc AIDS na čísle 800 144 444. Uživatelům drog nabízí některá kontaktní centra bezplatné testování prostřednictvím rychlých vyhledávacích testů. Testování probíhá automaticky u dárců krve. (33)

Léčba

Neexistuje léčba, která by dokázala eliminovat HIV virus v těle ani vyléčit už rozvinuté onemocnění AIDS. Pokud je HIV včas diagnostikována a je nasazena správná antivirová léčba, může se prodloužit období před vypuknutí onemocnění AIDS. V České republice existují AIDS centra, kam nemocní docházejí a kde je monitorován jejich stav. (33)

Prevence – hlavní strategické cíle Národního programu HIV/AIDS

Potlačení výskytu a šíření infekce HIV

Jelikož neexistuje léčba, která by vyloučila HIV virus z těla nemocného ani vakcinace proti této infekci, jsou k dispozici pouze nespecifická preventivní opatření, která, pokud se správně dodržují, jsou velice účinná.

- **Prevence sexuálního přenosu infekce HIV**
Proti přenosu sexuální cestou je účinná prevence bariérová antikoncepce, tedy kondomy.
- **Prevence přenosu infekce krevní cestou**
Při injekčním užívání drog jde o nesdílení injekčních stříkaček s ostatními uživateli. K tomu slouží program na výměnu jehel. V rozvojových zemích jde o transfúze, dárce tkání. Nebezpečné jsou také kosmetické úpravy jako tetování a piercing.
- **Prevence přenosu infekce z matky na dítě**

Zajistit profylaktickou léčbu pro všechny gravidní HIV pozitivní ženy i v případě, že nemají pojištění.

- Zajistit včasnou diagnostiku HIV infekce, aby se zabránilo pokročilých stádiím infekce.
- Osvěta HIV pozitivních osob ve smyslu zodpovědného chování vůči ostatním osobám.
- Zajistit dostatečnou podporu AIDS centrům a budovat více testovacích míst s bezplatným testováním především pro osoby, které jsou v HIV riziku. (35)

1.10.3 Syfilis

Původce

Původcem onemocnění je mikrob *Treponema Pallidum*.

Zdroj

Nemocný člověk.

Inkubační doba

3 týdny po infekci vzniká tvrdý vřed, za 6 týdnů je infekce rozšířena do lymfatických cest a za 9 týdnů vzniká 2 stádium syfilis.

Přenos

Mikrob je přítomen v tělních sekretech. Onemocnění se tak přenáší pohlavní cestou. Nevenerický způsob přenosu je vzácný, může jít o krevní transfúzi, přenos z matky na dítě.

Klinický průběh

Onemocnění syfilis může být vrozené nebo získané.

Získané má několik vývojových stádií:

1. Stádium - primární

V místě vstupu infekce do těla vzniká asi 3 týdny po nakažení nebolestivé tuhé ložisko s vysokým obsahem treponem a plazmatických buněk. Po rozpadu povrchových epitelů vzniká tvrdý vřed. Lokalizace tvrdého vředu je z 90% na genitáliích, může se ale objevit na jakékoliv části těla, která přišla do styku s infekčním sekretem, nejčastěji jsou to ústa, prsty, jde pak o extragenitální primární syfilis. Infekce je odtud šířena do nejbližších lymfatických uzlin. Neléčený tvrdý vřed se zhojí do 8 týdnů.

2. Stádium - sekundární

Druhé stádium nemoci se objevuje 8 týdnů po vzniku tvrdého vředu. Stádium je charakteristické kožními změnami a záněty sliznic. Nejčasnějším projevem sekundárního stadia je roseola syphilitica. Jde o enantém, který je snadno přehlédnutelný, zvýrazňuje se při námaze, má červenohnědou barvu.

3. Stádium - terciální (pozdní)

Charakteristickým znakem tohoto stádia jsou gumata, neboli rozpadlé tkáně. Může být postižen jakýkoliv orgán, nos, kůže, kosti, hrdlo. Typické je postižení kardiovaskulárního a nervového systému.

Vrozená syfilis:

Vzniká přestupem infekce z matky na plod. Přenos je transplacentární cestou. Následky infekce mohou být různé. Existuje velké riziko potratu, porodu mrtvého dítěte, nebo porodu nemocného dítěte. Rozlišují se dva typy vrozené syfilis, *sypilis congenita praxox* a *sypilis congenita tarda*. *Sypilis congenita praxox* se objevuje v novorozeneckém věku, organismus je postižen hepatosplenomegálií, zánětlivými ložisky na orgánech, vyrážkou na kůži a kostními abnormalitami. Onemocnění končí smrtí do jednoho roku věku dítěte. *Sypilis congenita tarda* se manifestuje až od 5 roku věku dítěte, charakteristické jsou tzv. Hutchinsonovy trias. Jde o postižení sluchu, deformace kostí a postižení oční rohovky s následkem slepoty. (21, 38, 39)

1.11 Harm reduction

Harm reduction neboli snižování rizik je soubor strategií a myšlenek, které jsou zaměřené na snížení negativních důsledků spojených s užíváním drog. Je určen pro skupiny lidí, kteří drogy berou a nechtějí nebo se jim nedaří přestat. Harm reduction tedy není zaměřeno na prevenci užívání drog, ale na prevenci škod způsobených užíváním. Zaměřuje se na konkrétní rizika a škody, které mohou být u každé látky jiné. Je důležité vymezit si konkrétní škody a zjistit, co je jejich příčinou. Většina přístupů harm reduction je levných, snadno aplikovatelných a mají velký vliv na individuální i komunitní zdraví. Hlavním cílem je předcházet šíření HIV a dalších nemocí přenášejících se zejména krví prostřednictvím nesterilních a sdílených injekčních stříkaček. Prevence HIV a virových hepatitid je levnější než jejich léčba. Harm reduction pracuje s tím, že některé způsoby užívání drog jsou bezpečnější než druhé. Prosazuje neodsuzující a nenátlakový přístup poskytovaných služeb k uživatelům. Chápe a bere v úvahu i skutečnost, že uživatelé setkávající se s chudobou, rasismem, sociálními nepoměry a různě prožitými traumaty, se nebudou v dostatečně velké míře zabývat minimalizací škodlivých dopadů z užívání drog. Harm reduction je založena pragmaticky, snaží se řešit co nejefektivněji zdravotní dopady z užívání drog a nezabývat se předsudky a kontroverzemí. Je uplatňován nízkoprahový přístup. Po uživateli se nežádá identifikace jménem. Pracuje se s ním ve fázi, ve které se zrovna nachází, nežádá se po něm abstinence ani změna způsobu užívání. Tím jsou služby mezi uživateli velmi pozitivně vnímány a využívány. Uživatelé se snaží ovlivnit v názoru na způsob aplikace drog. Mezi hlavní programy patří kontaktní centra a terénní práce, kde je nabízena především výměna jehel, poradenství a zdravotní ošetření.

Hlavní cíle harm reduction:

- Používání méně rizikového způsobu aplikace drog.
- Nesdílení použitého náčiní určeného pro aplikaci drog u injekčních uživatelů.
- Informování uživatelů o drogách, jejich rizicích, o způsobu aplikace drog, zdravotních komplikací a možnosti prevence.

- Informování o bezpečném sexu.
- Navázání kontaktu mezi uživatelem a odborným zařízením.
- Osvojování ztracených hygienických návyků. (40, 41, 42, 43, 44)

1.11.1 Nízkoprahový přístup

Hlavní principy nízkoprahovosti:

- Odstranění časových, finančních, prostorových bariér tak, aby nebylo ze žádných důvodů zabráněno vstupu cílové skupině.
- Prostředí, které je blízké cílové skupině - zařízení by mělo být umístěno tak, aby bylo dobře dostupné. Vnitřní prostředí by mělo být příjemné pro cílovou skupinu, pro kterou je určené.
- Pracovní doba je přizpůsobena potřebám cílové skupině.
- Možnost anonymity.
- Pro čerpání služeb není nutná registrace, členství ani pravidelná docházka.
- Služby jsou čerpány bezplatně. (45)

1.11.2 Nízkoprahová zařízení pro uživatele drog

Nízkoprahová zařízení se řadí mezi sekundární a terciární prevenci. V tomto zařízení jde většinou o první kontakt s uživatelem, který by se neměl podceňovat. Uživatel by se měl cítit při návštěvě centra dobře, setkat se s pracovníky, kteří se k němu chovají slušně, nepohrdají jím. Pokud se uživatel rozhodne z jakéhokoli důvodu centra nenavštěvovat, objevuje se velké riziko, že jeho chování bude rizikové a bude ohroženo zdraví celého okolí. Mezi hlavní metody patří kontaktní, poradenské a zdravotní služby, harm reduction, hygienický, potravinový a vitaminový servis a testování na infekční

choroby. Cílovou skupinou nízkoprahových center pro drogově závislé nejsou jen uživatelé, ale i jejich rodiče, partneři a známí. (46)

Kontaktní centra

Kontaktní centra jsou zaměřena v první řadě na výměnný program, poradenství a ošetření. Na návštěvu klienta mají pracovníci většinou vyhrazený čas, kterým bývá 1-2 hodiny. V této stanovené době může klient probrat s pracovníky svou situaci. Poradenství při sociálních potížích, zájem o léčbu, poradenství ohledně zdravotních obtíží, drog nebo jaké mohou být méně rizikové způsoby aplikace drog. Klient se může přijít do kontaktního centra umýt, najíst se, nebo se zahřát. Kontaktní centra také nabízejí podpurná sezení pro rodiče a blízké lidí, kteří užívají drogy. Některá centra mají v nabídce možnost motivačního setkání pro zájemce o léčbu. (44, 46, 47)

Terénní programy- streetwork

Terénní programy vymezuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Jsou to služby poskytované osobám, které vedou rizikový způsob života, a jsou tímto způsobem života ohroženy. Cílem služby je vyhledávání těchto osob a minimalizace rizik jejich způsobu života.

Terénní program je založený na výměně materiálu určeném k aplikaci drogy. Funguje tak, že uživatel vymění staré použité náčiní za nové sterilní. Staré náčiní je pak odborně zlikvidováno. Díky výměnnému programu pak nedochází ke sdílení stříkaček a zamezuje se situacím, kdy se náhodný člověk poraní o nakaženou jehlu, která je pohozena po okolí. Streetworkeři také podávají informace o bezpečnějším způsobu aplikace drog, kde hrozí menší riziko přenosu infekčních onemocnění. Informují také o infekčních chorobách, kterými jsou ohroženi. Dokážou poskytnout základní zdravotní péči v rámci prostor ulice. Poskytují základní poradenství. (44, 47, 48)

1.11.3 Testování infekčních nemocí v nízkoprahových centrech

Nízkoprahová centra jsou často prvním zařízením, které uživatelé drog navštíví. Je proto dobré, aby v této instituci dostali informace o drogách, o aplikaci drog, o způsob přenosu infekčních nemocí a informace o možnosti testování. Nízkoprahová centra mají k testování a retestování motivovat. Velmi efektivní je, pokud nízkoprahové centrum má možnost samo testovat infekční nemoci, jako je HIV, VHB a VHC a syfilis. V případě pozitivního testu pak doporučí specializovaná zařízení. Pokud nízkoprahové zařízení nabízí testování na infekční choroby, mělo by zajistit podmínky pro provedení anonymního testování. To znamená zavedení speciální dokumentace, kde budou klienti uvedeni pod kódy. (49)

Dle Dolanské, Korčíšové a Mravčíka (49) smí testování ze slin a kapilární krve provádět personál minimálně středoškolsky vzdělaný, který má kurz krizové intervence, kurz první pomoci a praxi v práci s uživateli drog nejméně 6 měsíců. Toto tvrzení je však v rozporu s vyhláškou 55/2011 Sb., kterou se stanoví činnost zdravotnických pracovníků.

Dle vyhlášky 55/2011 Sb., smí adiktolog s uznáním výkonu povolání bez odborného dohledu vykonávat neinvazivní odběry biologického materiálu pro vyšetření přítomnosti návykových látek a infekčních nemocí. Odběr biologického materiálu a provádění screeningového vyšetření bez odborného dohledu může provádět pouze zdravotnický pracovník. (50, 51)

Testy, které jsou používány v České republice, musí být registrovány Ministerstvem zdravotnictví ČR a posouzeny Národní referenční laboratoří.

1.11.4 Legislativa

Oblast kvalifikace a zdravotní péče, týkající se problematiky testování protilátek infekčních nemocí, je upravena v následujících legislativních předpisech. Jde o zákon č.

258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, 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. 306/2012 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. 36/2007 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.

Na základě standardů odborné způsobilosti by každé zařízení, kde je prováděno testování, mělo mít připravené dokumenty, kde jsou uvedené postupy v oblasti monitorování HIV, virových hepatitid, desinfekce, úklidu a prevence infekčních chorob. To vše podle požadavků KHS.

Pro minimální standard k testování na infekční choroby musí mít nízkoprahové centrum vyhovující prostory, vyhotovený vnitřní manuál o způsobu provedení testu, desinfekci, úklidu, odstranění biologického odpadu. Dále musí být zajištěna možnost standardního testu v laboratoři, pokud vyjde reaktivní test ze slin nebo z kapilární krve. Musí být zajištěn kontakt pro další lékařskou péči, pokud má klient prokázanou infekci. Centra musí vést evidenci v lékařské kartě a dvakrát ročně podávat hlášení o počtu vyšetřených do NRL AIDS a SZÚ. Pokud má nízkoprahové centrum statut zdravotnického zařízení, musí být jeho provozní řád schválen orgánem OOVZ. Pokud centrum nemá statut zdravotnického zařízení, může provádět pouze testy z kapilární krve nebo ze slin. Testy ze žilního séra pak provádí kontraktované pracoviště. Pracovníci, kteří pracují s výsledky testů, musí mít podepsanou dohodu o zachování mlčenlivosti. Centrum musí mít zařízenou dokumentaci tak, aby mohla být anonymní. (48, 49, 50, 51, 55)

1.11.5 Poradenství

- **Pretestové poradenství**

Pretestové poradenství předchází samotnému odebrání biologického materiálu. Je důležité věnovat mu dostatek času. Smyslem pretestového poradenství je především navázání kontaktu s klientem. Je zjišťována klientova osobní anamnéza, demografické údaje, důvod, proč má zájem o testování, kdy proběhlo poslední testování, monitoruje se rizikové chování klienta. Klient je obeznámen s infekčními nemocemi a jsou mu též sděleny informace o typu testování. Měl by mu být vysvětlen rozdíl mezi screeningovým a konfirmačním vyšetřením. Pretestové poradenství, odběr vzorků a následné posttestové poradenství by měla provádět jedna osoba. (49, 52, 53)

- **Posttestové poradenství**

Průběh posttestového poradenství závisí především na výsledku uskutečněného testování.

a) Negativní výsledek

V případě negativního výsledku testování je klient dále informován o zásadách prevence před možnou nákazou. Dále je klient motivován k opakovanému vyšetření.

b) Reaktivní výsledek

V případě provedení screeningového vyšetření se hovoří o reaktivním výsledku, po kterém musí následovat konfirmační vyšetření, které je prováděno v laboratoři ze žilní krve. Pracovník nízkoprahového centra by měl klientovi toto vyšetření zajistit, výhodné je domluvit mu termín, případně klienta na vyšetření doprovodit.

c) Pozitivní výsledek

Při sdělování pozitivního výsledku testu by měl být pracovník připraven dát klientovi tolik času, kolik potřebuje. Dále je důležité klientovi sdělit informace o postexpoziční profylaxi, o službách které poskytují léčebnou péči. Zajistit ná-

vštevnu specializovaných zařízení. Důležité je také zjistit informace o sexuálních partnerech a příbuzných klienta, těm následně doporučit vyšetření. Dále dát klientovi dostatek informací o způsobu přenosu infekce a jejích zdravotních komplikacích. Následovně se ujistit, zda klient všemu porozuměl. (49, 52)

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zmapovat protestovanost VHB u uživatelů drog v nízkoprahových zařízeních za rok 2014.

Cíl 2: Zmapovat protestovanost VHC u uživatelů drog v nízkoprahových zařízeních za rok 2014.

Cíl 3: Zmapovat protestovanost HIV u uživatelů drog v nízkoprahových zařízeních za rok 2014.

Cíl 4: Zjistit jakým způsobem testování v nízkoprahových centrech probíhá.

Cíl 5: Zjistit, zda mají uživatelé drog zájem o testování VHB, VHC a HIV.

Cíl 6: Zjistit, zda byli uživatelé drog testováni za rok 2014.

2.2 Výzkumné otázky

VO 1: Zajímají se uživatelé drog o svůj zdravotní stav, co se týče infekčních chorob? (HIV, VHB, VHC)

VO 2: Vědí uživatelé drog o rizicích, která plynou z těchto nemocí?

VO 3: Je možnost testování v nízkoprahových centrech uživateli dostatečně využívána.

VO 4: Jak často se nechávají uživatelé testovat?

3 Metodika

Výzkumné šetření bylo provedeno kvantitativním a kvalitativním šetřením.

Kvantitativní část výzkumu byla prováděna technikou dotazování a byla zaměřena na nízkoprahová centra ČR, která byla oslovena prostřednictvím e - mailu. Byl rozeslán dotazník obsahující 32 otázek. Otázky byly tvořeny na základě cílů diplomové práce.

Kvalitativní výzkum byl proveden pomocí polostrukturovaného rozhovoru, který byl určen klientům nízkoprahového centra Český Krumlov. Tato část výzkumu byla doplněna o data získaná z dotazníkového šetření od uživatelů drog v Kontaktním centru Prevent v Českých Budějovicích. Výzkumná část diplomové práce byla realizována od března do června 2015.

3.1 Použité metody sběru dat

Výzkumná data pro kvantitativní část výzkumu byla získávána pomocí dotazníku určenému nízkoprahovým centrům v ČR. Dotazník tvořilo 32 otázek. Uzavřené otázky byly použity pro zjišťování typu zařízení, zda zařízení testují na vybrané onemocnění HIV, VHB, VHC a syfilis, jaký typ testů používají, kdo testování provádí a na jakém místě testování je uskutečněno. Otevřené otázky byly použity pro zjištění počtu osob, které navštívili zařízení v roce 2014 a počtu testovaných osob za tento rok. Výsledky byly zpracovány do podoby tabulek a grafů.

Výzkumná data pro kvalitativní část byla získána pomocí polostrukturovaného rozhovoru, který byl určen uživatelům návykových látek z kontaktního centra v Českém Krumlově. Rozhovor tvořily 4 okruhy:

- identifikační údaje, tedy věk, pohlaví, bydlení, vzdělání a ekonomická aktivita
- drogová anamnéza: první užití drogy, druh užívané drogy, nitrožilní užívání, sdílení injekční stříkačky

- testování: zda byl uživatel na testech, kdy naposled, jak často, z jakého důvodu
- informovanost: znalost rizik, které souvisí s nitrožilním užíváním a sdílením injekční jehly.

Tato část dat byla doplněna o soubor uživatelů návykových látek z Kontaktního centra Prevent. Zde sběr dat probíhal pomocí anonymních dotazníků. Dotazník byl tvořen 3 základními okruhy. Byla zjišťována základní drogová anamnéza a identifikační údaje (užívané návykové látky, sdílení nesterilních jehel, věk, pohlaví, místo pobytu, vzdělání), informace o testování na infekční onemocnění (HIV, VHB, VHC, syfilis) a informace o znalostech týkajících se zdravotních rizik.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Dle výroční zprávy drogové epidemiologie bylo v roce 2014 na území ČR 76 aktivních nízkoprahových center, těmto centrům byl v rámci výzkumného šetření rozeslán dotazník. Návratnost činila 42%. Výzkumný soubor diplomové práce je 32 nízkoprahových zařízení.

Výzkumný soubor pro kvalitativní část výzkumu byl tvořen nitrožilními uživateli drog v kontaktním centru Český Krumlov, který v rámci terénního programu pracuje v lokalitách Český Krumlov, Větrní, Kaplice, Horní Planá, Loučovice, Frymburk, Vyšší Brod a v příhraničních lokalitách, jako Horní a Dolní Dvořiště a Studánky, ve kterých je problematika návykových látek výrazná. Data byla sebrána od 18 respondentů pomocí rozhovorů. Tento soubor byl doplněn o 30 respondentů navštěvujících Kontaktní centrum Prevent v Českých Budějovicích.

Do výsledných grafů jsou zahrnuty odpovědi respondentů z dotazníkového šetření z kontaktního centra Prevent i odpovědi získané z rozhovorů uskutečněných v kontaktním centru Český Krumlov. Někteří respondenti na určité otázky neodpověděli a k odpovědi nebyli žádným způsobem nuceni, z důvodu velice osobního charakteru otázky.

4 Výsledky

4.1 Základní informace o respondentech

V této části výsledků jsou uvedeny informace o jednotlivých respondentech získané z rozhovorů uskutečněných v Kontaktním centru Český Krumlov.

1. respondent

Muž, 27 let, bydlí na ubytovně, má střední odborné vzdělání, nemá stálé zaměstnání, je homosexuál a vydělává si i prostitucí, dále dostává finanční prostředky od „sociálky“. Kolem 18 let začal experimentovat s drogami, asi ve 22 letech i. v. pervitin. Nevyznal se v sobě, byl zmatený ze svojí orientace a okolí ho moc nechápalo. Jednou byl v léčbě, následoval relaps. Několikrát si aplikoval drogu použitou jehlou a měl nechráněný pohlavní styk. Na testech byl 4x. Jak kvůli nástupu do léčby, také proto, že chtěl vědět, jaký je jeho zdravotní stav. Asi rok ví, že je HIV pozitivní. Naposledy byl na testech asi před půl rokem, prý kvůli hepatitidě C. Na otázku, zda se zajímá o zdravotní rizika, plynoucí z užívání odpověděl kladně. Respondent vyjmenoval onemocnění HIV, virovou hepatitidu C, dále záněty žil a abscesy. Dokázal říct cesty přenosu jednotlivých onemocnění.

2. respondent

Muž, 35 let, nyní bydlí u matky, chodil na učiliště, které nedokončil, nyní má dobrou práci, o kterou nechce přijít, proto přemýšlí o nástupu do léčby v Červeném Dvoře, probíral to už i v K-centru. V mládí kolem 14 let začal experimentovat s drogami kvůli problémům v rodině. Začínal na marihuaně, následovaly prášky s alkoholem, občas pervitin. Jednou už léčbu podstoupil, ale nevyšlo to a znovu užívá léky s alkoholem, subutex, pervitin a občas heroin. Na testech byl 3x. Při nástupu do léčby a před 2 měsíci kvůli matce. Dle jeho slov zdravotní rizika plynoucí z užívání drog zná, jmenoval „žloutenky“, jako cestu přenosu uvedl pohlavní styk a přenos pomocí krve. Upozornil na ne-

bezpečí sdílení injekčního materiálu. On sám plně využívá výměnného programu kontaktních center. Dále jmenoval zánět žil.

3. respondent

Žena, 25 let, chodila na zvláštní školu, bydlí „kde se dá“, někdy u matky, teď má nově přítele, takže u něj. Peníze si vydělává prostitucí, jezdí do Rakouska. S drogami začala experimentovat ve 14 letech, prý to tak dělal skoro každý v jejím okolí, stejně jako dnes, takže nemá zájem o léčbu. Užívá pervitin. Nesterilní jehlu použila, testovat se nechce, i když jí to v K-centru neustále nabízejí, má strach vědět výsledek. O zdravotních rizicích plynoucích z už vání drog ví, konkrétně jmenovala virovou hepatitidu C, která se přenáší krví, ale nijak víc se o ně nezajímá.

4. respondent

Žena, 22 let, má základní vzdělání bydlí v podnájmu s přítelem, který také užívá, živí se prostitucí, je z toho ale nešťastná, chtěla by prý žít „normální život“. S drogami začala v 15 letech, chtěla zapadnout do party kluka, který se jí líbil. Užívá pervitin. Několikrát sdílela nesterilní stříkačku, ale už se snaží to nedělat. Je pozitivní na hepatitidu C, na testech byla 5x. Naposledy byla před čtvrt rokem. Snaží se chodit pravidelně kvůli HIV a syfilis. Důvodem pro testování je zájem o své zdraví a také ohleduplnost k ostatním lidem. O zdravotní rizika plynoucí z užívání drog se zajímá. Jmenovány byly virové hepatitidy s pohlavním přenosem a přenosem krví a HIV (i když nikoho s HIV pozitivitou nezná).

5. respondent

Žena, 23 let, základní vzdělání, bydlí s bratrem, jeho přítelkyní a kamarádem v bytě, peníze si vydělává prostitucí. Brát drogy začala ve 14 letech kvůli rodičům, raději byla na ulici než doma. Užívá pervitin. Na testech byla 2x, poprvé kvůli nařízení soudu, podruhé z vlastní vůle, bylo to přibližně před rokem a půl, dopadly negativně, prý si dává pozor. Párkrát sdílela nesterilní jehlu, ale prý věděla, že dotyčný „nic nemá“. O rizika plynoucí z užívání návykových látek se zajímá, konkrétně byla jmenována vi-

rová hepatitida C, kde respondentka vyzdvihla přenos krevní cestou, který je zásadní pro nitrožilní užívání drog, dále jmenovala přenos pohlavním stykem.

6. respondent

Žena, 27 let, bydlí ve squatu, má základní vzdělání, chodí na brigádu do kuchyně umývat nádoby. Kolem 14 let začala kouřit marihuanu, asi po 2 letech občas šňupala pervitin a od 17 ho užívá i. v. Uvažovala o léčbě, hlavně kvůli dítěti, které má tchýně v péči a nechce jí ho půjčovat. Nesterilní stříkačku nepoužila, nebo si toho není vědoma. Nechala se jednou testovat na VHC asi před 5 lety. O zdravotní rizika se zajímá. Na otázku, jaká zná rizika, odpověděla virové hepatitidy, HIV, jako přenos uvedla krevní cestu.

7. respondent

Muž, 29 let, zvláštní škola, bydlí v bytě s rodinou, pracuje různě po fabrikách nebo brigádách, když zrovna nemá práci. První zkušenosti s drogou měl už ve škole, asi ve 12 s kamarády kouřili marihuanu, dělal to tak v jeho okolí každý. Postupně začali zkoušet pervitin, nejdřív šňupat, teď užívá i. v. Párkrát uvažoval o léčbě, zkoušel i abstinovat, ale vydržel to nejdéle týden. V prostředí, kde bydlí, to prý nejde, musel by se odstěhovat. Na „uzdě“ ho alespoň drží, pokud má práci, pokud ji nemá, s braním to přehání. Na testech byl celkem 3x. Nechal si udělat testy na všechno, ale má strach z hepatitidy C, pravidelně ale nechodí. Důvodem k testování je zájem o své zdraví. Za rok 2014 na testech nebyl. Jednou použil nesterilní jehlu, nechal se asi 3 týdny poté testovat. O rizika plynoucí z užívání návykových látek se zajímá, ve své odpovědi vyzdvihl virovou hepatitidu C, u které určil přenos pohlavním stykem a krevní cestou, dále jmenoval HIV a různé abscesy a záněty žil.

8. respondent

Muž, 47 let, bydlel na ubytovně, nyní u rodičů, se kterými má prý ale potyčky, peníze má z dávek sociální péče, občas nějaký „melouch“ a krádeže, za které byl 9 měsíců ve vězení. Má dokončené odborné vzdělání. S marihuanou se setkal na učilišti, s partou

kamarádů pak experimentovali. Dříve to prý bylo více uzavřené, měli svoji komunitu přátel, nebylo to tak o penězích za drogy. Užívá pervitin i. v. Jednou se nechal testovat, měl trošku strach, protože občas půjčuje. Prý ale jen známým. Další test byl před výkonem trestu. O pravidelném testování prý neuvažuje, nijak zvlášť se ani nezajímá o rizika související s užíváním drog, i když o nich ví. Jmenoval žloutenky s přenosem krevní cestou a pohlavním stykem. Za rok 2014 nebyl testován.

9. respondent

Muž 25 let, má základní vzdělání, je bez přístřeší, přespává na ulici, u známých, „kde se dá“. Finanční prostředky získává z dávek hmotné nouze a z příležitostných brigád. S drogami začal experimentovat kolem 13 let, zkoušeli s kamarády alkohol, marihuanu, lysohlávky, LSD, od 17 let užívá pervitin i. v. Důvodem byla zvědavost, okolí ve kterém žije, a ve kterém jsou drogy tolerované. Několikrát použil nesterilní stříkačku, ale kolikrát nedovede říci. Většinou to bylo mezi známými. Dříve se o rizika nijak zvlášť nezajímal, ale v nynější době si začíná uvědomovat nebezpečí onemocnění, která plynou z nitrožilního užívání a převážně sdílení injekčního materiálu, proto se snaží zapojit se do výměnného programu. Jmenoval virové hepatitidy a HIV, přenos pohlavním stykem a krví. Na testech byl asi před rokem a půl a to poprvé.

10. respondent

Žena, 30 let, dokončené odborné vzdělání, bydlí v podnájmu s kamarádkami, pracuje v baru. S drogami začala experimentovat už ve 13 letech, měla problémy doma, její otec byl agresivní, matka alkoholička, raději tedy byla venku s partou. Tehdejší přítel ji v 16 přivedl k pervitinu, u kterého zůstala. Nesterilní stříkačku párkrát použila, prý ale věděla od koho, jednou byla na testech, je to už prý ale asi 4 roky, vše bylo negativní. O rizika se zajímá a uvědomuje si jejich nebezpečí, vyjmenovala HIV a virovou hepatitidu C s krevním přenosem.

11. respondent

Žena, 42 let, má střední odborné vzdělání. Finanční prostředky získává z různých brigád, nejčastěji v zahraničí (Rakousko), příležitostně od rodičů. S přítelem bydlí

na ubytovně. Od 18 let začala experimentovat s různými drogami a kolem 20 začala s pervitinem. Důvodem byli přátelé, kteří si „vařili“, se kterými si rozuměla a cítila se s nimi dobře. Několikrát byla v léčbě. Dříve nesterilní jehly používala častěji, dnes se prý snaží mít vždy sterilní náčiní. Na testy chodí jednou za půl roku, má strach z nákazy. Zajímá se o rizika, která plynou z užívání drog, vyjmenovala záněty žil, abscesy, virové hepatitidy, u kterých jmenovala cesty přenosu pohlavní styk a krevní cestu.

12. respondent

Muž, 28 let, bydlí na ulici, ve squatech. Má nedokončení odborné vzdělání. Nyní má krátce práci ve fabrice. Prý mu to pomáhá k tomu „brát méně“, snaží se proto udržet si ji. Drogy začal užívat na učilišti. Od 18 let i. v. Testovat se nikdy nenechal, nechce vědět výsledek, bojí se ho znát. Nedokáže vyloučit, zda použil nesterilní injekční stříkačku, nejspíš ano. O zdravotní rizika se nezajímá, ví ale, že existují, jmenovitě virová hepatitida C, která se přenáší pohlavním stykem a krevní cestou.

13. respondent

Žena, 18 let, základní vzdělání, finanční prostředky získává různými způsoby, od přítele, od „sociálky“, příležitostně jezdí s kamarádkou do večerního klubu. Bydlí s přítelem ve squatu, na ulici, nebo po známých. Drogy začala užívat převážně proto, že chtěla být co nejdál od domova, kde to dle jejích slov nebylo moc dobré. Zdržovala se proto na ulici, kde potkala „lidi, co brali“ a začala užívat s nimi. „Vytrácet“ z domova a experimentovat s drogami začala přibližně od 12 let. Užívat i. v. asi od 16 let. Nesterilní jehly občas užívá. Kolikrát to říct nedokáže. Na testech byla jednou a to kvůli příteli. V roce 2014 testována nebyla. O rizika se nezajímá, ví ale o tom, že se nesterilními stříkačkami může přenášet virová hepatitida C a HIV.

14. respondent

Muž, 30 let, základní vzdělání, finanční prostředky získává z dávek hmotné nouze a z příležitostných brigád. Bydlí na ulici nebo ve squatu. Marihuanu začal kouřit asi od 12

let, bylo to v jeho okolí „normální“. Pak už mu to bylo málo, „tráva ho už přestala bavit“, chtěl vyzkoušet něco nového. Začal experimentovat s různými drogami, prášky, nyní užívá pervitin i. v. začal asi v 16, když ho nemá, užívá různé prášky. Určitě někdy sdílel nesterilní stříkačku. Nějak mu to nevadí, nezajímá se o rizika a nenechal se nikdy testovat dobrovolně. Na testech byl jen kvůli výkonu trestu odnětí svobody. V roce 2014 nebyl testován. Rizika ale zná, jmenoval žloutenky, které se přenášejí pohlavním stykem a sdílením injekčních stříkaček.

15. respondent

Muž, 23 let, má dokončenou zvláštní školu, bydlí v bytě s rodinou, peníze na živobytí neřeší, to mají společné, další finanční prostředky získává od „sociálky“. Už od 12 let začal pít alkohol a užívat marihuanu. S kamarády později zkoušeli i jiné drogy, prášky, podle toho, co bylo dostupné, nyní užívá převážně pervitin i. v., se kterým začal asi v 15, nebo různé prášky s alkoholem. Několikrát sdílel nesterilní stříkačku. Na testech byl jednou, kvůli přítelkyni a rodině, která to chtěla. Za rok 2014 testován nebyl. O rizicích souvisejících s užíváním drog ví, ale nezajímá se o ně, vyjmenoval žloutenky, kde uvedl jako cestu přenosu krev.

16. respondent

Muž, 29 let, základní vzdělání, bydlí příležitostně u rodiny, na chatě, nebo u známých, finanční prostředky získává příležitostnou prací. S partou kamarádů začal kouřit asi v 17 letech marihuanu a asi rok poté zkoušel šňupat pervitin, krátce poté následovala aplikace i. v. Braní drog ho baví, říká, že je to jeho životní styl, který nechce měnit. Snaží se užívat sterilním náčiním, chodí pravidelně měnit ke streetworkerům, určitě se mu ale stalo, že sdílel. Nechal se testovat asi 2x z vlastní vůle. Měl nechráněný pohlavní styk s rizikovou osobou. Pravidelně na testy ale nechodí, nebyl ani za rok 2014. Ze zdravotních rizik, o která se zajímá, vyjmenoval záněty žil, virovou hepatitidu C, která se přenáší pohlavním stykem a krevní cestou, sdílení injekčních stříkaček je proto nebezpečné.

17. respondent

Žena, 21 let, základní vzdělání, bydlí na ubytovně se svým přítelem, finanční prostředky na bydlení a živobytí zajišťuje přítel. Tak 3x v týdnu pracuje v baru. Asi v 16 letech začala kouřit marihuanu z důvodu zapadnutí do party, ze stejného důvodu o rok později aplikace pervitinu i. v. Nikdy nepoužila nesterilní jehlu. Na testy chodí pravidelně 2x za rok ze zájmu o své zdraví. Zajímá se o zdravotní rizika, konkrétně vyjmenovala virové hepatitidy s krevním přenosem a HIV.

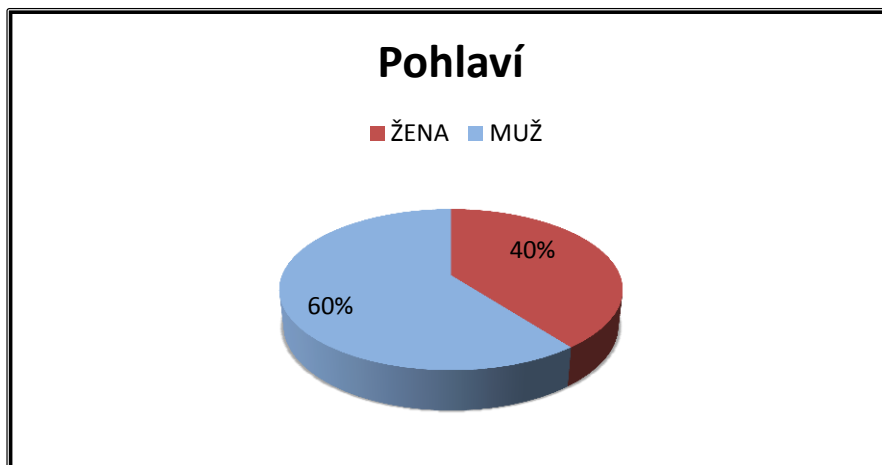
18. respondent

Muž, 37 let, střední odborné vzdělání, aktuálně pracuje ve fabrice, bydlí na ubytovně. Chce se dát „trochu dohromady“, má podanou přihlášku do terapeutické komunity. Na učilišti začal kouřit marihuanu kvůli „okolí“. Začal se přátelit s lidmi, kteří užívali, chtěl si to tedy také zkusit. Asi v 19 letech začal užívat i. v. pervitin, zkoušel heroin. Nyní to kombinuje, „bere, co je“, pokud nemá, užívá prášky s alkoholem. Několikrát použil nesterilní jehlu, ví, že to bylo od nakaženého člověka VHC. Testovat se nechal 3x kvůli nástupu do výkonu trestu a léčebny a ze zájmu o své zdraví. O rizicích ví, dokázal vyjmenovat HIV a virovou hepatitidu C, které se přenášejí pohlavním stykem a krví. Za rok 2014 nebyl testován.

4.2 Základní informace o respondentech v grafické podobě

V této části výzkumu jsou graficky znázorněny odpovědi respondentů získané z rozhovorů uskutečněných v Kontaktním centru Český Krumlov doplněné o odpovědi získané dotazníkovým šetřením z Kontaktního centra Prevent v Českých Budějovicích. Celkový výzkumný soubor nitrozilních uživatelů návykových látek tedy tvoří 48 respondentů.

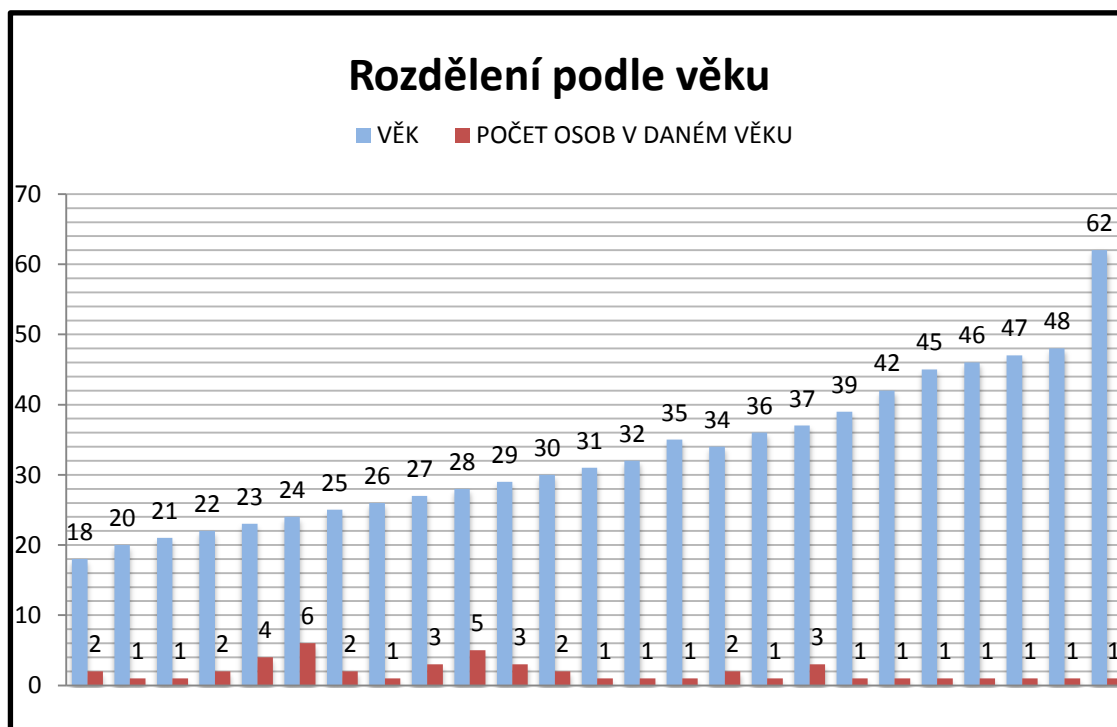
Graf č. 1: Rozdělení podle pohlaví.



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 48 respondentů je 29 (60%) mužů a 19 (40%) žen.

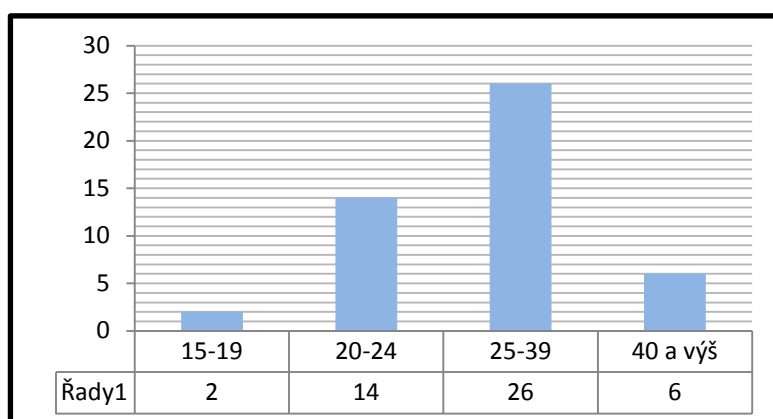
Graf č. 2: Rozdělení podle věku



Zdroj: Vlastní výzkum

Věkové rozpětí všech 48 respondentů je od 18 do 62 let. V příloženém grafu je znázorněn uvedený věk a počet osob v daném věku. Největší zastoupení má skupina ve věku 24 let – 6 respondentů a 28 let – 5 respondentů. Věkový průměr činí 30 let.

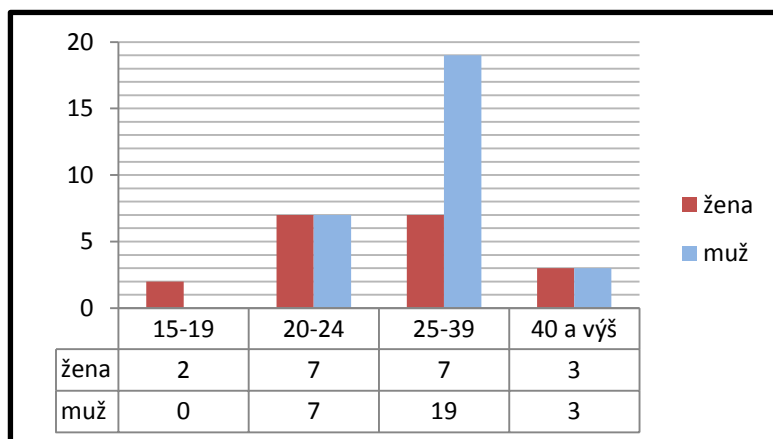
Graf č. 3: Věkové rozložení



Zdroj: Vlastní výzkum

Uvedený věk respondentů byl rozdělen do věkových škál pro přehlednost. Největší zastoupení má skupina ve věku 25-39 let (26), následuje skupina 20-24 let (14). Méně jsou zastoupeni respondenti ve věkové skupině 40 let a výš (4) a 15-19 let (2).

Graf č. 4: Věkové rozdělení podle pohlaví



Zdroj: Vlastní výzkum

V znázorněném grafu je zobrazen rozdíl věkového zastoupení mužů a žen. Ženy dominují nejmladší skupině 15-19 let. Ve věkové skupině 20-24 let jsou pohlaví vyrovnaná, naopak ve skupině 25-39 let jsou výrazně více zastoupeni muži.

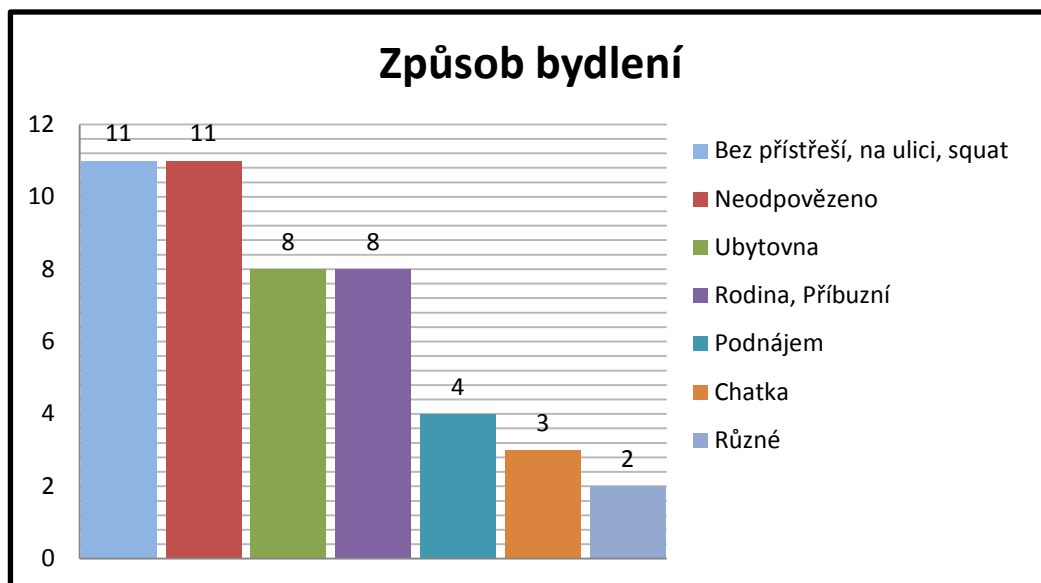
Graf č. 5: Výše dokončeného vzdělání



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 48 respondentů má největší počet (25) respondentů dokončené základní vzdělání. Do této kategorie jsou zařazeny i případy, kde dotyčný pokračoval po základní škole ve vzdělávacím procesu, ale nedokončil je. V počtu 19 respondentů je zastoupena kategorie dokončené střední odborné školy s výučním listem. 2 respondenti uvedli, že mají dokončenou zvláštní školu, 1 respondent pak uvedl, že má dokončenou střední školu s maturitou a 1 vyšší odbornou školu.

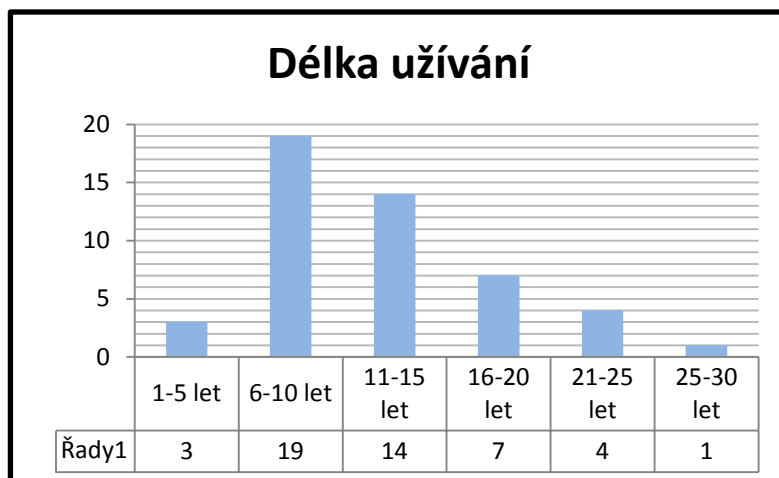
Graf č. 6: Způsob bydlení



Zdroj: Vlastní výzkum

Odpovědi respondentů na způsob bydlení - bez přístřeší, na ulici či ve squatu - byly sloučeny pro grafické zpracování pod jednu odpověď, důvodem byla i častá kombinace těchto odpovědí. Respondenti často uváděli, že bydlení kombinují, tedy občas na ulici, občas ve squatu. Tuto možnost uvedlo 11 z nich. Stejný počet respondentů si na tuto otázku nepřálo odpovědět. 8 respondentů bydlí na ubytovně, ať už sami, či s partnerem, stejný počet respondentů bydlí u příslušníka rodiny (matka, babička, širší rodina). 4 respondenti mají pronajatý byt, v jednom případě jde o byt zprostředkovaný ze zaměstnání. 1 respondentka bydlí v bytě s přítelem, v ostatních 2 případech jde o společný byt obývaný se známými. 3 respondenti obývají rodinnou chatu. Pod možností různé se nachází širší kombinace uvedených způsobů bydlení. Jde o možnosti, kdy respondenti uvedli bydlení střídavě u rodičů, na ulici, u známých či u partnera.

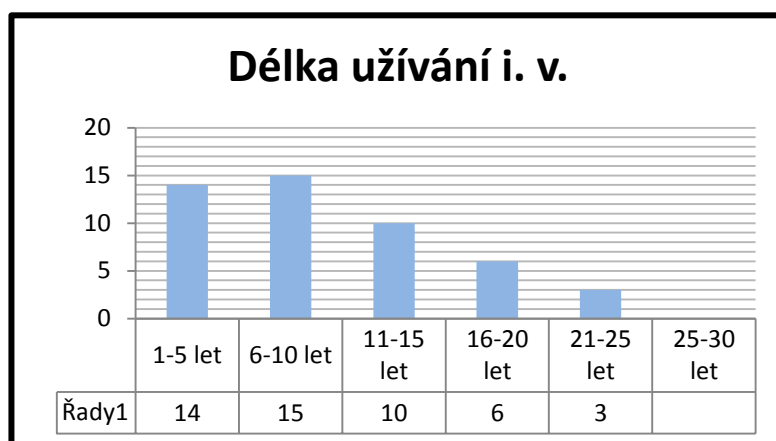
Graf č. 7: Délka užívání návykových látek



Zdroj: Vlastní výzkum

Výše uvedený graf vypovídá o délce užívání návykových látek. Mezi nejpočetnější skupinu patří užívání v délce 6-10 let 19 respondentů (40%), následují respondenti, kteří užívají návykové látky 11-15 let 14 respondentů (30%) a 16-20 let 7 respondentů (14%). Ve 4 případech (6%) respondenti užívají drogy 1-5 let a 1 respondent (2%) 25-30 let.

Graf č. 8: Délka užívání návykových látek nitrožilně

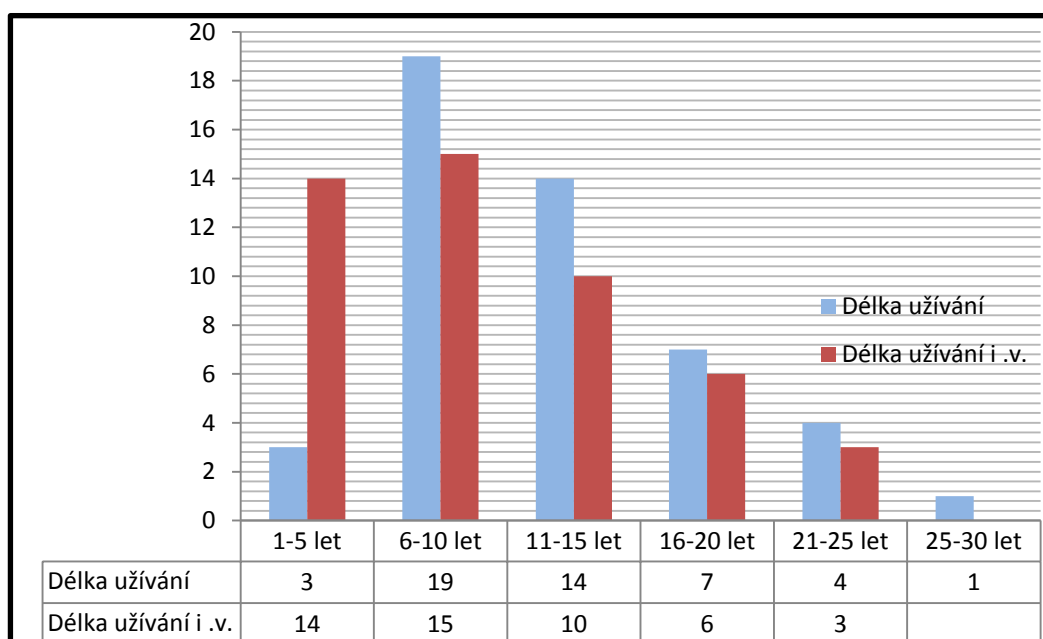


Zdroj: Vlastní výzkum

V grafu je znázorněna délka užívání návykových látek nitrožilně. Nejpočetnější je opět skupina užívající 6-10 let 15 respondentů (32%), následuje užívání v délce 1-5 let

14 respondentů (30%), 11-15 let 10 respondentů (20%), 16-20 let 6 respondentů (12%) a 21-25 let 3 respondenti (6%).

Graf č. 9: Porovnání délky užívání návykových látek s i. v. užíváním



Zdroj: Vlastní výzkum

Ve výše uvedeném grafu jde o porovnání délky užívání návykových látek a délky užívání návykových látek nitrožilně.

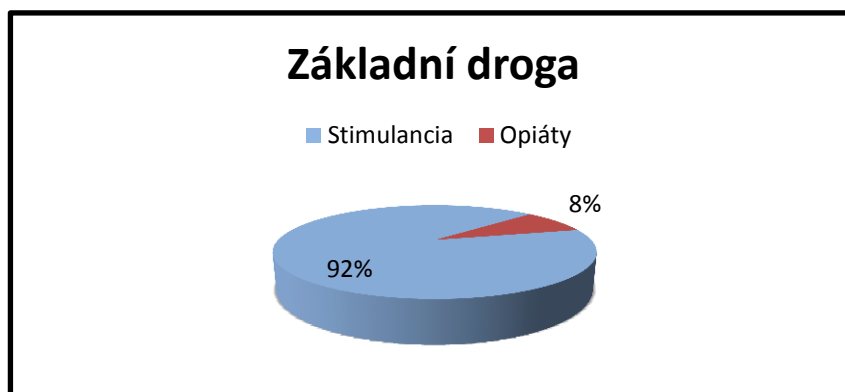
Graf č. 10: Věk prvního injekčního užití drogy



Zdroj: Vlastní výzkum

U 34 (72%) respondentů došlo k prvnímu injekčnímu užití drogy nejčastěji mezi 15 - 19 lety. 5 respondentů (10%) uvedlo, že prvně užílo drogu nitrožilně mezi 20 – 24 lety. Vždy 3 respondenti (6%) datovali své první injekční užití mezi roky 20 – 24 let, do 15 let a 40 a výš let.

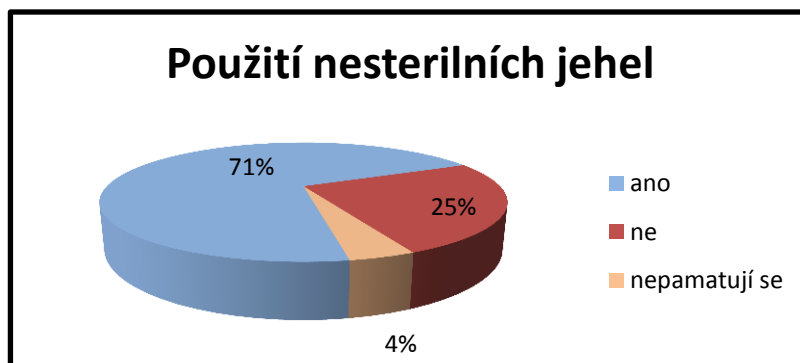
Graf č. 11: Základní droga



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 48 respondentů uvedlo 44 (92%) jako základní drogu látku ze skupiny stimulancií, 4 (8%) uvedlo opiáty. Následně uvedlo 86% respondentů kombinace základní drogy s dalšími. Nejčastěji to byla marihuana, alkohol, rivotril, vendal. Méně často pak LSD, extáze.

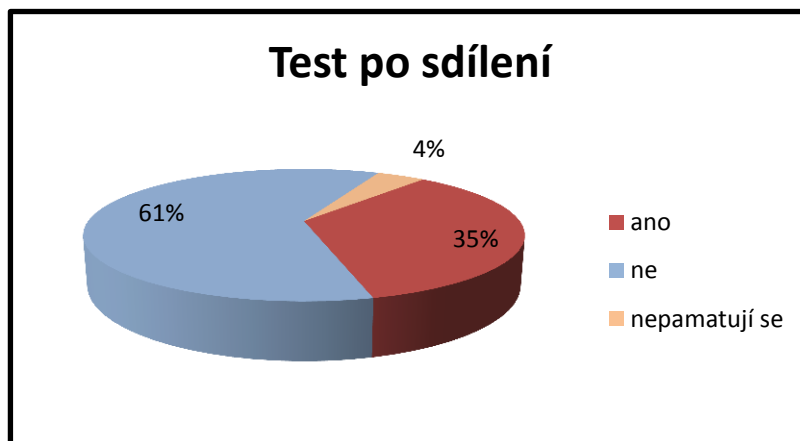
Graf č. 12: Použití nesterilních jehel



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 48 respondentů uvedlo 34 respondentů (71%), že někdy použilo nesterilní injekční jehlu. Z toho jich 6 uvedlo dodatek, sdílení jehly s osobou, o které ví, že není nakažená, nebo s partnerem. Jeden respondent uvedl, že dříve používal nesterilní jehly, ale v současnosti nikoli. 1 respondent uvedl, že jednou použil nesterilní jehlu, ale speciálně kvůli tomu se nechal následně testovat. Jeden respondent nežívá cizí jehly, ale svoje půjčuje. 12 respondentů (25%) nikdy nesdílelo nesterilní jehly a 2 respondenti (4%) si nepamatují.

Graf č. 13: Testování po sdílení nesterilní jehly



Zdroj: Vlastní výzkum

28 respondentů (61%) se po použití nesterilní injekční jehly nenechalo následně testovat. 16 respondentů (35%) se nechalo po použití nesterilní jehly následně testovat a 2 respondenti na otázku neznali odpověď.

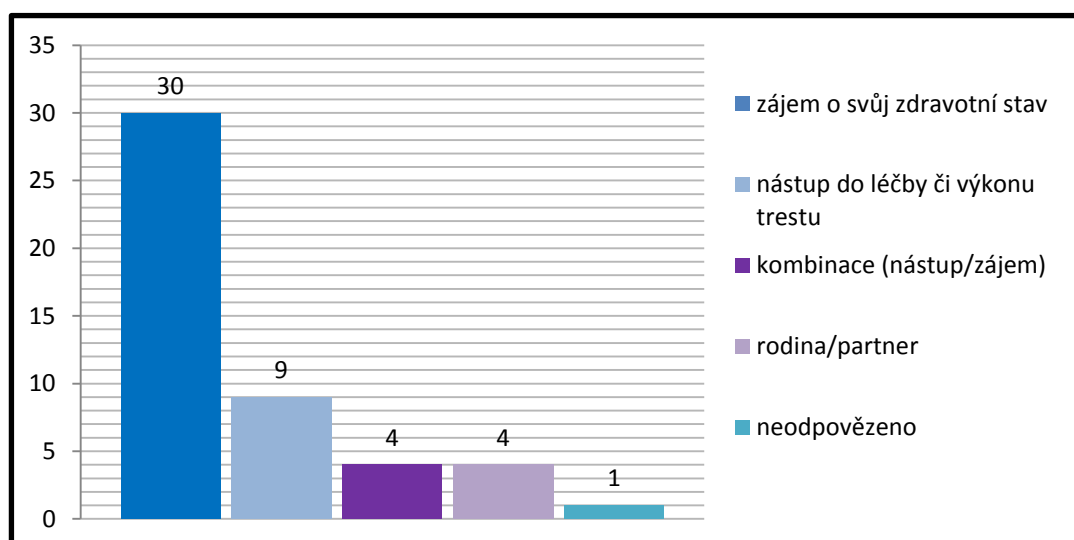
4.2.1 Informace o testování respondentů

Z celkového počtu 48 respondentů uvedlo 44 z nich, že byli alespoň jednou testováni. 4 respondenti uvedli, že nebyli nikdy na nic testováni.

Důvod proč se nenechali respondenti testovat

2 respondenti uvedli důvod, proč se nikdy nenechali testovat, které byly totožné – nechtějí vědět výsledek. Jeden respondent nesdílí nesterilní jehly, proto se testovat nenechal.

Graf č. 14: Důvody k testování



Zdroj: Vlastní výzkum

30 respondentů (63%) se nechalo testovat kvůli zájmu o své zdraví, tedy dobrovolně. 9 respondentů (19%) bylo testováno kvůli nástupu do zařízení, kde se testování vyžaduje. 4 respondenti (8%) uvedli oba důvody, tedy některé absolvované testy byly z důvodu nástupu do zařízení, ve kterých je vyžadováno, respondenti se ale nechávají testovat i dobrovolně, z důvodu zájmu o své zdraví. 4 respondenti (8%) se nechali testovat kvůli přání svých blízkých, rodiny, partnera. 1 (2%) respondent na otázku neodpověděl.

Tabulka č. 1: Testování

Počet testování	Počet respondentů
1	7
2	4
3	3
4	3
5	1
10	2
12	2
15	1
20	1
32	1

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka znázorňuje počet testování a počet respondentů, kteří byli v tomto počtu testování. 7 respondentů bylo testováno jednou, 4 respondenti byli testováni dvakrát, 3 respondenti podstoupili testování třikrát, stejný počet respondentů uvedl, že byl testován čtyřikrát. Desetkrát byli testováni 2 respondenti. Stejný počet respondentů uvedl, že byl testován dvanáctkrát. Počtem testů 15, 20 a 32 se nechal testovat vždy jeden respondent.

Průměrný počet provedených testů je 6,1 na člověka.

Graf č. 15: Zájem o rizika plynoucí z užívání drog



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 48 respondentů se 32 (67%) zajímá o rizika, která plynou z užívání drog, 16 (33%) respondentů se o rizika nezajímá.

Graf č. 16: Testování za rok 2014

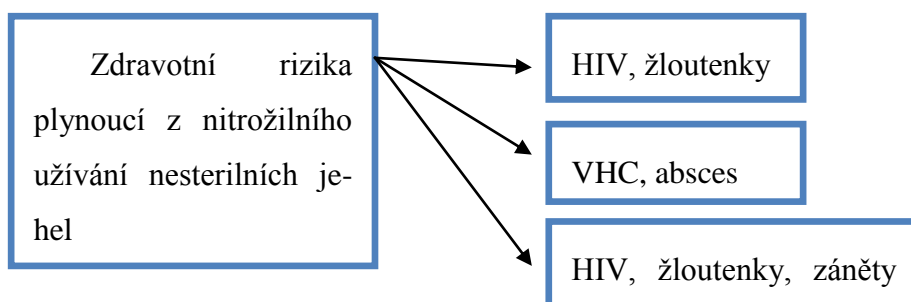


Zdroj: Vlastní výzkum

Z 25 respondentů, kteří na tuto otázku odpověděli, jich 16 (64%) uvedlo, že za rok 2014 nebylo testováno na VHB, VHC a HIV, 9 respondentů (36%) uvedlo, že v roce 2014 testování podstoupilo.

4.2.2 Informace o znalostech problematiky onemocnění

Diagram č. 1: Nejčastější odpovědi respondentů na zdravotní rizika



Zdroj: Vlastní výzkum

Výše uvedený diagram znázorňuje nejčastější odpovědi respondentů na otázku, jaká znají zdravotní rizika nitrožilního užívání nesterilních jehel. Velice častá byla kombinace odpovědí žloutenky (obecně) a HIV. Virovou hepatitida C v odpovědích zaznívala často jako jediná. Z nepřenositelných onemocnění pak jmenovali respondenti absces.

4.3 Výsledky z dotazníkového šetření určeného nízkoprahovým centřum

Tabulka č. 2: Přehled nízkoprahových center testujících na daná onemocnění

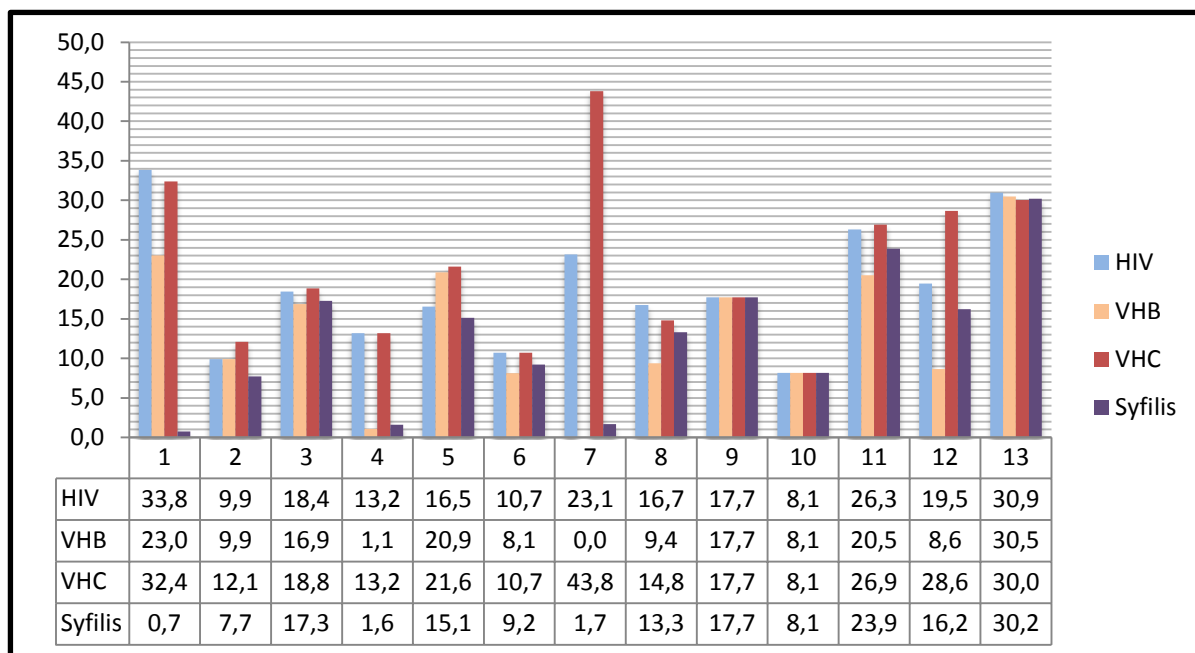
Název zařízení	HIV	VHB	VHC	Syfilis
K-centrum Prostějov	33,8	23,0	32,4	0,7
Drogová služba na Blanensku	2,7	9,7	13,3	
Terénní programy Kolín	2,3	3,9	4,2	
K-centrum netopeer Znojmo	9,9	9,9	12,1	7,7
K-centrum Frýdek-Místek	18,4	16,9	18,8	17,3
K-centrum Kolín	7,8	8,3	12,7	
K-centrum Krédo Šumperk	13,2	1,1	13,2	1,6
K-centrum Kotec	16,5	20,9	21,6	15,1
Centrum Magdaléna	8,0		8,0	0,8
K-centrum Prevent	10,7	8,1	10,7	9,2
Podané ruce Vyškov	7,7	1,7	15,4	
Sdružení Meta J. Hradec	23,1	0,0	43,8	1,7
K-centrum Litoměřice	16,7	9,4	14,8	13,3
K-centrum White light Rum-	17,7	17,7	17,7	17,7
Husův dům Dvůr Králové	8,1	8,1	8,1	8,1
Centrum u Větrníku Jihlava	26,3	20,5	26,9	23,9
Oblastní charita Kroměříž	21,4		19,4	5,5
K-centrum Břeclav	19,5	8,6	28,6	16,2
Agentura sociální práce Plzeň	30,9	30,5	30,0	30,2
Terénní program Brno	4,2	3,9	3,8	
K-centrum Mladá Boleslav			10,0	
K-centrum Laxus			17,3	

Zdroj: Vlastní výzkum

Z 32 sledovaných nízkoprahových zařízení, která jsou určena pro uživatele návykových látek, jich 22 provádí testování alespoň na jedno onemocnění (HIV, VHB, VHC, syfilis). 13 provádí testování na všechna onemocnění. 5 zařízení nabízí testování na HIV, virové hepatitidy, ale ne na syfilis. 2 zařízení neprovádí testování virové hepatitidy B, provádí pouze testy na virovou hepatitidu C, HIV a syfilis. Poslední 2 zařízení

testují jen na virovou hepatitidu C. V tabulce je zastoupeno všech 22 center. U každého centra je spočítána protestovanost v procentech za rok 2014 k danému onemocnění.

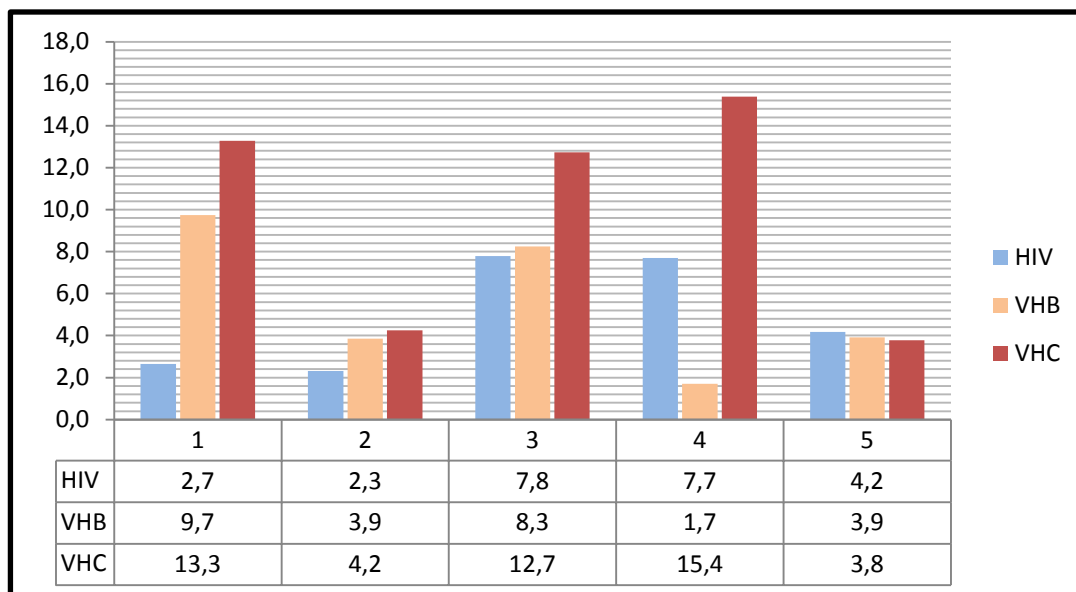
Graf č. 17: Znázornění center testujících HIV, VHB, VHC, syfilis



Zdroj: Vlastní výzkum

V grafu je znázorněno 13 zařízení testujících na HIV, VHB, VHC, syfilis. Ve 3 centrech jsou testována všechna onemocnění ve stejném nebo velice podobném počtu. Jde o K-centrum Rumburk, kde je protestovanost za rok 2014 na HIV, VHB, VHC a syfilis 17,7%. Dalším je centrum Husův dům ve Dvoře Královém, kde je protestovanost na daná onemocnění 8,1%. Agentura sociální práce v Plzni má testování odlišné jen ve velmi malém měřítku HIV 30,9%, VHB 30,5%, VHC 30%, syfilis 30,2%. Dle údajů je nejmenší zájem o testování na syfilis. Ve 3 centrech je protestovanost za rok 2014 pod hranicí 1,7%. Nejvyšší míra protestovanosti se objevuje u virové hepatitidy C, v centru Meta, v Jindřichově Hradci dosahuje 43,8%.

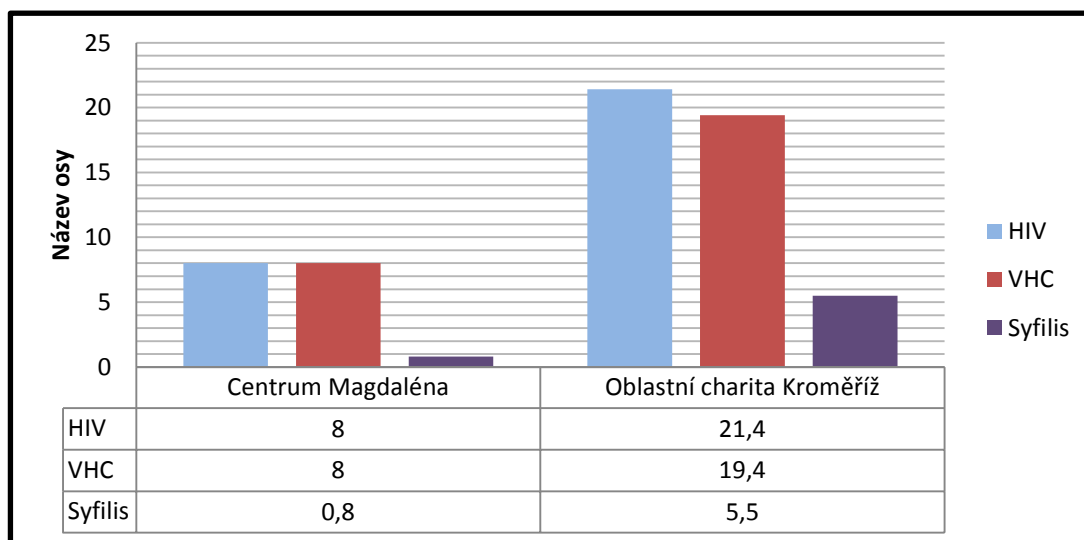
Graf č. 18: Znázornění center testujících na HIV, VHB, VHC



Zdroj: vlastní výzkum

5 center nabízí testování na virové hepatitidy B a C a HIV. Největší míra protestovanosti je u VHC.

Graf č. 19: Znázornění center testujících na HIV, VHC, syfilis



Zdroj: Vlastní výzkum

2 centra, která testují na HIV, VHC a syfilis, nenabízejí testování na virovou hepatitidu B. Nejmenší protestovanost je na syfilis, největší opět na virovou hepatitidu C.

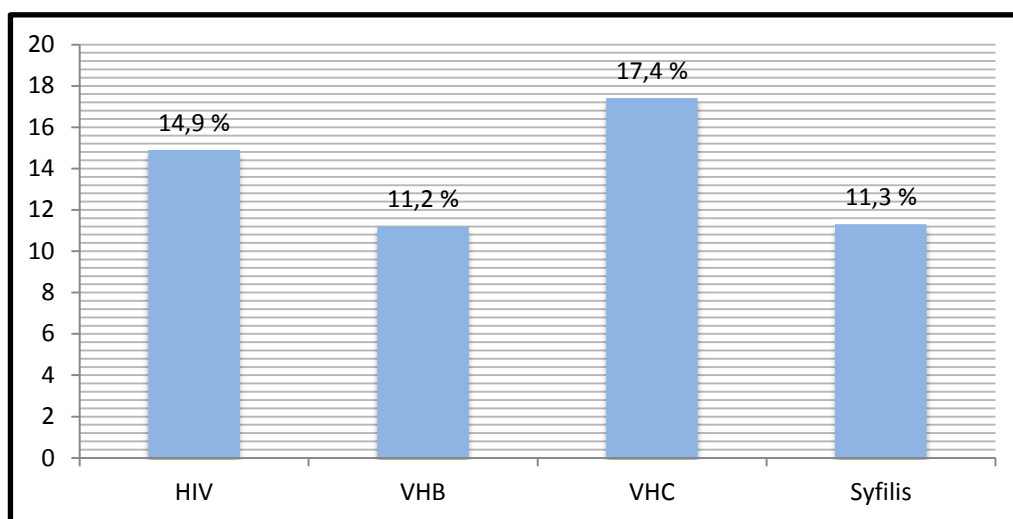
Tabulka č. 3: Znázornění center testujících na VHC

Sloupec1	K-centrum Mladá Boleslav	K-centrum Laxus
VHC	10%	17,3%

Zdroj: Vlastní výzkum

2 centra nabízejí testování pouze na virovou hepatitidu C. V K – centru Laxus je protestovanost 17,3%, v K – centru Mladá Boleslav 10%.

Graf č. 20: Průměrná protestovanost za rok 2014 v %

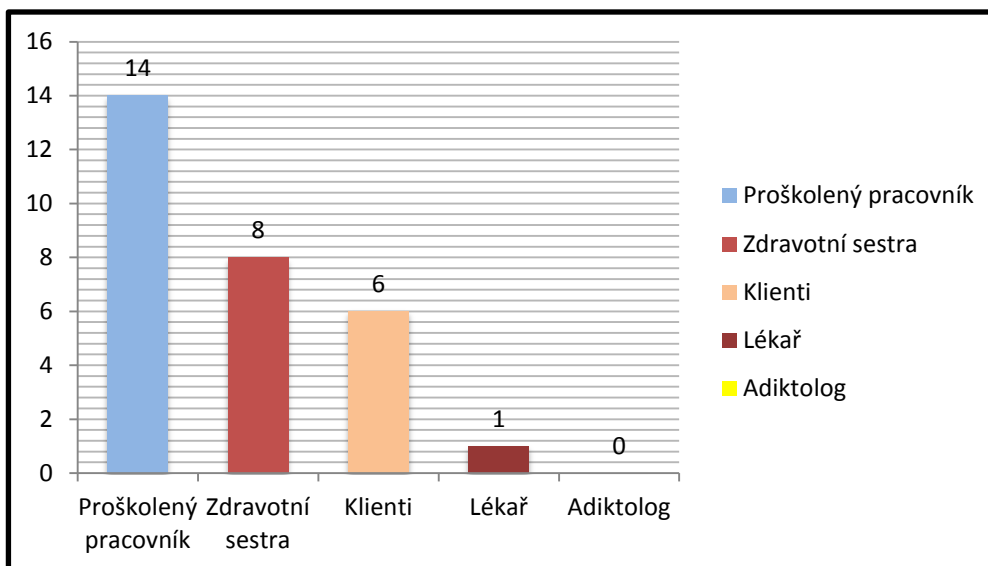


Zdroj: Vlastní výzkum

Průměrná protestovanost virové hepatitidy C vypočítaná z 22 center za rok 2014 je 17,4%. Průměrná protestovanost virové hepatitidy B vypočítaná z 18 center za rok 2014 je 11,2%. Průměrná protestovanost HIV vypočítaná z 20 center je 14,9%.

Průměrná protestovanost syfilis vypočítaná z 15 center je 11,3%.

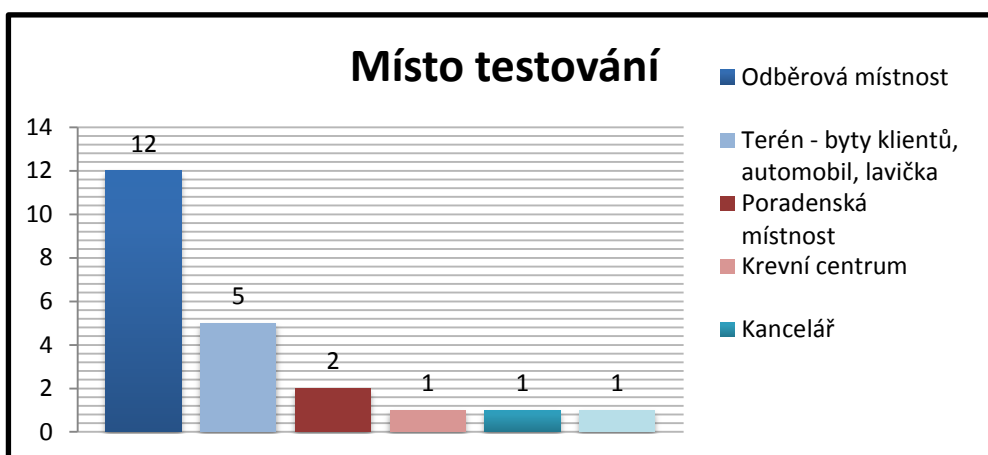
Graf č. 21: Kdo provádí testování



Zdroj: Vlastní výzkum

Nejčastěji volenou odpověď na otázku, kdo testování v nízkoprahových centrech provádí, byl proškolený pracovník (64%), následovala odpověď zdravotní sestra (36%) a možnost sami klienti (27%). Možnost, kdy testování provádí lékař, byla volena jednou.

Graf č. 22: Kde testování probíhá

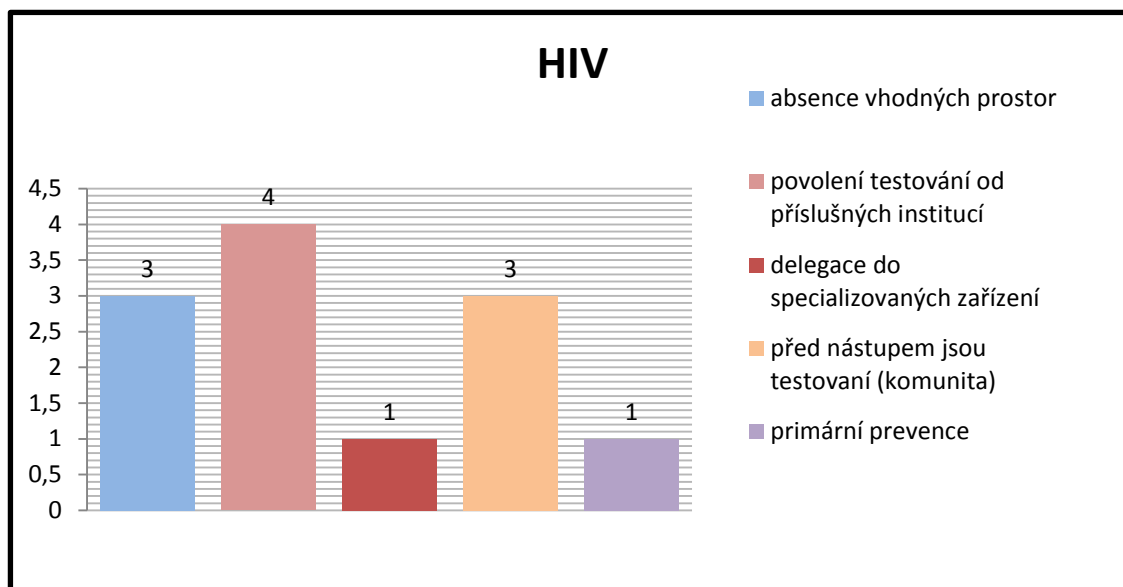


Zdroj: Vlastní výzkum

Pokud testování probíhá v centru, nejčastěji volenou odpovědí byla odběrová místnost, ve dvou případech testování probíhá v poradenské místnosti a jednou byla zvolena

možnost v kanceláři. Pětkrát byla zvolena možnost v terénu (automobil, byty klientů, lavička).

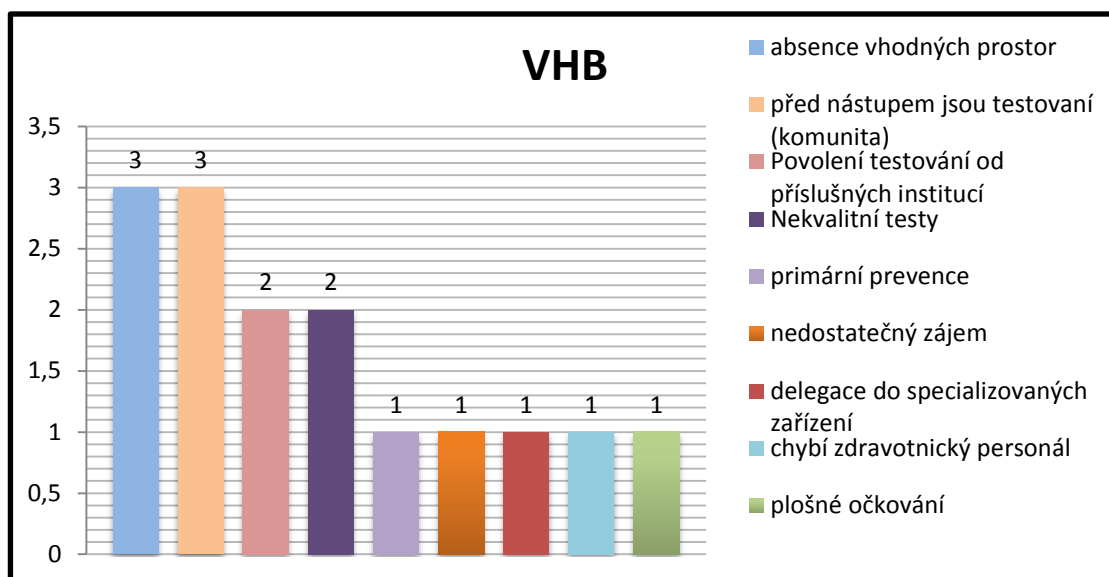
Graf č. 23: Důvody netestování na HIV



Zdroj: Vlastní výzkum

Nejčastěji volenou odpovědí důvodu pro neprovádění testů bylo povolení testování od příslušných institucí. Možnost absence vhodných prostor pro neprovádění testu byla volena z 25%. 3x byla volena možnost, kdy jsou klienti testováni již před vstupem do zařízení, v tomto případě šlo o terapeutické komunity. Jedno zařízení poskytuje pouze primární prevenci. Jedno centrum deleguje klienty do specializovaných zařízení.

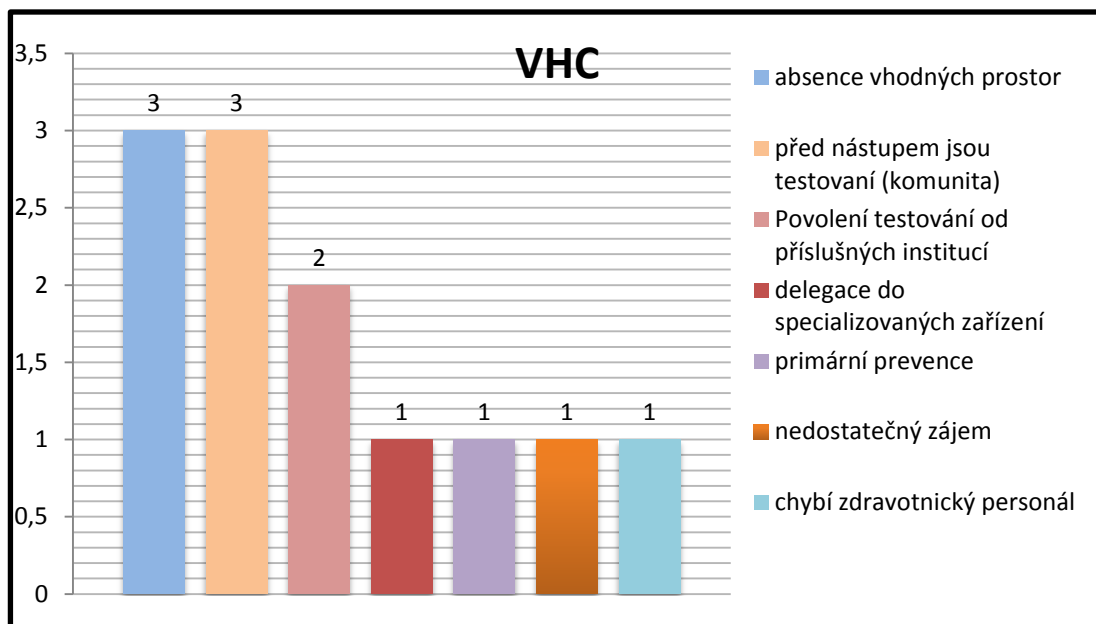
Graf č. 24: Důvody netestování VHB



Zdroj: Vlastní výzkum

Důvodem k neprovádění testů na VHB byly nejčastěji volené možnosti – absence vhodných prostor k testování a možnost, kdy jsou klienti testováni již před vstupem do centra (terapeutická komunita). 2x byl volen důvod neprovádění testů kvůli povolení od příslušných institucí a také nekvalitní testy. Po jednom jsou zastoupeny možnosti – nedostatečný zájem klientů, plošné očkování na VHB, zařízení chybí zdravotnický personál na provedení testů, jedno zařízení deleguje klienty do specializovaných zařízení. Jedno zařízení se specializuje pouze na primární prevenci.

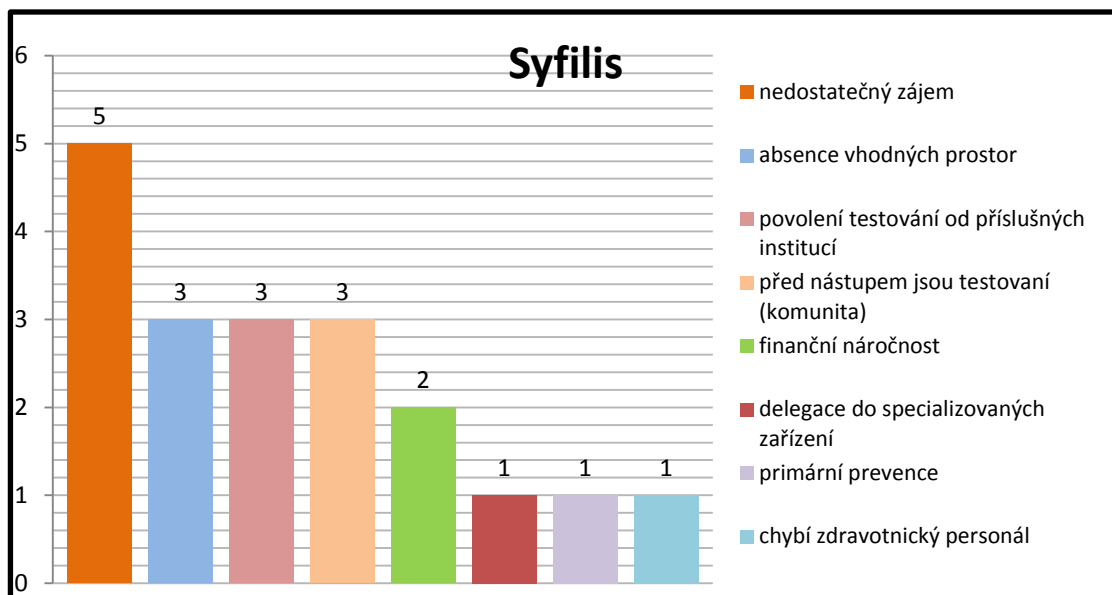
Graf č. 25: Důvody netestování na VHC



Zdroj: Vlastní výzkum

Důvodem k neprovádění testů na VHC byly nejčastěji volené možnosti – absence vhodných prostor k testování a možnost, kdy jsou klienti testováni již před vstupem do centra (terapeutická komunita). 2x byl volen důvod neprovádění testů kvůli povolení od příslušných institucí. Po jednom jsou zastoupeny možnosti – nedostatečný zájem klientů, zařízení chybí zdravotnický personál na provedení testů a jedno zařízení deleguje klienty do specializovaných zařízení. Jedno zařízení se specializuje pouze na primární prevenci.

Graf č. 26: Důvody netestování na syfilis



Zdroj: Vlastní výzkum

Nejčastěji volenou odpovědí pro neprovádění testů na onemocnění syfilis je nedostatečný zájem ze strany klientů. Dalším často voleným důvodem k neprovádění testů na syfilis byly možnosti – absence vhodných prostor k testování a možnost, kdy jsou klienti testováni již před vstupem do centra (terapeutická komunita) a neprovádění testů kvůli povolení od příslušných institucí. 2 centra zvolila možnost finanční náročnosti testování. Po jednom jsou zastoupeny možnosti – centrum se specializuje pouze na primární prevenci, centrum deleguje klienty do specializovaných zařízení a možnost, kdy chybí zdravotnický personál k provedení testu.

5 Diskuze

Ve své diplomové práci jsem se zabývala problematikou vyšetření uživatelů drog na virové hepatitidy B a C, HIV a syfilis v nízkoprahových centrech. Tato problematika je velmi diskutovaným tématem mnoha odborníků. Kalina, Mravčík a Nečas připomínají důležitost provádět screeningové vyšetření uživatelů drog v nízkoprahových centrech z důvodu úzkého kontaktu uživatelů se zaměstnanci center. Na druhé straně stojí nesouhlasné stanovisko Ministerstva zdravotnictví České republiky a příslušných odborných institucí, které se mohou opřít o legislativu ČR. Jelikož jde ve většině případů o nezdavatnická zařízení, není testování legislativně podloženo.

Diplomová práce je v rámci výzkumu rozdělena na 2 okruhy. Jedna část práce je zaměřena na uživatele návykových látek a jejich postoje k testování. Druhá část na nízkoprahová centra, na jejichž protestovanost za rok 2014 a jakým způsobem testování provádí.

Výzkumný soubor je tvořen nitrožilními uživateli návykových látek. Výzkum byl prováděn v Kontaktním centru Český Krumlov, který v rámci terénního programu pracuje v lokalitách Český Krumlov, Větřní, Kaplice, Horní Planá, Loučovice, Frymburk, Vyšší Brod a v příhraničních lokalitách, jako Horní a Dolní Dvořiště a Studánky, ve kterých je problematika návykových látek výrazná. Výzkumný soubor tvořilo 18 respondentů. Byl použit polostrukturovaný rozhovor, který tvořily 4 okruhy:

- Identifikační údaje: jako věk, pohlaví, bydlení, vzdělání a ekonomická aktivita.
- Drogová anamnéza: první užití drogy, druh užívané drogy, sdílení injekční stříkačky.
- Testování: Zda se uživatelé nechávají testovat a z jakého důvodu
- Informovanost: znalost rizik, které souvisí s nitrožilním užíváním a sdílením stříkačky.

Je třeba uvést poznámku, že hovořit s neznámým člověkem na téma své závislosti není lehké a chce to určitou dávku odvahy, z tohoto důvodu někteří respondenti neodpovídali na všechny otázky a nebyli k tomu nijak přemlouváni a nuceni.

K souboru 18 respondentů z kontaktního centra Český Krumlov byl připojen soubor 30 respondentů z Kontaktního centra České Budějovice. K získání dat byl použit anonymní dotazník, který je tvořen 3 základními okruhy. Byla zjišťována základní drogová anamnéza a identifikační údaje (užívané návykové látky, sdílení nesterilních jehel, věk, pohlaví, místo pobytu, vzdělání), informace o testování na infekční onemocnění (HIV, VHB, VHC, syfilis) a informace o znalostech týkajících se zdravotních rizik. Pro zhodnocení výsledků jsou data z Kontaktního centra v Českém Krumlově Kontaktního centra Prevent v Českých Budějovicích sloučeny. Celkový výzkumný soubor je tedy tvořen 48 respondenty.

V úvodu rozhovoru a dotazníků jsem zjišťovala identifikační údaje, jako je pohlaví, věk, způsob bydlení, nejvyšší dosažené vzdělání. Výzkumný soubor tvořilo 29 (60%) mužů a 19 (40%) žen. Věkové spektrum respondentů bylo široké, od 18 do 62 let. Nejvíce zastoupenou byla skupina 25-39 let (54,5%) následovala skupina 20-24 let (29%), dále skupina 40 let a výš (12,5%) a 15-19 let (4%) Je zde patrný rozdíl věkového zastoupení u mužů a žen, kdy ženy dominují skupině nejmladší, tedy 15-19 let, a muži naopak starším skupinám, tj. 25-39 let. *Toto věkové rozložení je téměř shodné s Výroční zprávou drogové epidemiologie (incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčebných uživatelů drog v České republice rok 2014), (dále jen „Výroční zpráva drogové epidemiologie za rok 2014“) – 15-19 let (11,4%), 20-24 let (19,2%), 25-39 let (58,4%) a 40 let a výš (8,9%). Výsledek se ovšem rozlišuje ve skupině 15 – 19 let. Další otázkou byl zjišťován stupeň nejvyššího dosaženého vzdělání. Z celkového počtu 48 respondentů má největší počet (56%) dokončené základní vzdělání, do této kategorie jsou zařazeny i případy, kde dotyčný pokračoval po základní škole ve vzdělávacím procesu, ale nedokončil je. 39% respondentů má dokončenou střední odbornou školu s výučním listem, po 2% je zastoupena střední škola a vyšší odborná škola. Toto rozložení se shodné s výsledky Výroční zprávy drogové epidemiologie z roku 2014, kdy většina respondentů uvedla jako nevyšší dosažené vzdělání základní školu. Pomocí další otázky byl zjišťován*

způsob bydlení, respondenti častokrát neměli na tuto otázku jednoznačnou odpověď. Pokud nemají například stálý podnájem, dochází k situaci, kdy žijí střídavě u přátel, rodičů, partnerů, na ubytovně, ulici, či nějakém squatu. Do grafů byl zpracován aktuální stav respondentů. Odpovědi - bez přístřeší, na ulici či ve squatu - byly sloučeny pro jednodušší grafické zpracování pod jednu odpověď. Tu uvedlo 25% respondentů. 23% respondentů na tuto otázku neodpovědělo. 17% respondentů bydlí na ubytovně a stejný počet u rodiny, či příbuzného. 8% má pronajatý byt, v jednom případě jde o byt zprostředkovaný ze zaměstnání. 1 respondentka bydlí v bytě s přítelem, v ostatních 2 případech jde o společný byt obývaný se známými. 6% respondentů obývá chatku například v zahrádkářské kolonii, či rodinnou chatu. 4% respondentů uvedli neustálé střídání formy bydlení (rodiče, známý, partner).

Na identifikační otázky navazoval okruh týkající se užívání drog. Zjišťovala jsem, kdy respondenti s užíváním návykových látek začali, jak dlouho je užívají a od kdy začali drogy užívat nitrožilně. Nejčastěji respondenti uváděli, že užívají návykové látky v délce 6-10 let (40%), následují respondenti, kteří užívají návykové látky 11-15 let (30%) a 16-20 let (14%). Početně nejmenší skupinou byli respondenti, kteří užívají návykové látky 1-5 let a více jak 25 let. Má další otázka byla, jak dlouho respondenti užívají drogy nitrožilně. Nejpočetnější je opět skupina užívající 6-10 let (32%), následuje délka užívání 1-5 let (30%), 11-15 let (20%), 16-20 let (12%) a 21-25 let (6%), skupina 25 a výš zde zastoupena není. Nitrožilní užívání drog následuje v průměru po 3-4 letech od různých drogových experimentů. Respondenti uváděli, že nejčastěji začínali s alkoholem, marihuanou, následovali různé kombinace a experimenty, nitrožilnímu užívání pervitinu často předcházelo jeho užívání šňupáním. Věk prvního injekčního užití drogy je nejčastěji mezi 15-19 lety, *tento údaj je shodný s výsledky Výroční správy drogové epidemiologie za rok 2014.*

Má následující otázka se týkala sdílení injekčních jehel. Tato otázka je velmi důležitá z důvodu nebezpečnosti přenosu HIV a virových hepatitid B a C. V rámci výzkumu bylo zjištěno, že nesterilní jehlu použilo alespoň jednou (34) 78% respondentů. Z toho jich 6 uvedlo dodatek, sdílení jehly s osobou, o které ví, že není nakažená, nebo s partnerem. Jeden respondent uvedl, že dříve používal nesterilní jehly, ale

v současnosti nikoli. Jeden respondent uvedl, že jednou použil nesterilní jehlu, ale speciálně kvůli tomu se nechal následně testovat. Jeden respondent neužívá cizí jehly, ale svoje půjčuje. Pouze 12 respondentů (25%) uvedlo, že používá vždy sterilní jehly. 2 respondenti (4%) na otázku nedokázali odpovědět, protože si nepamatovali, zda někdy sdíleli nesterilní materiál. Z 34 respondentů, kteří uvedli, že sdíleli injekční materiál, se nechalo 16 následně testovat.

Dále jsem se v rozhovorech a dotazníku zaměřila na otázky týkající se testování na onemocnění HIV a virové hepatitidy B a C. Z celkového počtu 48 respondentů uvedlo 44 (92%), že byli alespoň jednou testováni. Ani jednou nebyli testováni 4 (8%) respondenti. *Tento údaj je v souladu s výsledky výzkumu diplomové práce Lucie Krúpové s názvem Problematika testování HIV z pohledu uživatelů návykových látek z roku 2011, (dále jen diplomová práce Problematika testování HIV z pohledu uživatelů návykových látek) – dle této práce se 10% respondentů se nenechalo nikdy testovat.* Důvodem byl strach z výsledku testu, který nechtěli znát. Jeden respondent uvedl, že injekční materiál používá vždy sterilní, z toho důvodu nepotřebuje chodit na testy.

Mou další otázkou bylo, z jakého důvodu se respondenti nechali testovat na onemocnění HIV a virové hepatitidy. 30 respondentů odpovědělo, že se nechalo testovat kvůli zájmu o své zdraví, tedy dobrovolně. *Tento výsledek je shodný s výsledky diplomové práce Problematika testování HIV z pohledu uživatelů návykových látek, kdy nejčastěji udávaným důvodem pro provedení testování byl zájem o svůj zdravotní stav.* 9 respondentů bylo testováno kvůli nástupu do zařízení, kde se testování vyžaduje, tedy nějaké nápravné zařízení, či nástup do léčby. 4 respondenti uvedli oba důvody, tedy některé absolvované testy byly z důvodu nástupu do zařízení, ve kterých je testování vyžadováno, některé testy byly provedené dobrovolně kvůli zájmu o své zdraví. Kvůli své rodině, blízkým, či partnerce, se nechali testovat 4 respondenti. Například jedna respondentka uvedla, že se nechává testovat kvůli své tchýni, která má v péči její dcerku, negativní test potřebuje, aby se s ní mohla stýkat. Podobný případ byl u jednoho respondenta muže, který se chtěl stýkat se svými dětmi. V rámci výzkumu byl zjišťován počet provedených testů u každého respondenta. Průměrně se každý respondent nechal testovat 6x. *Tento výsledek je v rozporu s výsledkem diplomové práce Problema-*

tika testování HIV z pohledu uživatelů návykových látek, kde je uváděn průměrný počet testů na 1 respondenta 3,6x. Tento rozpor může být dán skutečností, že výzkumný soubor tvořili 3 jedinci, kteří uvedli počet testů 15x, 20x a 32x. V jednotlivých respondentech jsou ale značné rozdíly. U 7 respondentů je jednoznačné, že testování nepodceňují a chodí na ně skutečně pravidelně, bylo u nich provedeno testování 10x a výš. Jen jednou za život bylo testováno 7 uživatelů.

Další otázkou jsem zjišťovala, zda byli respondenti testováni v roce 2014. Na tuto otázku bylo pro mnoho respondentů těžké odpovědět, protože si někteří nepamatovali, kdy naposled a kolikrát na testech byli. Odpovědělo na ní pouze 25 respondentů a 9 (36%) z nich uvedlo, že bylo za rok 2014 testováno na HIV nebo virové hepatitidy B a C. Tito respondenti se zpravidla nechávají testovat pravidelně 2x či 3x za rok. *Toto procento je nižší než uvádí Výroční zpráva drogové epidemiologie z roku 2014 – podíl netestovaných na virové hepatitidy 45 – 64% a 50% HIV.*

Na položenou otázku, zda se respondenti zajímají o svůj zdravotní stav, jich 32 (66%) odpovědělo kladně. *Tento výsledek je v souladu s výsledkem diplomové práce Problematika testování HIV z pohledu uživatelů návykových látek, kde uvedlo 70% respondentů zájem o problematiku HIV nákazy.*

Další kruh tvořily otázky týkající se informovanosti respondentů o rizicích, která souvisejí s injekčním užíváním drogy, především sdílením injekčního materiálu. Respondenti nejčastěji uváděli virové hepatitidy, HIV, ale i různé abscesy a záněty žil. Dalo by se říci, že nejvíce obávanou je u respondentů virová hepatitida C.

V rámci praktické části mé diplomové práce byl proveden kvantitativní výzkum v nízkoprahových centrech České republiky. Dle výroční zprávy drogové epidemiologie bylo v roce 2014 na území ČR 76 aktivních nízkoprahových center, těmto centřům byl v rámci výzkumného šetření rozeslán dotazník. Návratnost činila 42%. Výzkumný soubor diplomové práce je 32 nízkoprahových zařízení. Byl vytvořen dotazník, který se zaměřoval na otázky, zda centra testují na HIV, VHB, VHC a syfilis, jaká je protestovanost v jednotlivých zařízeních za rok 2014. Jakým způsobem zde testování probíhá (kdo testování provádí, kde je testováno), dále jsou zde uvedeny důvody, proč zařízení

testování neprovádí. Nízkoprahová centra jsou často prvním zařízením, které uživatelé drog navštíví. Je proto dobré, aby v této instituci dostali informace o drogách, o aplikaci drog, o způsobu přenosu infekčních nemocí a informace o možnosti testování. Nízkoprahová centra mají k testování a retestování motivovat. Velmi efektivní by bylo, kdyby nízkoprahové centrum mělo možnost samo testovat infekční nemoci, jako je HIV, VHB a VHC a syfilis. Pro možnost testovat potřebují centra povolení od příslušných institucí, zařízení musí být vedeno jako zdravotnické.

Ve 22 zařízeních probíhá testování alespoň na jedno onemocnění (HIV, VHB, VHC, syfilis). Ve 13 centrech provádí testování na všechna výše uvedená onemocnění. 5 zařízení nabízí testování na HIV, virové hepatitidy, ale ne na syfilis. 2 zařízení neprovádí testování virové hepatitidy B, provádí pouze testy na virovou hepatitidu C, HIV a syfilis. Poslední 2 zařízení testují jen na virovou hepatitidu C. *Poměr testování je podobný s průzkumem národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti 2014, kde se do průzkumu zapojilo celkem 49 nízkoprahových programů napříč ČR, z nichž 41 uvedlo výsledky testování na VHC, 36 na HIV infekci, 30 na syfilidu a 25 na VHB.*

Z údajů, které vyplynuly z výzkumu, byla následně vypočítána protestovanost jednotlivých onemocnění za rok 2014. Nejvyšší procento protestovanosti je u virové hepatitidy C 17,4%, která byla testována ve 22 zařízeních, naopak virová hepatitida B, která je testována v 18 centrech, má značně nižší procento protestovanosti 11,2%, může to být dáno zavedeným plošným očkováním na území České republiky, ale také jak bude uvedeno níže nespolehlivostí nabízených testů. Průměrná protestovanost HIV vypočítaná z 20 center je 14,9%. Průměrná protestovanost syfilis vypočítaná z 15 center je 11,3%.

V rámci výzkumu bylo zjišťováno, kdo testování v nízkoprahových centrech provádí. Nejčastěji volenou odpovědí nízkoprahových center na tuto otázku byl proškolený pracovník (64%), *tato skutečnost je v rozporu s vyhláškou 55/2011 Sb.* Následovala odpověď zdravotní sestra (36%) a možnost sami klienti (27%). Možnost, kdy testování provádí lékař, byla volena jednou.

Další otázka se týkala místa, kde testování probíhá. Pokud jde o testování v centru, nejčastěji volenou odpovědí byla odběrová místnost, ve dvou případech testování probíhá v poradenské místnosti a jednou byla zvolena možnost v kanceláři. Pětkrát byla zvolena možnost v terénu (automobil, byty klientů, lavička). *Pro minimální standard k testování na infekční choroby musí mít nízkoprahové centrum vyhovující prostory, vyhotovený vnitřní manuál o způsobu provedení testu, desinfekci, úklidu, odstranění biologického odpadu. Dále musí být zajištěna možnost standardního testu v laboratoři, pokud vyjde reaktivní test ze slin nebo z kapilární krve. Musí být zajištěn kontakt pro další lékařskou péči, pokud má klient prokázanou infekci. Centra musí vést evidenci v lékařské kartě a dvakrát ročně podávat hlášení o počtu vyšetřených do NRL AIDS a SZÚ. Pokud centrum nemá statut zdravotnického zařízení, může provádět pouze testy z kapilární krve nebo ze slin.* (49, 50, 51)

V dalších otázkách jsem se snažila zjistit, jaké mají nízkoprahová centra důvody k netestování. Ve sledovaném souboru byly tři terapeutické komunity, kde klienti před nástupem musejí být testováni. Jedno zařízení je vedené pouze jako centrum primární prevence, kde testování neprobíhá a jedno centrum deleguje své klienty do specializovaných zařízení.

Nejčastějšími důvody pro neprovádění testů na HIV bylo povolení testování od příslušných institucí a s tím související absence vhodných prostor pro provádění testů. Důvodem k neprovádění testů na virovou hepatitidu B je stejně jako u HIV absence vhodných prostor pro testování a povolení od příslušných institucí. Objevuje se zde také možnost nekvalitních testů, které jsou nabízeny nízkoprahovým centrům a nedostatečný zájem klientů o testování na virovou hepatitidu B, který je dán především zavedeným plošným testováním. Zařízením také chybí zdravotnický personál. Důvody týkající se virové hepatitidy C jsou obdobné, především chybí vhodné prostory pro provedení testování a povolení od příslušných institucí. Nejčastěji volenou odpovědí pro neprovádění testů na onemocnění syfilis je nedostatečný zájem ze strany klientů. Dalším často voleným důvodem k neprovádění testů na syfilis byly možnosti – absence vhodných prostor k testování a neprovádění testů kvůli povolení od příslušných institucí. Centra také volila odpověď týkající se finanční náročnosti testů.

Na závěr si lze položit otázku, zda stanovená legislativa týkající se testování infekčních nemocí v nízkoprahových centrech skutečně odpovídá aktuálním potřebám ochrany veřejného zdraví či není naopak překážkou pro tvorbu účinné prevence.

Ve své diplomové práci jsem si stanovila 6 cílů:

Cíl 1: Zmapovat protestovanost VHB u uživatelů drog v nízkoprahových zařízeních za rok 2014

Pro zjištění protestovanosti bylo formou dotazníků osloveno 32 nízkoprahových center, 18 z nich provádělo test na VHB. Byla jim položena otázka, kolik provedli testů a kolik klientů navštívilo centrum za rok 2014. Z těchto dat byla vypočítána protestovanost, která činí 11,2%.

Cíl 2: Zmapovat protestovanost VHC u uživatelů drog v nízkoprahových zařízeních za rok 2014

Pro zjištění protestovanosti bylo formou dotazníků osloveno 32 nízkoprahových center, 22 z nich provádělo test na VHC. Byla jim položena otázka, kolik provedli testů, a kolik klientů navštívilo centrum za rok 2014. Z těchto dat byla vypočítána protestovanost, která činí 17,4%.

Cíl 3: Zmapovat protestovanost HIV u uživatelů drog v nízkoprahových zařízeních za rok 2014

Pro zjištění protestovanosti bylo formou dotazníků osloveno 32 nízkoprahových center, 20 z nich provádělo test na HIV. Byla jim položena otázka, kolik provedli testů a kolik klientů navštívilo centrum za rok 2014. Z těchto dat byla vypočítána protestovanost, která činí 14,9%.

Procenta protestovanosti jsou poměrně malá vzhledem k tomu, že 71% respondentů uvedlo, že sdílelo injekční jehlu a velká většina zná rizika, která s tím souvisí. 67% respondentů také uvedlo, že se zajímá o svůj zdravotní stav.

Cíl 4: Zjistit jakým způsobem testování v nízkoprahových centrech probíhá.

Pro zodpovězení tohoto cíle byly položeny otázky, kdo testování provádí a kde probíhá. V nadpoloviční většině (67%) centra uváděla proškoleného pracovníka, ve

36% mají k dispozici zdravotní sestru, či jiného zdravotnického pracovníka a ve 27% si odběr kapilární krve provádějí sami klienti.

Cíl 5: Zjistit, zda mají uživatelé drog zájem o testování VHB, VHC a HIV.

K zodpovězení tohoto cíle není prokazatelná odpověď, ale vzhledem k procentům průměrné protestovanosti je možné říci, že zájem uživatelů drog o testování VHB, VHC a HIV je nevelký.

Cíl 6: Zjistit, zda byli uživatelé drog testováni za rok 2014

Údaje k zodpovězení tohoto cíle byly získány z rozhovorů a dotazníků určených uživatelům drog. Z 25 respondentů, kteří na tuto otázku odpověděli, 36% bylo testováno v roce 2014.

6 Závěr

Tématem mé diplomové práce byla míra vyšetření uživatelů drog. Ve své práci jsem se zaměřila na testování HIV a virové hepatitidy B a C v nízkoprahových centrech a na testování z pohledu uživatelů drog.

Cílem práce bylo zmapovat protestovanost HIV, VHB a VHC v nízkoprahových centrech za rok 2014. Dalším cílem bylo zjistit, jakým způsobem testování v nízkoprahových centrech probíhá a zda byli uživatelé testováni za rok 2014. Posledním cílem bylo zjistit, jestli mají uživatelé návykových látek zájem o testování HIV, VHB a VHC v nízkoprahových centrech. Všechny cíle byly zodpovězeny a tím splněny.

Po zpracování výsledků jsem stanovila následující hypotézy, které z výzkumu vyplynuly.

H1: Uživatelé drog se zajímají o svůj zdravotní stav.

H2: Uživatelé drog znají rizika, která plynou z těchto nemocí.

H3: Možnost testování v nízkoprahových centrech není uživateli dostatečně využívána.

Výzkumné šetření ukázalo, že uživatelé drog mají dostatečné informace o rizicích, která souvisí s injekční aplikací drog a sdílením injekčního materiálu, přesto je protestovanost poměrně nízká. Dle mého názoru je třeba uživatele neustále informovat o důležitosti provádět test pravidelně, nejlépe 2x za rok. Pro navýšení počtu testovaných by bylo vhodné přizpůsobit testování potřebám uživatelů, možnost provádět více testů v terénních službách. Základem je ovšem vyřešit legislativní podporu pro testování v nízkoprahových centrech. V tuto chvíli by nejvíce efektivním řešením byla místní návaznost zdravotnických zařízení s kontaktními centry.

Ve své práci jsem poskytla základní informace o aktuální drogové scéně v ČR, o zdravotních následcích z užívání drog a to především injekční aplikací, problematice testování na HIV, VHB a VHC v nízkoprahových centrech.

Přínos práce byl patrný již v průběhu kvalitativního výzkumu, kdy jsem doplňovala potřebné informace, které byli uživatelům nejasné. Může také sloužit jako informační materiál pro pracovníky nízkoprahových center, pro další provedení výzkumu v jiném kraji ČR a následném srovnání získaných výsledků a být inspirací pro tvorbu strategie protidrogové politiky.

7 Použitá literatura

1. RADIMECKÝ, Josef. Drogová politika. *Klinika adiktologie* [online]. 2006 [cit. 2015-01-20]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/90/210/Ceska-drogova-politika-1993-2003-analyza-vyvoje-1-cast>
2. Drogy-celosvětový problém. In: *Policie ČR-historie drog* [online]. [cit. 2015-01-20]. Dostupné z: www.policie.cz/soubor/historie-drog-pdf.aspx
3. Pro média. *Vláda České republiky* [online]. 2010 [cit. 2015-01-10]. Dostupné z: <http://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/media/narodni-monitorovaci-stredisko-pro-drogy-a-drogove-zavislosti-79469/>
4. šťastná, L., Adámková, T., Chomynová, P., (2010). Užívání drog v národnostních menšinách v ČR. *Adiktologie*, (10) 1, 36-44
5. NEPUSTIL, Pavel. *Užívání drog ve skupinách s obtížným přístupem k drogovým službám: situace v ČR : analýza informačních zdrojů*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, c2012, 84 s. Monografie, no. 20. ISBN 978-80-7440-072-8.
6. PETRÁŠOVÁ, Barbora. *HYGIENICKÁ STANICE HLAVNÍHO MĚSTA PRAHY. Výroční zpráva ČR 2013: Referát drogové epidemiologie*. Praha, 2014. ISBN 978-80-905520-2-9.
7. *MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., NEČAS, V., GROL-MUSOVÁ, L., KIŠŠOVÁ, L., NECHANSKÁ, B., SOPKO, B., FIDESOVÁ, H., VOPRAVIL, J., JURYSTOVÁ, L. 2013. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v*

České republiky v roce 2012 [Annual Report on Drug Situation 2012 – Czech Republic] MRAVČÍK, V.(Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky

8. ZÁBRANSKÝ, Tomáš. *Drogová epidemiologie. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003, 95 s. ISBN 80-244-0709-4.*
9. Tisková zpráva NRL pro HIV/AIDS v ČR v roce 2014. In: *Státní zdravotní ústav* [online]. 2014 [cit. 2015-01-19]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/CeM/HIV_AIDS/2014/Tiskova_zprava_NRL_pro_HIV_AIDS_ke_Svetovemu_dni_boje_proti_AIDS_2014.pdf
10. Dlouhodobé trendy ve vývoji epidemiologické situace HIV/AIDS v ČR. In: *Státní zdravotní ústav* [online]. 2013 [cit. 2015-01-19]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/CeM/HIV_AIDS/rocní_zpravy/2013/Dlouhodobé_trendy_29112013.pdf
11. MRAVČÍK, V. a V. NEČAS. Testování infekčních chorob jako součást prevence a snižování rizika infekcí mezi injekčními uživateli drog v ČR. *Adiktologie*. 2010, č. 10.
12. WHO/CDS/CSR/LYO/2002.2: *Hepatitis B* © World Health Organization, 2002
13. ŠPERCL, J. *Léčba a prevence chronických virových hepatitid. Vakcinologie. Praha: Medakta, roč. 2011, č. 2, s. 57-65. ISSN 1802-3150*
14. Česká republika. Kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče. In: *SBÍRKA ZÁKONŮ částka 121*. 2000.

15. Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 - 2018. In: *Vláda české republiky* [online]. 2010 [cit. 2014-12-14]. Dostupné z: <http://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/protidrogova-politika-72746/>
16. KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003, 319 s. ISBN 80-86734-05-61.
17. KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing a.s, 2008. ISBN 9788024770109
18. SANANIM. *Drogy: otázky a odpovědi*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-223-2
19. *Rizika a zdravotní problémy. Info drogy* [online]. 2014 [cit. 2014-11-06]. Dostupné z: <http://www.infodrogy.estranky.cz/clanky/rizika-a-zdravotni-problemy/dusledky-drogove-zavislosti.html>
20. Health effects. *National Institute on Drug Abuse* [online]. [cit. 2015-01-09]. Dostupné z: <http://www.drugabuse.gov/drugs-abuse/commonly-abused-drugs/health-effects>
21. GÖPFERTO VÁ, D., PAZDIORA, P. DÁŇOVÁ, J. *Epidemiologie : (obecná a speciální epidemiologie infekčních nemocí* 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 299 s. ISBN 80-246-1232-1
22. *Doporučené postupy. Projekt MZ ČR zpracovaný ČLS JEP za podpory grantu IGA MZ ČR 5390-3 Copyright □ 2001, ČLS JEP.*
23. *Pro studenty: výukové materiály. Česká vakcinologická společnost* [online]. 2012 [cit. 2014-11-06]. Dostupné z:

24. Akutní virové hepatitidy. GALSKÝ, Jan. *Postgraduální medicína* [online]. 2010 [cit. 2014-11-06]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/virove-hepatitidy-450132>
25. KREKULOVÁ, L. *Virové hepatitidy: prevence, diagnostika a léčba*. 2. vyd. Praha: Triton, 2002. ISBN 80-7254-218-4
26. Česká republika. *O očkování proti infekčním nemocem*. In: 537/2006. 2006. Dostupné z: <http://www.infekce.cz/vyhl5372006b.htm>
27. Česká republika. *O systému epidemiologické bdělosti pro vybrané infekce*. In: 275/2010. 2010. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/sb103_10_1_novela.pdf
28. *Hepatitis C*. WHO [online]. 2014 [cit. 2014-11-06]. Dostupné z: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/en/>
29. LATA, Jan a Tomáš VAŇÁSEK. *Kritické stavy v hepatologii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 168 s. ISBN 80-247-0404-8.
30. URBÁNEK, P. *Virová hepatitida C. Adiktologie : odborný časopis pro prevenci, léčbu a výzkum závislostí*. Tišnov: Scan, roč. 2010, č. 2, s. 102-109. ISSN 1213-3841.
31. *Kde ve světě se vyskytuje Hepatitida B a C?*. HIT Sheffield [online]. 2011 [cit. 2014-11-06]. Dostupné z: <http://hitsheffield.org/sk/node/101>
32. MRAVČÍK, V. *Léčba VHC u injekčních uživatelů drog v ČR- průzkum mezi centry pro léčbu virových hepatitid*. *Adiktologie*. 2012, č. 12.
33. *Detailně o AIDS*. SZÚ. *Národní program boje proti AIDS v České republice* [online]. 2013 [cit. 2014-11-11]. Dostupné z: <http://www.aids-hiv.cz/aids/oaid.html>

34. *Podrobný popis HIV/AIDS. SZÚ. Národní program boje proti AIDS v České republice [online]. 2013 [cit. 2014-11-11]. Dostupné z: <http://www.aids-hiv.cz/html/popis.html>*
35. *Národní program řešení problematiky HIV/AIDS v České republice na období 2013 — 2017. Ministerstvo zdravotnictví ČR [online]. 2012 [cit. 2014-11-11]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/obsah/narodni-program-reseni-problematiky-hiv/aids_1688_5.html*
36. *HIV/AIDS: Injecting drug use. WHO [online]. 2014 [cit. 2014-11-07]. Dostupné z: <http://www.who.int/hiv/topics/idu/about/en/>*
37. *Tisková zpráva Národní referenční laboratoře pro HIV/AIDS ke Světovému dni boje proti AIDS 2013. SZÚ [online]. Praha, 2013 [cit. 2014-11-11]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/CeM/HIV_AIDS/rocní_zpravy/2013/Tiskova_zprava_NRL_AIDS_29112013.pdf*
38. MAČÁK, Jiří, Jana MAČÁKOVÁ a Jana DVOŘÁČKOVÁ. *Patologie. 2., dopl. vyd. Praha: Grada, 2012, 347 s., [20] s. barev. obr. příl. ISBN 978-802-4735-306.*
39. Štork, Jiří et al. *Dermatovenerologie. 1. vyd. Praha: Galén, ©2008. xv, 502 s. ISBN 978-80-7262-371-6.*
40. Harm reduction. *Drogy-info.cz [online]. 2003, 2010 [cit. 2014-12-02]. Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/glosar_pojmu/h/harm_reduction*
41. Principles of Harm Reduction. *Harm reduction coalition [online]. 2009 [cit. 2014-12-02]. Dostupné z: <http://harmreduction.org/about-us/principles-of-harm-reduction/>*

42. Harm Reduction. *Drug Policy Alliance* [online]. 2014 [cit. 2014-12-02]. Dostupné z: <http://www.drugpolicy.org/harm-reduction>
43. Co je to harm reduction?: stanovisko mezinárodní asociace pro harm reduction. In: *IHRA* [online]. 2010 [cit. 2014-12-02]. Dostupné z: <http://www.ihra.net/files/2010/10/26/Briefing-WhatisHR%28czech%29amended2.pdf>
44. Minimalizace rizik: Minimalizace rizik (harm reduction) v kontaktním centru pro uživatele drog. *Klinika adiktologie* [online]. 2006 [cit. 2014-12-02]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/71/197/Minimalizace-rizik-harm-reduction-v-kontaktnim-centru-pro-uzivatele-drog>
45. Pojmosloví. In: *Česká asociace streetwork* [online]. 2008 [cit. 2014-12-02]. Dostupné z: http://www.nizkoprahy.sk/sites/default/files/5._pojmoslovi.pdf
46. Minimalizace rizik: Nízkoprahová zařízení pro uživatele drog. *Klinika adiktologie* [online]. 2006 [cit. 2014-12-02]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/71/640/Nizkoprahova-zarizeni-pro-uzivatele-drog>
47. Streetwork, K-centra. SANANIM. *Drogová poradna* [online]. 2009 [cit. 2014-12-02]. Dostupné z: <http://www.drogovaporadna.cz/pomoc-a-lecba/streetwork-k-centra.html>
48. 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-oochrane-verejneho-zdravi-a-o-zmene-nekterych-souvisejicich-zakonu>.
49. Dolanská, P., Korčíšová B., Mravčík V. (2004). Testování infekcí u uživatelů drog v nízkoprahových zařízeních. Praha: Úřad vlády ČR

50. Vyhláška Ministerstva zdravotnictví 55/2011 Sb., ze dne 1. 3. 2011, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků
51. Česká republika. 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. In: 96/2004 Sb. 2004.
52. Minařík J. (2010). Poradenství při testování infekčních onemocnění u injekčních uživatelů drog v nízkoprahových zařízeních. Internetové stránky: <http://www.drogy-info.cz>[2. 4. 2015]
53. Broža J. (2008). Poradenství v terénní a kontaktní práci. In: Kalina, K. a kol.: Základy klinické adiktologie. Kapitola 8. Praha: Grada Publishing
54. 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.drogyinfo.cz/index.php/publikace/e_publikace/trendy_na_drogove_scene_v_cr_ohniskove_skupiny_s_pracovniky_nizkoprahovych_programu>.
55. *Společné stanovisko MZ ČR, SZÚ – NRL AIDS a SIL ČLS JEP k testování HIV protilátek*. [online]. Praha: MZ ČR, 16.6.2011. [2015-07-27]. Dostupné z:<http://mzcr.cz/dokumenty/spolecne-stanovisko-ministerstvazdravotnictvi-crstatniho-zdravotniho-ustavu-narodni-referencnilaboratore-pro-aids-a-spolecnosti-infekcniho-lekarstvi-cls-jep-ktestovani-hiv-protilatek_5146_1524_1.html>.