

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH**

**ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2007**

**Jana Červená**

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH**

**ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**INFORMOVANOST UŽIVATELŮ DROG O RIZICÍCH HEPATITIDY C  
VIROVÉ INFEKCE**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Vedoucí práce:**

MUDr. Květoslava Kotrbová, Ph.D.

**Autor práce:**

Jana Červená

14.5.2007

## **Abstrakt**

### **THE AWARENESS OF DRUG USERS ABOUT HEPATITS C VIRUS INFECTION RISKS.**

This work deals with problems about the awareness of drug users, especially about snapping of their knowledge in domain hepatitis C disorder and in risk behavior.

This work contains the theoretical frame of information, which is related to this problems and is specialized in problems of drug usage dangerous, the care about drug users system in the Czech republic and specially in domain hepatitis C disorder ( for example characterization the disorder, tips of transfers, tips of hepatitis C and treatment this infectious disorder ). Further in theoretical part of my work I deal with institution activity for drug addict people. In one of these institutions I carried out research. For collection these secondary data was used secondary analysis data method.

The main aim of this work is to describe problems of the awareness of drug users about hepatitis C virus infection risks and chart drug users' knowledge in the Institution for drug users o.s. Háječek in České Budějovice. These aims were realized through the primary research, which is also presented in this work.

For primary data collection was used qualitative research, semi-controlled interview method. Establish a personal contact with questioner enable me get in his attitude to given problems more deeply. In terms of qualitative research I realized 15 interviews with clients in the Institution for drug users o.s. Háječek in České Budějovice. For semi-controlled interview purpose I have had prepared 6 topics dealing with aside from identification questions, especially problems with drug taking risk and recognition information that a client has about viral hepatitis C disorder. Further I investigated with what is client's drug usage history and how well is informed in the area of health hazards that are connected with drug usage. In interview I had mostly aimed at know-how about a viral hepatitis C disorder.

The results of the primary research pointed out deficiencies in the interviewed people information about problems of drug usage dangerous. I think that the principal aim of work as well as the secondary aim were executed.

### ***Prohlášení***

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „ Informovanost uživatelů drog o rizicích hepatitidy C virové infekce“ vypracovala samostatně a použila jen 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 bakalářské 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 jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 14.5.2007

Jana Červená

### ***Poděkování***

Na tomto místě bych ráda poděkovala MUDr. Květoslavě Kotrbové, Ph.D. za odborné vedení práce a vstřícnou spolupráci. A v neposlední řadě svým rodičům za duševní a finanční podporu během celého studia.

## Obsah

ÚVOD .....	7
1. SOUČASNÝ STAV.....	8
1.1. VYMEZENÍ POJMŮ .....	8
1.1.1. Droga.....	8
1.1.2. Toxikománie, akutní intoxikace .....	9
1.1.3. Závislost, mechanismus vzniku závislosti .....	9
1.1.4. Druhy závislostí.....	11
1.1.5. Abstinenční syndrom .....	11
1.1.6. Rizika užívání, rizikové chování.....	12
1.1.7. Sdílení jehel, stříkaček.....	13
1.1.8. Negativní zdravotní důsledky užívání drog při jejich injekční aplikaci...	13
1.2. VIROVÁ HEPATITIDA C .....	14
1.2.1. Charakteristika Viru Hepatitidy C .....	14
1.2.2. Epidemiologie viru hepatitidy C, přenos.....	14
1.2.3. Laboratorní diagnostika virové hepatitidy.....	16
1.2.4. Akutní hepatitida C – klinický obraz.....	17
1.2.5. Chronická hepatitida C .....	18
1.2.6. Léčba hepatitidy C .....	19
1.2.7. Zvláštnosti průběhu Virové hepatitidy C u narkomanů .....	20
1.3. PROTIDROGOVÁ POLITIKA V ČESKÉ REPUBLICĚ .....	20
1.4. SYSTÉM PÉČE O OSOBY ZÁVISLÉ NA NÁVYKOVÝCH LÁTKÁCH .....	22
1.4.1. Nízkoprahová kontaktní centra .....	23
1.4.2. Kontaktní a poradenské služby v K-centrech.....	25
1.4.3. Vybrané výkony vedoucí k posílení prevence vzniku hepatitidy C.....	25
1.5. DROGOVÁ SCÉNA V ČESKÉ REPUBLICĚ.....	27
1.5.1. Drogová scéna do roku 1989.....	27
1.5.2. Drogová scéna po roce 1989.....	28

<b>2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY .....</b>	<b>30</b>
<b>3. METODIKA VÝZKUMU .....</b>	<b>31</b>
3.1. POUŽITÉ METODY A TECHNIKY .....	31
3.2. CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU.....	31
3.3. VLASTNÍ REALIZACE VÝZKUMU .....	31
<b>4.VÝSLEDKY .....</b>	<b>33</b>
<b>5. DISKUSE.....</b>	<b>51</b>
<b>6. ZÁVĚR .....</b>	<b>56</b>
<b>7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....</b>	<b>57</b>
<b>8. KLÍČOVÁ SLOVA .....</b>	<b>60</b>
<b>9. PŘÍLOHY .....</b>	<b>61</b>

## Úvod

Na úvod bych ráda zmínila, proč jsem si problematiku drogové závislosti a s ní související riziko onemocnění virovou Hepatitidou C vybrala pro účely bakalářské práce.

Téma drogových závislostí je stále více aktuální a snižující se věk osob experimentujících s drogou je jistě velmi alarmující. Drogová závislost neznamena pouze problém užívání drogy, ale s tímto způsobem života je spojena i celá řada dalších forem rizikového chování a následků tohoto chování. Mám přímo na mysli celou řadu zdravotních následků užívání drogy, které vyplývají ze způsobu užívání a mnoha dalších faktorů. Závažnou zdravotní komplikací nitrožilního užívání drog jsou bezesporu virové hepatitidy, u uživatelů drog nejčastěji virová hepatitida C a dále je to neopomenutelné závažné onemocnění AIDS. Právě z důvodu častého výskytu onemocnění a závažnosti zdravotních komplikací virové hepatitidy C, jsem si vybrala tuto problematiku konkrétně u uživatelů drog. Zajímalo mě, do jaké míry jsou uživatelé drog o problematice již zmiňovaného onemocnění informováni a jak velký vliv má informovanost na jejich rizikové chování. Dalším argumentem, proč se této problematice věnuji, byla moje zkušenost v Kontaktním a doléčovacím centru pro drogovou závislost, o.s. Háječek v Českých Budějovicích, kde jsem byla ve druhém ročníku v rámci studia na praxi. Zaujalo mě prostředí Kontaktního centra a chtěla jsem se více dozvědět o náročných situacích klientů, kteří do zařízení docházeli, nebo stále docházejí. Také díky navázání spolupráce v tomto zařízení během praxe, jsem zde uskutečnila v rámci bakalářské práce výzkumnou část.

Doufám, že tato práce bude přínosem nejenom pro studenty, ale že především výsledky výzkumné části přispějí k realizaci terciální prevence pro Kontaktní centra a jako podnět k důslednému provádění Harm reduction.



# 1. Současný stav

## 1.1. Vymezení pojmů

### 1.1.1. Droga

Droga je podle Světové zdravotnické organizace definována jako jakákoliv látka která, je-li vpravena do živého organismu, může změnit jednu nebo více jeho funkcí. Drogu lze chápat jako každou látku, přírodní nebo syntetickou, která má psychotropní účinek, což znamená, že ovlivňuje určitým způsobem lidské prožívání okolní reality, působí na psychiku. Může vyvolat závislost, má tzv. potenciál závislosti.(13)

V obecném smyslu je to jakákoli syntetická či přírodní látka, která v lidském organismu vyvolá změnu jeho činností. V užším smyslu je to látka, která se užívá, ke změně duševního stavu, tzn. nálady, prožívání stavu bdělosti či útlumu, k fyzickému či psychickému „oživení“ a zásadní změny chování. Tyto změny jsou způsobeny působením drog na centrální nervovou soustavu, jejíž činnost a výkonnost se projevuje kvalitou duševní činnosti.

Termín „droga“ má mnoho významů. V Úmluvách OSN a v „Deklaraci snižování poptávky po drogách“ označuje jako látky podřízené mezinárodní kontrole. V medicíně odkazuje na některá léčiva užívaná pro předejití nebo vyléčení nemoci nebo pro zvýšení fyzické či psychické kondice. Ve farmakologii se termín vztahuje na některé chemické činitele, které upravují biochemické nebo fyziologické procesy ve tkáni nebo organismu. Často se pojmem „droga“ rozumí psychoaktivní látka a ještě častěji jde o synonymum pro drogy nezákonné.(16)

Zpravidla se v souvislosti s drogovými závislostmi rozlišují tzv. měkké a tvrdé drogy. Měkké drogy jsou drogy, které mají jen mírně aktivizující a zároveň utěšující účinek na duševní rozpoložení. Jsou mezi ně řazeny např. marihuana či hašiš. Tvrdé drogy se od měkkých liší tím, že působí prudce a rychle, explozivně na duševní rozpoložení. Patří mezi ně např. crack, heroin, kokain, pervitin, braun.(15) Tento způsob dělení je však značně nepřesný, i když je v Čechách velmi rozšířený.(13)

### ***1.1.2. Toxikománie, akutní intoxikace***

Toxikománie je stádium periodické nebo chronické závislosti osoby na určité látce (přírozené nebo syntetické – uměle vyrobené). Jde o nutkavé lpění na opakovaném přívodu těchto látek.(1) Závislost se pak vytváří buď na jednu drogu (monotoxikománie), nebo na několik drog (polytoxikománie).(13)

Akutní intoxikace je přechodný stav po užití látky vedoucí k poruchám na úrovni vědomí, poznávání, vnímání, emotivity nebo chování, nebo jiných psychofyziologických funkcí a reakcí. Tato diagnóza je používána jen tam, kde se intoxikace vyskytuje bez dalších vážnějších nebo trvalejších problémů, vyvolaných požíváním látky.(4)

### ***1.1.3. Závislost, mechanismus vzniku závislosti***

Závislost je obecně definována jako skupina behaviorálních, fyziologických a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si dříve cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha brát psychoaktivní látky, alkohol nebo tabák.

Jak uvádí Pokorný, V. a kolektiv (15), drogová závislost je podle Světové zdravotnické organizace definována jako duševní stav periodické nebo chronické intoxikace, která škodí jedinci i společnosti, vyvolávána opakovaným užíváním drogy přírodní nebo syntetické.

Průvodním jevem některých typů závislosti je tolerance, která vyžaduje postupné zvyšování aplikovaných dávek nebo zkracování aplikačních intervalů či přechod na účinnější aplikační způsob pro dosažení původních a rychlejších účinků a potlačení abstinčních příznaků.(1)

## **Mechanismus vzniku závislosti**

K základním faktorům podílejících se na vzniku závislosti patří genetická transmise a biochemické zvláštnosti organismu. Dále sem řadíme osobnostní struktury jedince, prostředí a tolerantní postoje společnosti, droga a její dostupnost, dále působí mechanismy průběhové. Například vznik a opakování situací, v nichž se podařilo dosáhnout účinku a uspokojení pomocí návykové látky. Rozhodujícími prvky v dynamice vývoje závislosti jsou dva mechanismy, typicky se měnící v jednotlivých stádiích vývoje. Jsou jimi tolerance a kontrola.

Tolerance organismu se mění vlivem drogy a je svém stoupajícím trendu projevem přizpůsobování tělesného metabolismu nové látky. Postupně může organismus tolerovat takové množství drogy, které by pro něj na začátku znamenalo ohrožení života.

Kontrola je schopnost kriticky a reálně vyhodnocovat situaci z hlediska potřeb a povinností osobních a společenských. Změna v kontrole tvoří podstatu organismu a chorobného stavu bez možnosti vyléčení dosáhnout pouze údravy bez odstranění základní poruchy.(4)

Na počátku každé závislosti je pokus, zkouška experiment. Po něm se může a nebo nemusí dostavit fáze užívání, která může být různě dlouhá a závislost jako taková přitom vůbec nemusí nastat. A teprve pak se vyvíjí fáze vlastní závislosti. Aby mohl být jedinec označen jako drogově závislý, musí splňovat několik skutečností. Mezi ně patří nutková tendence pokračovat v užívání drogy, tendence zvyšovat dávku a fyzická a psychická závislost na účincích drogy.(15)

#### ***1.1.4. Druhy závislosti***

##### **Fyzická závislost**

Fyzická závislost na droze je stavem organismu vzniklým zpravidla dlouhodobým a častým užíváním drogy (u některých drog může jít i o krátkodobou konzumaci). Organismus fyzicky závislý na droze se jí přizpůsobí a vytvoří, zahrne jí do své látkové výměny, takže na přerušení přísunu drogy reaguje abstinenčními příznaky.(13)

##### **Psychická závislost**

Psychická závislost je psychický stav vyvolaný podáváním drogy, který se projevuje různým stupněm přání drogu užívat. Tento stav se projevuje v případě jejího nedostatku jako úzkost, vyvolaná neodolatelnou touhou po droze. Rozvoj psychické závislosti bývá vázán i na halucinace. V obecné rovině lze říct, že rozvoj psychické závislosti podporuje prožitek, tvar a barva drogy, okolnost, rituál, který je jeho účastníkům příjemný a zaměstnání, které umožňuje styk člověka s drogou.(15)

#### ***1.1.5. Abstinenční syndrom***

Abstinenční syndrom představuje soubor příznaků, které se dostavují po vysazení drogy.(15) Vyskytuje se u všech návykových látek. Některé jsou tak málo patrné, že je lze přehlédnout, některé odvykací příznaky jsou však velmi intenzivní a mohou být případně i životu nebezpečné.(13) U různých drog, případně u různých lidí, bývají zastoupeny různě. Například u opiátů se nejčastěji jedná o pokles obranyschopnosti organismu, svalový třes až křeče, poruchy srdeční činnosti, psychomotorický neklid. Bývají přítomny poruchy vegetativního nervového systému, nevolnosti, zvracení, pocity horka, obtíže při vyměšování a jiné příznaky.(15)

Abstinenční syndrom společně se syndromem odnětí drogy tvoří tzv. odvykací stav. Ten je tvořen kombinací příznaků, které se objevují při úplném nebo částečném vysazení látky, která byla opakovaně, zpravidla dlouhodobě užívána. Pramení z narušení závislé homeostázy, na kterém se podílí vysazení pravidelných dávek drogy, předchozí předávkování a vyčerpání rezerv organismu. Začátek a průběh odvykacího stavu jsou časově omezeny a závisí na typu pátky a dávce užívané bezprostředně před zahájením abstinence. Může být komplikován záchvaty křeče. (4)

#### ***1.1.6. Rizika užívání, rizikové chování***

Rizika užívání (spojená s užíváním psychotropních látek) se mohou vyskytnout na několika úrovních jako rizika psychická. Tím je myšleno riziko vzniku závislosti, či jiných duševních komplikací spojených s užíváním (toxické psychózy, poruchy osobnosti). Další úrovní jsou rizika tělesná, poškození organismu užíváním drogy. Dále sem lze zařadit i postižení rodinných, partnerských a širších sociálních vztahů, vyloučení ze školy, ztráta zaměstnání, kriminální chování. (8)

Rizikové chování (užívání) je chování nebo typ užívání s vyšší pravděpodobností zdravotního a sociálního poškození v důsledku užívání drog. Pojem je často zužován na sdílení jehel, stříkaček a dalšího náčiní (lžiček), kterým intravenózní uživatelé drog riskují možnost nákazy krví přenosných chorob jako AIDS, nebo hepatitidy B a C. Někdy se terminologicky odlišuje „risk pro sebe“ a „risk pro druhé“ a používá se pojem „hazardní chování/užívání“ pro chování uživatele, které je nebezpečné z hlediska veřejného zdraví, i když u uživatele samotného k poškození zatím nedošlo. Například při sdílení jehel a nechráněného sexu může uživatel působit jako přenašeč infekcí. (8)

### ***1.1.7. Sdílení jehel, stříkaček***

Sdílení jehel je způsob injekčního užívání, při němž injekční souprava slouží k aplikaci dvěma a více lidem po sobě, bez desinfekce po jednotlivých aplikacích. Jde o nejrozšířenější a také veřejnosti nejznámější formu rizikového užívání drog s nebezpečím přenosu HIV a viru Hepatitidy B a C. Sdílení je časté ve skupině uživatelů i v partnerském vztahu. Zejména toto partnerské sdílení je často bagatelizováno i relativně informovanými a odpovědnými uživateli.(8)

### ***1.1.8. Negativní zdravotní důsledky užívání drog při jejich injekční aplikaci***

Všechny injekčně vpravované látky (u nás jsou jejich typickými zástupci heroin a pervitin) v sobě obsahují vysoké riziko šíření infekcí, a to až do postupné epidemie. V Čechách se objevují menší epidemie šíření různých typů hepatitid mezi tuzemskými narkomany. Dalším rizikem, které podobně jako předchozí souvisí s nehygienickými jehlami, je vznik abscesů (zánětlivých opouzdřených ložisek), trombů (přisedlých krevních sraženin) a embolií (ucpání cév těmito tromby, které se odtrhnou od podkladu), často se smrtelnými důsledky. Zejména u injekčně vpravovaných drog je zvýšeno riziko úmrtí z předávkování, nebo ze znečištění drogy cizorodou látkou.(23)

## 1.2. Virová hepatitida C

### 1.2.1. Charakteristika Viru Hepatitidy C

Virus hepatitidy C (dále VHC) byl rozpoznán v roce 1989 jako nejdůležitější původce hepatitid ze skupiny hepatitid do té doby označované jako hepatitidy non-a non-B. Virus hepatitidy C je velikosti 55-56 nm a je řazen do čeledi Flaviviridae jako jediný člen Hepacivirus.(19) Virus hepatitidy C obsahuje jednovláknovou pozitivní RNA.(5) Genom je složen z 9600 bazí kodujících protein, obsahující 3010 aminokyselin, který je dále štěpen na 7 dosud známých proteinů. V genomu lze rozlišit oblasti kódující strukturální a nestrukturální proteiny.(19) Virus neproniká do jaterní buňky, nachází se pouze v její cytoplazmě. Obsahuje virovou proteázu, virovou helikázu, která je důležitá pro replikaci, dále RNA závislou RNA polymerázu, která je významná pro vstup do nitra ribozomu.(2)

### 1.2.2. Epidemiologie viru hepatitidy C, přenos

20% až 40% všech akutních hepatitid je vyvoláno virem Hepatitidy C.(2) Inkubační doba virové Hepatitidy C je 14 až 150 dnů, nejčastěji okolo 50ti dnů. Způsob přenosu je obdobný jako u virové Hepatitidy B, je však modifikován skutečností, že v době virémie je u VHC v krvi nižší koncentrace virových partikulí než při virémii u VHB. Významná je skutečnost, že po akutním onemocnění se objevují chronické následky, obdobné jako u VHB, u 40-60% pacientů. K nosičství viru dochází až u 50% nakažených osob.(3)

Přes podrobnou anamnézu nelze zjistit způsob přenosu VHC u 30-50 % případů. Prevalence infekce VHC se v různých částech světa liší a do určité míry souvisí se socioekonomickou úrovní dané populace.

A) *Parenterální přenos (tzn. mimo trávicí trakt)*: Je to nejúčinnější cesta přenosu infekce. Mezi hlavní rizikové faktory infekce VHC patří transfuze krve a jejích derivátů, intravenózní narkomanie, dialýza, transplantace orgánů nebo závažný chirurgický výkon, jaterní onemocnění v rodině, alkoholické postižení jater, kontakt v rodině s anti-VHC pozitivní osobou, sexuální kontakt s anti-VHC pozitivním partnerem, profesionální nákazy, tetování, akupunktura, u některých osob může jít o kombinaci několika rizikových faktorů. Důležitá je anamnéza intravenózní narkomanie i ve vzdálené minulosti, po níž je třeba u všech nemocných cíleně pátrat. **(18)**

B) *Nonparentní*: Sexuální přenos se uvádí ve 4-12%. Promořenost je významná v zemích s nižším socioekonomickým statutem. **(2)** Heterosexuální a homosexuální přenos VHC byl opakovaně prokázán, ale jeho účinnost je při porovnání s přenosem VHB nižší.

C) *Přenos v rodině*: Rodinný přenos VHC byl prokázán, ale zdá se, že není příliš významný. Riziko přenosu VHC v rodině se zvyšuje, jestliže mají anti-VHC pozitivní jedinci zvýšenou aktivitu ALT v séru.

D) *Perinatální přenos* : Perinatální přenos infekce VHC od anti-VHC pozitivních matek byl rozpoznán brzy po objevu VHC a první zprávy byly zveřejněny z Japonska, Švédska, Španělska, Hongkongu a dalších zemí. Byl nejčastěji pozorován u žen s vysoce rizikovým chováním, jako jsou těhotné i.v. narkomanky a prostitutky. V současné době lze říci, že vertikální přenos VHC z matky na dítě ve srovnání s infekcí VHB je velmi nízký. U novorozenců anti-VHC pozitivních matek s chronickou hepatitidou jsou v séru obvykle přítomny pasivně přenesené protilátky, jejichž koncentrace časem klesá. V 6 měsících života dítěte již zpravidla nejsou v séru anti-VHC prokazatelné.

E) *Perkutánní přenos (tzn. pře kůži)*: Perkutánní přenos VHC je málo objasněn, ale patrně je mnohem častější než sexuální nebo parenterální přenos. K infekci může dojít při potřísnění sliznic a kůže infikovanou krví, při otevřených ranách na kůži, hnisavých dermatózách. Je patrně častý v tropických oblastech s nízkou hygienickou a ekonomickou úrovní. **(18)**



### ***1.2.3. Laboratorní diagnostika virové hepatitidy***

Typ virové hepatitidy není možné určit klinickými ani biochemickými diagnostickými prostředky. Pro diagnostiku jednotlivých typů virových hepatitid (A, B, C, D) se univerzálně používají sérologické imunochemické testy, které jsou schopny rozpoznat virové antigeny nebo specifické protilátky proti těmto virům. Většina diagnostických souprav je konstruována na principu ELISA (imunoenzymového testu). Citlivost i specifita těchto testů je vysoká a ve většině případů jejich výsledky poskytují možnost jednoznačného závěru.(2)

Základním vyšetřením v diagnostice infekce VHC je průkaz protilátek anti-VHC pomocí enzymatické imunisorpční analýzy (ELISA). V současnosti se používají testy ELISA 2. a 3. generace, protože 1. generace testů byla málo specifická (5). Záchytnost současných ELISA metod na stanovení anti-VHC je u akutních hepatitid kolem 80%. Nepřímý průkaz infekce VHC je možný i pomocí rekombinantního imunoblotu (RIBA). Tato metoda se však vesměs používá jen ke confirmaci nejasných nálezů v testech ELISA. V případě průkazu protilátek anti-VHC je nutné doplnit vyšetření přítomnosti VHC RNA v séru pomocí polymerázové řetězové reakce (PCR), s dolním detekčním limitem 50 mezinárodních jednotek (IU) na mililitr, či metodou „transcription-mediated amplification“ (TMA), která je schopna detekovat naprosto minimální hladinu VHC RNA, konkrétně 5-10 IU/ml.(5) Protilátky u osob v rekonvalescenci po akutní VHC přetrvávají relativně krátce. S přechodem infekce do chronicity se protilátková odpověď zvýrazňuje. Sérologicky nelze odlišit infekci akutní, chronickou nebo rekonvalescenci.(3)

#### **1.2.4. Akutní hepatitida C – klinický obraz**

Za akutní VHC infekci je považována každá VHC infekce, která vznikla prokazatelně v posledních 6 měsících. V laboratorních nálezech lze prokázat zvýšení ALT a AST, pozitivitu sérové HVC RNA při současné pozitivitě anti-HCV protilátek.**(19)** Průběh akutní infekce virem hepatitidy C je u vysokého procenta nemocných asymptomatický (50-75 %). Inkubační doba je velmi odlišná 2-26 týdnů, nejčastěji však 7-8 týdnů. Akutní fáze je většinou mírná, inaparentní, průběh je lehčí než u hepatitidy A nebo B.**(3)** Akutní hepatitida C často probíhá jako mírné nebo zcela bezpříznakové onemocnění. Pouze asi 25 % případů má žloutenku a méně než 10 % infikovaných osob má závažnější onemocnění. Jen u malé části pacientů jsou prodromální příznaky, jako je zvýšená teplota, tmavá moč, nechutenství, nauzea, pocit plnosti v břiše nebo žloutenka.**(3)** Symptomatologie se většinou objevuje až za 4-8 týdnů, což je jeden z důvodů, proč je diagnóza akutní VHC infekce pouze vzácně stanovena již v období minimálních příznaků.**(19)** Pokud je klinický obraz symptomatický, pak jsou příznaky neodlišitelné od symptomů VHA nebo VHB infekce. Elevace transaminázy ALT je nevýrazná a má často kolísavý průběh. Netypický průběh i nevýrazný laboratorní nález jsou pak příčiny toho, že akutní hepatitida C je diagnostikována jen velmi zřídka. Ve většině případů je diagnóza akutní hepatitidy C založena na náhodně zjištěné elevaci transamináz a následném sérologickém nálezu.**(3)**

V průběhu onemocnění lze obvykle rozlišit několik stádií. Prvním stádiem je inkubace, v případě hepatitidy C je to již zmíněných 7-8 týdnů. Dále navazuje prodromální (preikterická) fáze charakterizovaná „chřipkovými“ příznaky doprovázenými nechutí k jídlu. Nemocný si stěžuje na nevolnost, trpí nadýmáním. Infekce VHC má často vleklý začátek, někdy vstupní obtíže zcela chybí. Toto období trvá jen několik dnů až týdnů. Navazuje období ikterické, které není pro VHC tak charakteristické, jako u jiných hepatitid. Nemocnému se v tomto stádiu celkově uleví, vrací se chuť k jídlu. V rekonvalescenci se stav pomalu upravuje. Nejdéle často přetrvává únava. Popsaný průběh je však nutno brát, jako základní schéma, většina akutních hepatitid je „atypických“. Může pak jít o zvláštní formy. Mezi nichž řadíme

formu inaparentní, což znamená že onemocnění se klinicky neprojeví, jeho důkazem je objevení protilátek. Dále forma abortní, onemocnění proběhne nevýrazně, jako viróza. Forma anikterická, kdy nemocnému chybí příznak – ikterus. Cholestatická forma je výrazem pro provleklé onemocnění, objevuje se spíše u infekce VHB a u starých nemocných, u VHC se spíše neobjevuje. Fulminantní formy jsou vzácnou obzvláště těžkou variantou akutních hepatitid.(9)

### ***1.2.5. Chronická hepatitida C***

V současné době je prokázáno, že i přes mírný průběh akutní fáze je hepatitida C onemocněním velmi závažným. Důvodem je skutečnost, že onemocnění ve vysokém procentu přechází do chronicity. Udává se, že v 60 až 80 % případů vzniká chronické nosičství. Jako chronická onemocnění jsou definováni nemocní s více než 6 měsíční elevací ALT. Pro chronickou hepatitidu C je charakteristický velmi pomalý, ale trvale progresivní průběh. Interval mezi předpokládanou akutní infekcí a vznikem chronické hepatitidy je okolo 10 let, ke vzniku jaterní cirhózy je třeba 20-25 let. Velmi málo je známo o faktorech, podmiňujících vznik chronicity.(3) Vzhledem k časté asymptomatickosti akutní infekce je většinou velmi obtížné určit okamžik vzniku infekce. Chronická VHC infekce je diagnostikována nesrovnatelně častěji než akutní VHC infekce.(19)

Podobně jako akutní fáze i chronická fáze je velmi nenápadná a nevede ani nemocného ani ošetřujícího lékaře k úvaze o závažném onemocnění. Subjektivní obtíže nemocných jsou minimální a nemocní často odmítají připustit, že jsou závažně nemocní. Výrazný je vztah k hepatocelulárnímu karcinomu. V dnešní době je tento vztah možno považovat za prokázaný.(3) Jedním příznakem, o kterém často pacienti vědí řadu let před stanovením diagnózy VHC infekce, je kolísání aktivity sérové ALT.(19)

### **1.2.6. Léčba hepatitidy C**

Akutní VHC infekce je v současné době považována za indikaci k zahájení protivirové léčby. Liší se názory na strategii zahájení, někteří autoři doporučují zahájit léčbu v okamžiku stanovení diagnózy, jiní doporučují až za 2-4 měsíce.(19) Akutní hepatitida C se ve většině případů léčí stejně jako ostatní akutní virové hepatitidy, tedy pouze symptomaticky za hospitalizace na infekčních odděleních. Zatím nebylo jednoznačně prokázáno, zda léčba Interferonem alfa snižuje pravděpodobnost přechodu infekce do chronicity, i když je to pravděpodobné. Hepatitida C je v akutním stádiu diagnostikována většinou zřídka, a to převážně u intravenózních uživatelů drog, kde většinou nejsou splněny požadavky na dobrou spolupráci ze strany pacienta. Proto není možné přistoupit k této léčbě příliš často. Základem účinné léčby je správná diagnóza akutní hepatitidy C.(6) Dosud není jasně doporučeno, jak dlouho by měla léčba probíhat.(19) Zkušenosti při léčbě jsou zatím jen s monoterapií Interferonem alfa, který je nutno podávat 8-12 týdnů denně v dávce 5-10 MU, a potom v dávce zhruba 5 MU třikrát týdně do celkových 24 až 52 týdnů. Léčba kombinací Interferonem alfa a ribavirinu nebo pegylovaným IFN či v kombinaci s ribavirinem nebyla zatím dostatečně vyzkoušena.(6)

Základem dnešní léčebné strategie při chronické VHC je podávání interferonu alfa (INFalfa). Ale jednoroční léčba má trvalý efekt jen asi u 25% pacientů. Proto je zkoušena řada kombinací: např. INFalfa + lék s antivirovými (ribavirin, amantadin, azidothymidin) nebo imunomodulačními účinky (thymosin), ale i řada dalších možností, mezi které patří nesteroidní antiflogistika. Cílem všech těchto postupů je snížit podíl pacientů, kteří neodpovídají na INF alfa a výskyt relapsů, ale současně i umožnit snížení dávek interferonu a jeho vedlejších účinků. Nejvíce se osvědčila kombinace INF alfa s ribavirinem.(12)

### ***1.2.7. Zvláštnosti průběhu Virové hepatitidy C u narkomanů***

Intravenózní narkomani patří mezi hlavní rizikové skupiny infekce virovou hepatidou C.(18) Mezi dlouhodobě závislými intravenózními toxikomany je prevalence anti-VHC pozitivita až 85%. Během prvních 3 měsíců intravenózní toxikomanie se virem VHC nakazí asi 70% všech toxikomanů. V dalších měsících je nárůst daleko pomalejší.(19) Intravenózní narkomanie je důležitým rizikovým faktorem šíření u případů, které v anamnéze nemají transfuzi krve ani podání krevních derivátů. Pozitivita anti-VHC je především v přímém vztahu k používání infekčních jehel a stříkaček a daleko méně k sexuální promiskuitě. Důležitými faktory vzniku VHC jsou hepatitida v anamnéze, zvýšení aktivity transamináz, trvání i.v. narkomanie a četnost injekcí. V klinickém obraze akutní hepatitidy C u narkomanů je překvapivě častá pozitivita anti-VHC (u některých případů již za 7- 10dnů). Průběh onemocnění je zpravidla anikterický. Fulminantní průběh infekce VHC není častý, ale při kombinaci s jinými typy hepatitid (VHB, VHD) významně stoupá. Progrese do chronicity je častá, asi v 57%. Těžká chronická hepatitida ověřená jaterní biopsií je častější u anti-VHC pozitivních narkomanů.(18) Mezi narkomany je velká prevalence duální infekce HCV/HVB nebo HCV/HIV.(19)

### **1.3. Protidrogová politika v České republice**

Protidrogová politika je komplexní a koordinovaný soubor preventivních, vzdělávacích, léčebných, sociálních, regulačních, kontrolních a jiných opatření včetně vymáhání práva uskutečňovaných na mezinárodní, národní, krajské a na místní úrovni. Jejich konečným cílem je snížit užívání všech typů drog a potenciální rizika a škody, které jednotlivcům a společnosti mohou v důsledku jejich užívání nastat.(17)

Protidrogová politika je označována jako souhrn zásad, cílů a opatření navržených a prováděných k řešení problému drog, zejména nezákonných, na úrovni místní, státní nebo mezinárodní. Na mezinárodní úrovni formulovala OSN v r. 1991

zásadu „vyváženého přístupu“ v drogové politice; tím je míněno, že vedle strategie postihování nabídky drog, tj. represe, se mají rozvíjet a uplatňovat též strategie zaměřené na stranu poptávky po drogách, tj. prevence primární, sekundární a terciární. Během 90.let se začala stále více hlásit o uznání třetí strategie – snižování poškození drogami, Harm reduction. Vedle deklarací Valného shromáždění OSN ztělesňují drogovou politiku světového společenství především Úmluvy OSN. Protidrogová politika ČR je formulována ve vládních dokumentech (Koncepce a program protidrogové politiky z r.1993, Koncepce a program protidrogové politiky z r.1998, Strategie protidrogové politiky z r.2000). Posledně jmenovaný dokument uvádí – ve shodě s drogovou strategií Evropské unie – čtyři základní pilíře protidrogové politiky ČR: represe, prevence (tj. prevence primární), léčba a resocializace, Harm Reduction.(16)

Vládou České republiky, usnesením č. 275 ze dne 26. května 1993, byla zřízena Mezirezortní protidrogová komise, která byla později přejmenována na Radu vlády pro koordinaci protidrogové politiky (dále jen RVKPP), účinnosti nabyla 15. října 2001. Předseda RVKPP odpovídá za činnost vlády, která se soustřeďuje, projednává a předkládá vládě informace a návrhy pro tvorbu protidrogové politiky České republiky na mezinárodní, centrální, krajské a místní úrovni. Koordinuje a vyhodnocuje plnění úkolů, které vyplývají z národní strategie protidrogové politiky, zřizuje výbory a pracovní skupiny a vykovává a řídí další úkony související s protidrogovou politikou. Dalším výkonným orgánem je Národní drogový informační systém České republiky, jehož činnost byla zahájena 1.1.1995, prostřednictvím hygienické služby. Poskytuje klíčové podklady pro formulování prioritních úkolů protidrogové politiky státu. Průběžně monitoruje incidenci a prevalenci problémových uživatelů drog v síti kontaktních center po celé České republice, způsoby aplikace jednotlivých drog a incidenci infekčních onemocnění a úmrtí, ke kterým došlo v souvislosti s užíváním drog.(21)

Vláda České republiky schválila dne 22. prosince 2004 svým usnesením č. 1305/2004 Národní strategii protidrogové politiky na období 2005-9. Národní strategie je zásadní dokument protidrogové politiky, který definuje základní východiska, směry a

odpovědnosti subjektů při řešení problému drog. Dále popisuje hlavní dva cíle na dané období, které si dávají za cíl potírat organizovaný zločin zapojený do nezákonného nakládání s drogami a vymáhat dodržování zákonů ve vztahu k distribuci legálních drog a snížení užívání všech typů drog a potenciální rizika a škody. Základním nástrojem Národní strategie je Akční plán, který stanoví v daných oblastech konkrétní cíle, činnosti k jejich naplnění, zodpovědnosti, termíny a ukazatele jejich naplnění.(14)

Složky drogové politiky tvoří primární prevence, sekundární prevence, terciární prevence, represe, prohibice a regulace.

Cílem primárně protidrogových preventivních aktivit je předejít zneužívání drog a nebo oddálit první setkání dětí a mladých s drogami do co nejpozdějšího věku. Cílovou skupinou primární prevence je tedy dosud nezasazená populace. Cílem sekundární prevence je prostřednictvím dostupných a kvalitativních programů léčby a resocializace pomoci problémovým uživatelům drog a drogově závislým vést smysluplný a spokojený život. Terciární prevence je pak zaměřena na ty uživatele drog, kteří nejsou schopni nebo ochotni se užívání drog vzdát. Cílem opatření je předejít nebo změnit rizikové chování, jež může mít za následek poškození či zhoršení jejich zdravotního stavu. Represe je škála aktivit s cílem zastavit nebo alespoň podstatně omezit výrobu a distribuci nelegálních drog. Zaměřuje se na výrobce a distributory drog. Regulace je omezení dostupnosti některých drog tak, aby byly společenské škody co možná nejnižší a snaží se o vyloučení drog z některých situací.(22)

#### **1.4. Systém péče o osoby závislé na návykových látkách**

Systém péče zahrnuje vzájemně provázené programy a služby, které odpovídají na různé potřeby klienta v různých obdobích jeho cesty k normálnímu životu. Za základní složky či součásti systému péče se pokládají: terénní a nízkoprahové služby, ambulantní péče a léčba, včetně intenzivní ambulantní péče v denních stacionářích, ústavní detoxikace a léčba krátkodobá a střednědobá, dlouhodobá – rezidenční péče v

terapeutických komunitách, doléčování včetně chráněného bydlení, chráněné práce apod., dlouhodobé – udržovací substituční programy. Aby jednotlivé služby a programy fungovaly jako systém, je nezbytná jejich odborná komplementarita, slučitelnost východisek a cílů, vzájemná informovanost, elementární koordinace, pružné předávání klienta a spolupráce na jeho problémech. Nástroje k vytváření a rozvíjení systému péče jsou např.: průzkum potřeb, plánování služeb, standardy, hodnocení kvality a účinnosti péče, vzdělávání, výcvik a supervize, usnadňování komunikace, koordinační porady podobně.(16)

#### ***1.4.1. Nízkoprahová kontaktní centra***

Kontaktní centra (dále KC) jsou určena k včasné krizové intervenci, poradenství, zdravotní a sociální pomoci a osobám s nízkou motivací k léčbě. Kontaktní práce je komplex nízkoprahově organizovaných služeb, jejichž cílem je vytvářet podmínky pro navázání kontaktní a konkrétní kontaktní práce s jednotlivci a sociálními skupinami, které nemohou nebo nechtějí hledat standardní institucionální pomoc a u kterých je předpoklad potřebnosti a účelnosti této pomoci. Zahrnuje navázání kontaktu s klientem, vytvoření vzájemné důvěry, zjištění základních problémů a potřeb. Patří mezi ně hlavní aktivity nízkoprahového zařízení.(7) Zajišťují služby Harm reduction, což je soubor opatření, které mají zabránit následkům plynoucím z nežívání drog. Tyto služby jsou prováděny přímo v terénu (street work) nebo právě v nízkoprahových kontaktních centrech.(21)

KC nabízejí své služby cílové skupině drogově závislých, která není v kontaktu s jinými zdravotními a sociálními institucemi (skrytá populace). KC překonávají psychologické a administrativní bariéry dostupnosti a umožňují této klientele přístup ke službám bez jakéhokoliv doporučení, přímo z ulice, anonymně a v neformálním prostředí, proto se též nazývají „nízkoprahová.“.(16)

Nízkoprahová centra se člení na nespecifická (je pomoc při utváření a aktivizaci životního stylu, přispívá změnám v rizikovém vývoji – oblast alternativní socializace,



volného času) a specifická (cílené služby jednotlivcům a sociálním skupinám, jejichž obtíže jsou ve významné souvislosti se sociálně rizikovými jevy či se dotýkají kulturních odlišností: drogy, AIDS, prostituce, bezdomovectví, atd.). Do komplexu služeb kontaktní práce ve specifických nízkoprahových zařízeních patří zejména sociální služby související s výchovou, vzděláváním, aktivizací, odborné poradenství, instrumentální pomoc (ubytování, hygiena, strava) a další.(7)

Dalšími zařízeními zajišťující péči o osoby závislé na návykových látkách jsou zařízení poskytující ambulantní léčbu, denní stacionáře, ústavní detoxikace. Dále sem řadíme krátkodobou a střednědobou ústavní péči, rezidenční léčbu v terapeutických komunitách a substituční léčbu.(21)

Kontaktní centra pracují podle systému Harm reduction (dále HR). Jako HR se označují přístupy snižování či minimalizace poškození drogami u osob, kteří v současnosti drogy užívají a nejsou motivováni k tomu, aby užívání zanechali. HR se snaží minimalizovat, omezit či zmírnit riziko život a zdraví ohrožujících infekce, které se šíří sdílením injekčního náčiní při nitrožilní aplikaci drog a nechráněným pohlavním stykem, jako je AIDS a hepatitidy B a C, riziko dalších tělesných komplikací, dlouhodobého působení vysokých dávek, předávkování, sociálního debaklu a ztráty lidské důstojnosti. Mezi nejznámější postupy používané v HR patří výměna použitého injekčního náčiní za sterilní, poskytování informací (o možnostech léčby či jiné odborné pomoci), kontaktní (situační) poradenství a edukace o rizicích. Důležité je i zaměření na bezpečný sex včetně distribuce kondomů. V širším pohledu můžete také pod HR zahrnout i substituční léčbu. Poradenství a edukace v rámci HR nezbytně zahrnuje i rady, návody a vysvětlení, jak drogu bezpečně aplikovat, jak používat a dezinfikovat náčiní a podobné čistě technické informace. Tištěné materiály, které tyto informace obsahují, jsou zcela specifické a jejich distribuce musí být omezena na okruh klientů, kterým jsou určeny. HR se provádí buď přímo v terénu (terénní programy, streetwork) nebo v nízkoprahových kontaktních centrech. Edukace zaměřená na snížení zdravotních rizik z užívání drog je rovněž pevnou součástí léčebných programů.(16)

#### ***1.4.2. Kontaktní a poradenské služby v K-centrech***

Seznamy výkonů pro drogové služby se schváleným standardem odborné způsobilosti, poskytovaných v K-centrech zahrnují : Hygienický servis, individuální poradenství, individuální poradenství pro rodiče a osoby blízké klientům, podporované zaměstnávání, informační servis, jiné odborné vyšetření, kontaktní práce, krizová intervence, krizová intervence po telefonu a internetu, odběry biologického materiálu, orientační test z moči, potravinový servis, práce s rodinou, psychiatrické vyšetření, psychologické vyšetření, sekundární výměnný program, skupinová terapie a poradenství, skupiny pro rodiče a blízké klienty, sociální práce, socioterapie, testování infekčních nemocí, úkony potřebné pro zajištění práce s klientem, vstupní zhodnocení stavu klienta, výměnný program, základní zdravotní ošetření, zhodnocení stavu a potřeby drogové služby.(10)

#### ***1.4.3. Vybrané výkony vedoucí k posílení prevence vzniku hepatitidy C***

Sdílení jehel mezi intravenózními uživateli drog je vysoce rizikovou činností z hlediska možnosti přenosu HIV a virové Hepatitidy C z důvodu přítomnosti krve v jehlách. Někdy mohou být také jehly mezi narkomany vyrobené podomácku, kdy náhražky jehel zhotovují z běžně dostupných materiálů, což často vede k poškození cév, vzniku jizev a k infekcím v místě vpichu a jinde.(11)

Při sdílení jehel mezi narkomany se významně zvyšuje přenos viru Hepatitidy C, proto se v kontaktních centrech klade důraz na výměnu injekčního materiálu.

##### **Výměnný program**

Výkon zahrnuje vlastní akt výměny injekčního materiálu nebo jeho součást – samostatný výdej čistého nebo příjem použitého injekčního materiálu. Součástí programu je i nabídka standardního vybavení potřebného k bezpečné aplikaci (např.

tampony, dezinfekční materiál apod.) včetně poučení o bezpečné likvidaci použitého materiálu. Součástí výkonu je i mapování rizikového chování klienta.

#### Testování infekčních nemocí

Cílem výkonu je zjištění možností výskytu infekčního onemocnění u klienta. Neoddělitelnou součástí testování je předtestové poradenství, zmapování rizikového chování klienta vzhledem k přenosu infekčních onemocnění, předání informací o infekčních onemocněních, odběr biologického materiálu, samotné provedení testu a potratové poradenství, jehož součástí je zajištění potřebné následné lékařské péče v případě pozitivního výsledku, záruky a reference. Výkon smí být prováděn jen v prostorách, které splňují hygienické normy k odběru a nakládání s hygienickým materiálem.

#### Informační servis

Informace jsou podávány na základě vyjádřeného zájmu klienta. Odpovídají pouze situace, stavu klienta a možnostem pracovníka. Pracovník může poskytnout určité informace odmítnout, bude-li v rozporu s jeho přesvědčením o vhodnosti dané informace a její užitečnosti pro klienta. Jedná se o informace týkající se například otázek bezpečnějšího užívání drog a bezpečnějšího sexu, informace o infekčních onemocněních a dalších otázkách týkajících se zdravotní a sociální oblasti. **(10)**

## 1.5. Drogová scéna v České republice

### 1.5.1. Drogová scéna do roku 1989

Zneužívání drog v českých zemích není ničím novým. Halucinogeny na našem území byly užívány již příslušníky neolitických kmenů. V této době se užívaly přírodní drogy, například durman obecný, rulík zlomocný, blín černý, nebo hašiš.

V 17. století se začaly omamné látky více využívat s cílem dosažení psychických a fyzických prožitků. Zvyšovala se poptávka, která vedla k masivnější produkci v rámci rozvoje farmaceutického průmyslu. Zneužívání drog v moderním slova smyslu bylo v českých zemích lékařsky zaznamenáno až na konci 19. století.

Éru abúzu drog jako vážného společenského problému u nás odstartoval silnější derivát opia – morfin. Rozšířené zneužívání morfinu se ve střední Evropě objevilo po válce prusko-rakouské a prusko-francouzské. Morfin byl aplikován lékaři k tišení bolesti zraněným vojákům v bojích a při chirurgických zákrocích. Konec 19. století znamenal pro rozvoj morfinismu „zlatý věk“, také proto, že neexistovaly mezinárodní konvence omezující tento jev. V Čechách bylo zneužívání morfinu poprvé zaregistrováno v posledních dvou letech 19. století, zneužívání však nebylo spojeno s nezákonným obchodem s drogami a vyskytovalo se spíše ojediněle. V této době však u nás hospodaření s opiáty nepodléhalo žádným právním regulím.

Látkou, která podnítila rychlý nárůst toxikomanů a vznik nových forem abúzu v Čechách, byl kokain. Na rozdíl od opiátů neměl v českých zemích žádnou tradici. Po skončení první světové války roku 1918 přichází do Čech léta plná rozporu a těžkostí a pro tehdejší „ztracenou generaci“ nastává doba toužení po radosti, což vytvářelo ideální klima pro nárůst zneužívání drog v Čechách i ve střední Evropě. Kokain byl do Evropy v té době pašován z Německa, v ČSR byl kokain vyráběn zřídka. Stal se u nás drogou tanečníků, umělců a zejména filmových herců patřících mezi tehdejší pražskou smetánku. Ve třicátých letech 19. století dosáhlo zneužívání kokainu nebezpečných rozměrů.

Nezákonný obchod se drogami se stal v bývalém Československu novým fenoménem, zejména v letech 1920-25. Drogy se k nám pašovaly zejména z Německa, Ruska, Rakouska, Maďarska a Bulharska a byly soustředěny do Prahy, severních Čech a na severní Moravu. Již v této době se začaly projevovat nedostatky v dosavadní československé legislativě. Sazby postihované nezávislý obchod s drogami byly velmi nízké. Byla zahájena rozsáhlá šetření a pátrání po překupnících v ČSR, klíčovou roli měla protidrogová Ústředna v Praze. Na našem území vyhledávala azyl řada mezinárodních obchodníků s drogami, protože tehdejší legislativa kvalifikovala obchod s drogami pouze jako přestupek. Od roku 1909 se začaly konat mezinárodní konference, které jednaly o problematice omamných látek a vznikaly první mezinárodní úmluvy. V této době však bylo u nás stále ještě obchodování s drogami kvalifikováno jako přestupek. Tuto skutečnost změnil až v roce 1938 Opiovým zákonem č. 29/ 1938 Sbírky, který obsahoval výklad základních pojmů, byla zavedena povinnost zapisování drog a v trestní oblasti zákon klasifikoval podle závažnosti přestupky, přečiny a zločiny. Tento zákon přinesl výrazné snížení počtu osob zneužívajících drogy před 2.světovou válkou v Československu.(13)

### ***1.5.2. Drogová scéna po roce 1989***

90. léta byla obdobím bouřlivých změn jak ve světě, tak u nás. V listopadu 1989 padla komunistická vláda v ČSSR a byla schválena ústava samostatné České republiky. Byly zrušeny restrikce v oblasti zahraničního obchodu, privatizace majetku a došlo k mnoho dalším změnám, naše země se otevřela světu. Krok do demokratického světa byl však i krok do světa zločinu a drog. Zneužívání omamných a psychotropních látek dosáhlo v globálním měřítku nevídaných rozměrů.

Již v počátečním období po r.1989 se ukázalo, že zájem o drogy je v české populaci obrovský. Z předchozího vývoje přetrvalo zneužívání návykových látek, zejména hypnotik a sedativ (např. Rohypnol, Diazepam). Těžiště problematiky závislosti na lécích se přesunulo hlavně na osoby starší 30 let, těkavé látky byly však i

nadále problémem mladých toxikomanů. Vedle toho se však ve společnosti objevily nové, podstatně nebezpečnější trendy zneužívání drog, které silně oslovily zejména adolescentní mládež. Velmi rychle došlo k rozšíření konzumace marihuany a hašiše, což se stalo skutečně módní vlnou. Prudce narostla tuzemská produkce kanabisu. Na toxikomanské scéně se objevily nové postupy, které umožnily zvýšit obsah THC v rostlinách. Právě v době kdy byla pozornost veřejnosti soustředěna na problematiku tzv. měkkých drog, došlo k zásadním změnám v oblasti drog „tvrdých“. Jedním z nových trendů bylo výrazné rozšíření dostupnosti pervitinu. Došlo ke změnám i ve formě užívání této drogy. Původní intravenózní aplikaci zčásti nahradilo velice populární „šňupání“. Zároveň značně stoupla i poptávka po této droze. Prakticky současně s rozšířením pervitinu vznikla další, dříve neznámá vlna abúzu, objevilo se velmi časté zneužívání LSD. Tato droga k nám byla dovážena ze západní Evropy ve formě „tripů“. Její nástup souvisel se světovou módní vlnou oblíbenosti tzv. „house parties“ nebo „acid music“, rozšířených mezi mládeží.

Oblíbenost domácího opiátového přípravku braunu pomalu klesla. Zhruba od počátku roku 1993 však začali pracovníci pražského střediska Drop in zaznamenávat první případy problémů spojených s užíváním heroinu. Heroin zahájil vítězné tažení na českou drogovou scénu. V současnosti tato velice nebezpečná droga téměř v oblíbenosti mezi toxikomany překonala i pervitin.(13)

Posledních dvacet let 20. století je ve znamení poměrně vyváženého zastoupení drog ve světě. Protidrogová politika nese rysy narůstající represe. Tento trend je iniciován zejména v USA a částečně přejímán i do Evropy. Teprve hrozba šíření viru HIV mezi intravenózními toxikomany posouvá společenský zřetel k účinnější prevenci a rozvoji strategie Harm reduction.(7)

## **2. Cíl práce a hypotézy**

Cílem bakalářské práce je popis problematiky: Informovanost uživatelů drog o rizicích hepatitidy C virové infekce. Zpracování klíčových informací o onemocnění hepatitidou C se zaměřením na zvýšené riziko výskytu tohoto onemocnění u uživatelů drog aplikujících si drogy nitrožilně. Dále zpracování tématu drogové závislosti a systému péče o drogově závislé s důrazem kladeným na základní činnosti Kontaktních center, jelikož v jednom z nich byla uskutečněna výzkumná část práce.

V souvislosti s hlavním cílem práce byl zvolen dílčí cíl:

- Zmapování informovanosti o rizicích virové hepatitidy C u uživatelů drog Kontaktního a doléčovacího centra pro drogovou závislost o.s. Háječek v Českých Budějovicích.

Vzhledem ke skutečnosti, že se jedná o kvalitativní výzkum, hypotéza bude stanovena v diskusní části této práce.

### **3. Metodika výzkumu**

#### **3.1. Použité metody a techniky**

Kapitola „Současný stav“ byla vypracována metodou sekundární analýzy dat. Pro sběr primárních dat byl použit kvalitativní výzkum, metoda polořízeného rozhovoru. Tuto metodu jsem si vybrala proto, že je vhodná pro výzkum na malém souboru respondentů. A vzhledem k tomu, že jsem realizovala výzkum pouze v jednom konkrétním zařízení, je tato metoda rozhovoru vhodná.

Je to metoda, která patří k metodám společenských věd, kdy je shromažďování dat založeno na přímém dotazování. Navázání osobního kontaktu s tazatelem mi umožnilo hlouběji proniknout do jeho postojů k dané problematice. Této metodě kvalitativního výzkumu jsem dala přednost právě proto, že při rozhovoru jsem mohla otázky lépe přizpůsobit úrovni dotazovanému a měla jsem možnost „číst mezi řádky“, což by u dotazníku nebylo možné.

#### **3.2. Charakteristika výzkumného souboru**

Cílovou skupinou výzkumu jsou nitrožilní uživatelé drog navštěvující Kontaktní a doléčovací centrum pro drogovou závislost, o.s. Háječek v Českých Budějovicích. Tito respondenti využívají nízkoprahové služby a docházejí do K-centra. Respondenti byli k výzkumu vybráni náhodně, aby byly výsledky objektivní a ukázaly, jaké mají běžní uživatelé zařízení povědomí o onemocnění virovou hepatitidou C.

#### **3.3. Vlastní realizace výzkumu**

Místem získání informací bylo Kontaktní a doléčovací centrum pro drogovou závislost o.s. Háječek v Českých Budějovicích. Vzhledem k tomu, že jsem ve druhém ročníku v rámci studia absolvovala praxi v tomto zařízení, měla jsem již představu, jakým způsobem komunikovat s klienty a jak je oslovit, abych je neodradila. Výběr dotazovaných jsem také předem konzultovala s pracovníkem K-centra, který mi poradil,



kteří klienti budou podle jeho názoru ochotní odpovídat. Respondenty jsem pak oslovovala v kontaktní místnosti a požádala je o rozhovor, který jsem uskutečnila v jiné místnosti, kde jsem byla s klientem sama.

V rámci kvalitativního výzkumu jsem realizovala 15 rozhovorů. Neměla jsem předem stanovené přesné požadavky pro výběr respondentů, protože mým cílem bylo zjistit, jaká je informovanost běžných uživatelů drog, kteří do zařízení dochází, bez ohledu na to, jak často K-centrum navštěvují, nebo jaký je jejich věk a podobně. Pro účel polořízeného rozhovoru jsem měla připraveno 6 okruhů témat týkajících se kromě identifikačních otázek, především problematiky rizikového užívání drog a zjišťování informací, které má klient o onemocnění virovou hepatitidou C. Všechny otázky byly otevřené, nepoužívala jsem odborná slova a přizpůsobovala jsem své otázky úrovni dotazovaných. Respondenti mohli volně vyjádřit svůj názor. Při rozhovorech jsem se snažila konstruovat své otázky co nejpřirozenějším způsobem, než lpět na připraveném plánu a řízeném rozhovoru. Ale vzhledem k tomu, že můj výzkum byl poměrně dost specifický a zaměřený na konkrétní téma, musela jsem respondenta směřovat k dílčím tématům.

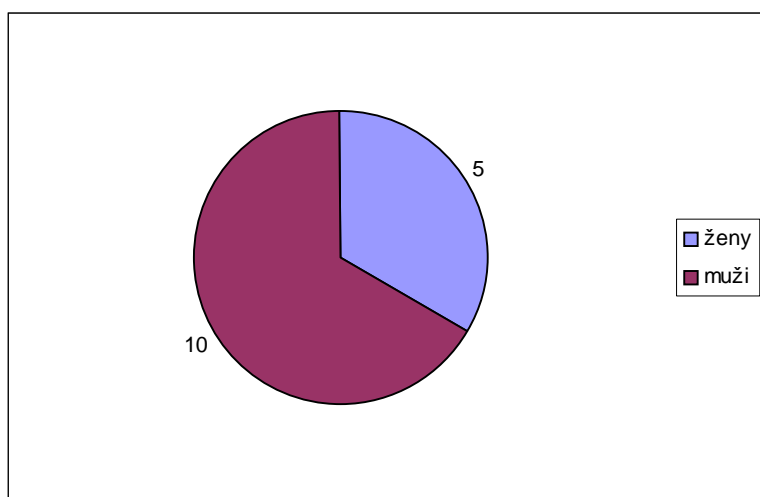
Rozhovor byl anonymní, i když si uvědomuji, že tazatel může mít pocit, že když se ho jiná osoba přímo dotazuje, není už rozhovor zcela anonymní. Pro sběr dat jsem záměrně nezvolila nahrávání dat na diktafon, protože se domnívám, že by dotazovaní mohli být nervózní a jejich odpovědi by mohly být zkreslené, proto, že budou mít pocit, že jejich odpovědi někdo zaznamenává a eviduje.

## 4. Výsledky

Grafy jsou uvedeny v absolutních číslech, nikoliv v procentech, vzhledem k malému vzorku respondentů (15).

### *Otázka č.1: Pohlaví respondentů*

*Graf č. 1 Pohlaví respondentů*



Zdroj: vlastní výzkum. 2007.

Z grafu je patrné, že větší část respondentů tvořili muži (10) a menší část ženy (5). Převaha mužů ve výzkumu potvrzuje skutečnost, že Kontaktní centrum navštěvují ve větší míře osoby mužského pohlaví.

### *Otázka č. 2: Věk respondentů*

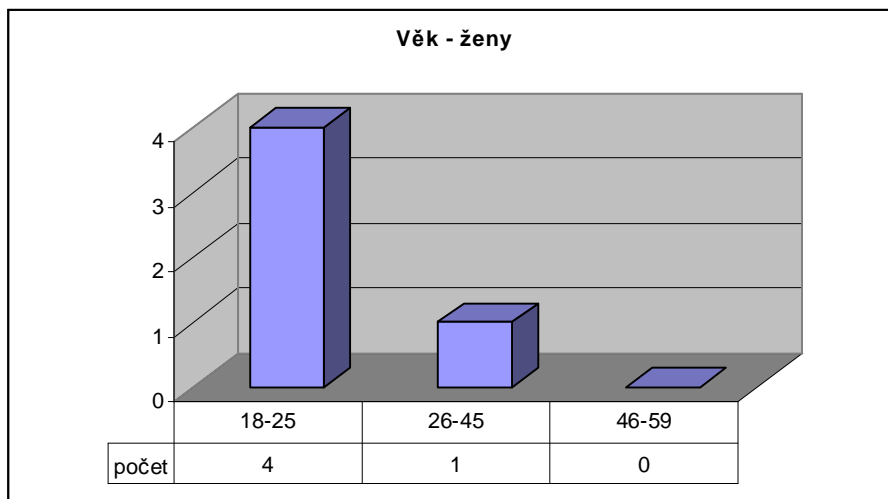
V rozhovoru jsem se respondentů ptala pouze na jejich věk, pro účely grafu, jsem si vytvořila věkové kategorie podle prof. Marie Vágnerové. (20)

18-25 let (mladá dospělost)

26-45 let (střední dospělost)

46-59 let (pozdní dospělost)

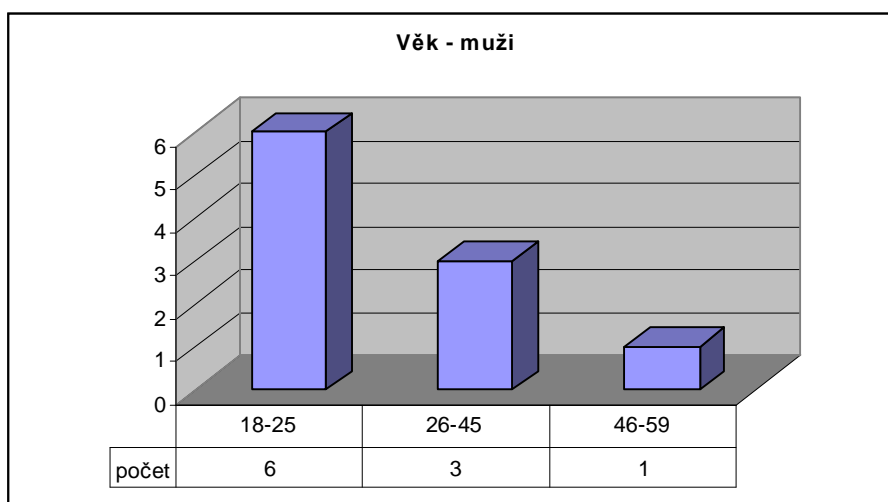
**Graf č. 2 Věk respondentů - ženy**



Zdroj: vlastní výzkum. 2007.

Z grafu je patrné, že nejčastější věk žen je 18-25 let (4), dále 26-45 (1) a ve věku mezi 46-59 let se v mém výzkumu žádná žena nevyskytla.

**Graf č.3 Věk respondentů - muži**

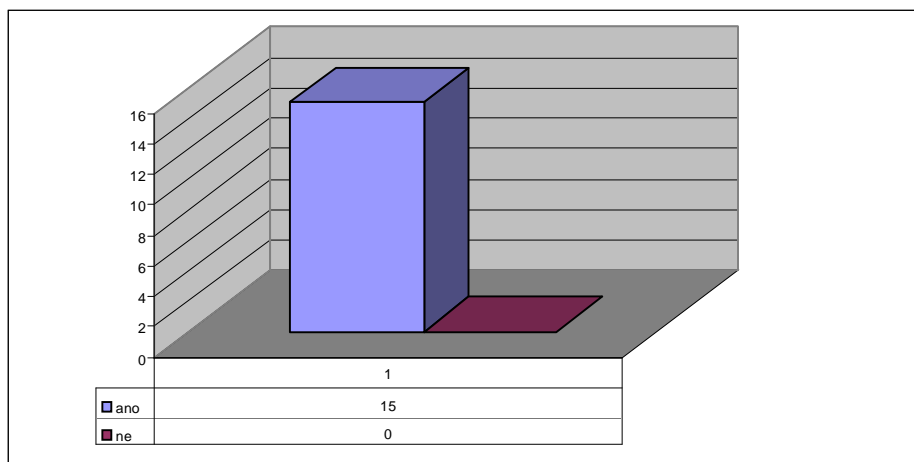


Zdroj: vlastní výzkum. 2007.

Z grafu vyplývá, že nejčastější věk mužů je 18-25 let (6), dále 26-45 let (3) a jeden respondent ve věku 54 let, je v kategorii 46-59

**Otázka č. 3: Žijete v Jihočeském kraji? ( momentálně zde bydlíte )**

**Graf č. 4 Pobyť v Jihočeském kraji**

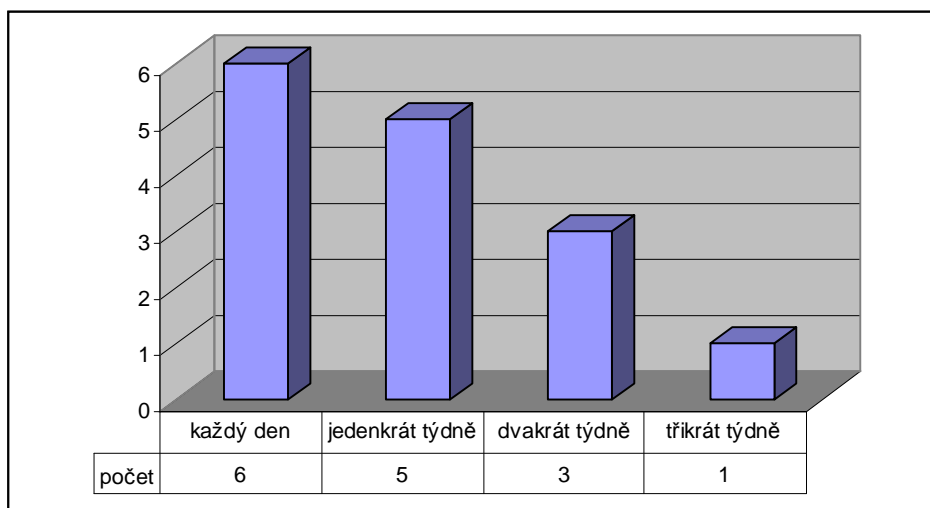


Zdroj: vlastní výzkum. 2007.™

Všichni dotazovaní uvedli, že momentálně žijí v Jihočeském Kraji, zejména v Českých Budějovicích.

**Otázka č. 4: Chodíte pravidelně do K-centra? (alespoň jedenkrát týdně)**

**Graf č. 5 Docházka klientů do K-centra**

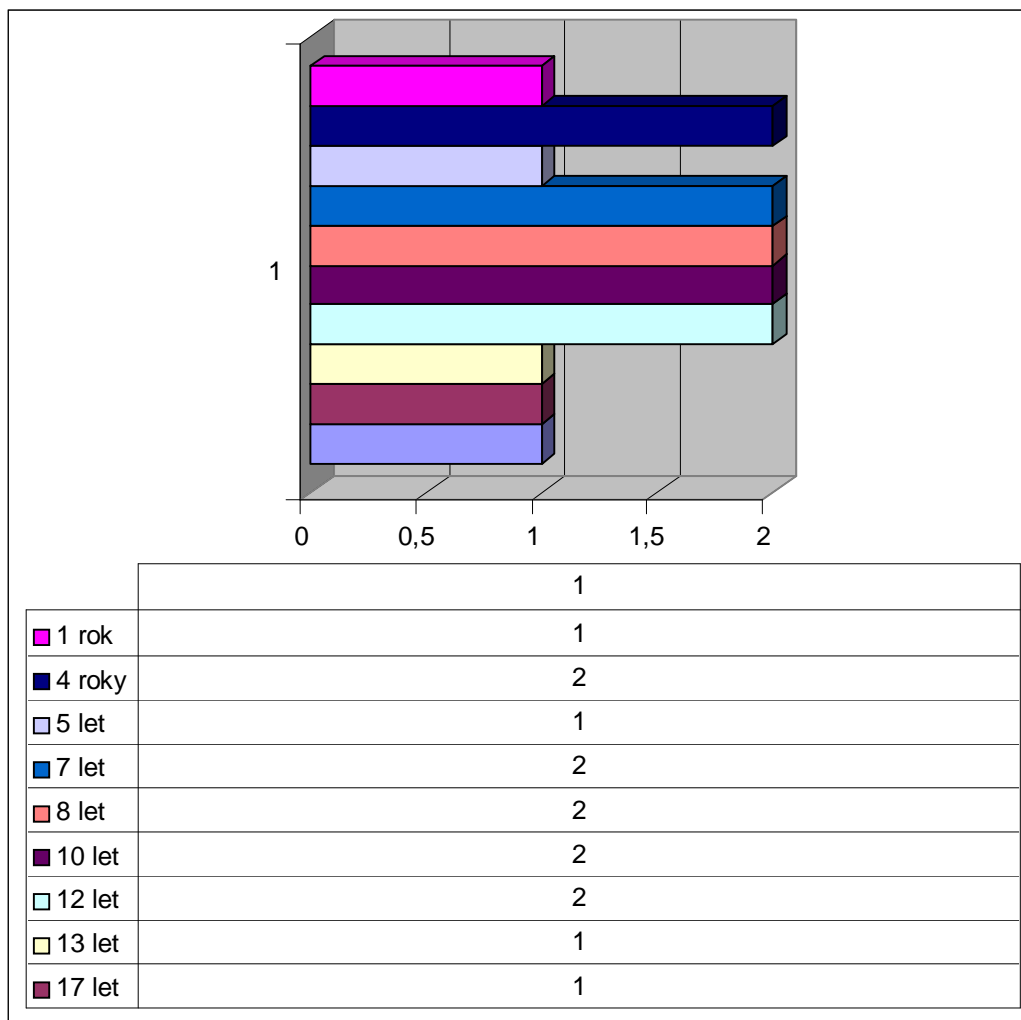


Zdroj: vlastní výzkum. 2007.

Z grafu je patrné, že všichni klienti dochází do zařízení alespoň jednou týdně. 6 dotazovaných dochází každý den, 5 uvedlo jedenkrát týdně, 3 dvakrát v týdnu a jeden respondent dochází do zařízení třikrát týdně.

**Otázka č. 5: Jak dlouho drogy užíváte?**

**Graf č. 6 Délka užívání drog u klientů**

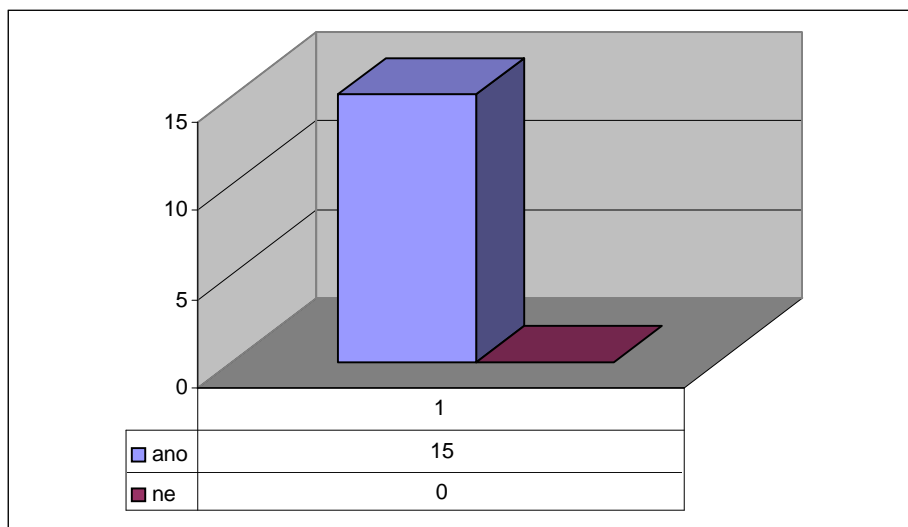


Zdroj: vlastní výzkum. 2007.

Odpovědi na tuto otázku byly poměrně dost rozdílné. Průměrná doba užívání drog je u respondentů 9,8 let. Přičemž jednotlivé délky užívání se u klientů dost liší. Nejdelší doba aplikace drogy, kterou respondent uvedl je 30 let (věk respondenta je 54 let).

**Otázka č. 6: Užíváte drogy nitrožilně?**

**Graf č. 7 Nitrožilní aplikace drog**

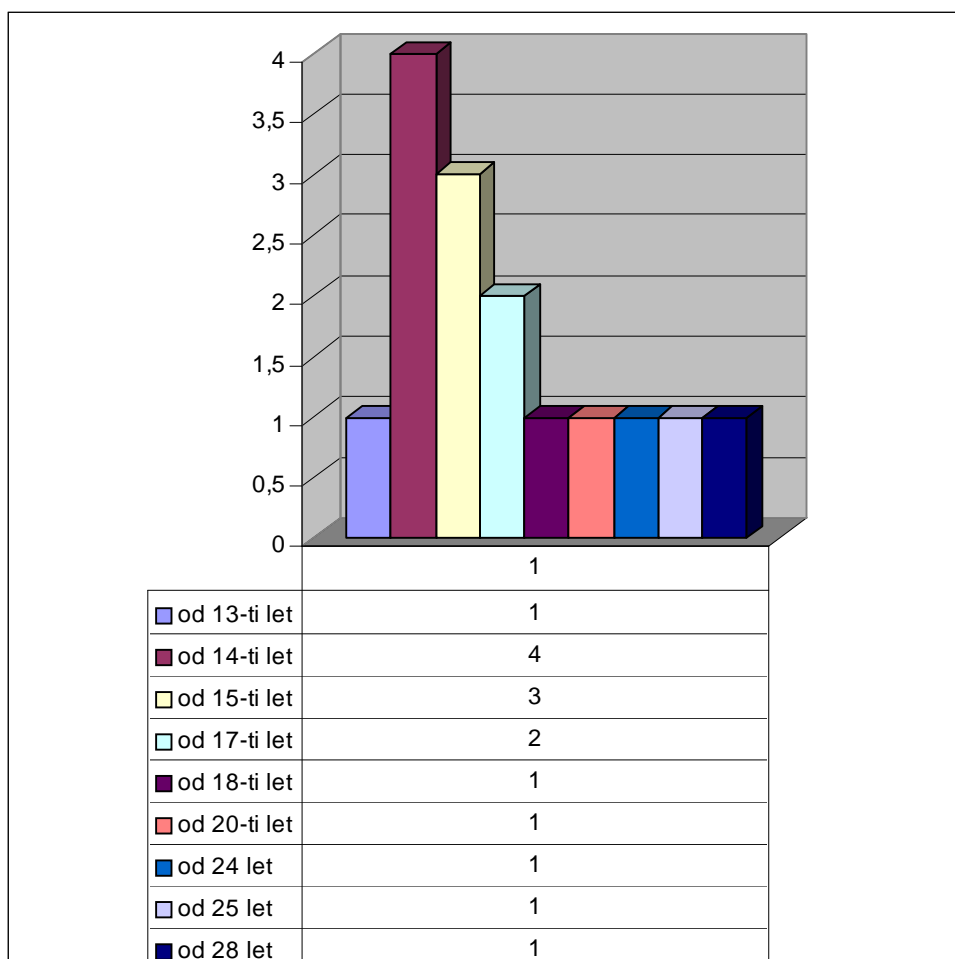


Zdroj: vlastní výzkum. 2007.

Z grafu je patrné, že všichni dotazovaní si drogy aplikují nitrožilně.

**Otázka č. 6 a : Od kolika let drogy užíváte nitrožilně?**

**Graf č.8 Časové období užívání drogy**



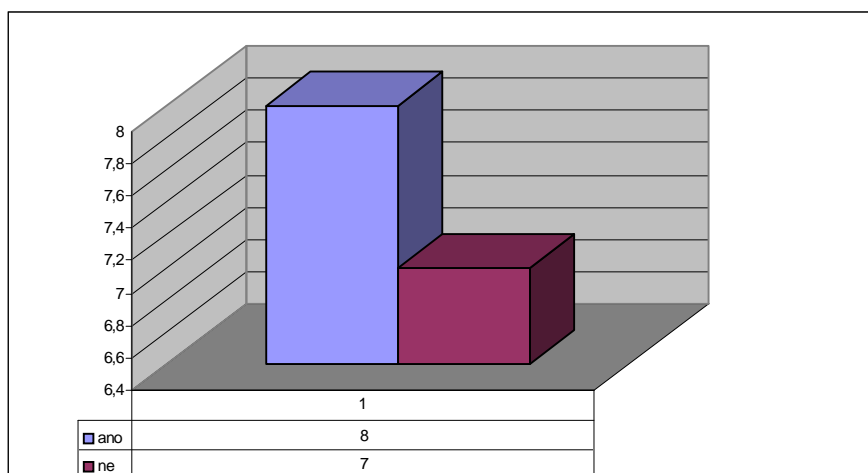
Zdroj: vlastní výzkum. 2007.

Z grafu je patrné, že nejvíce respondentů drogy užívá od 14-ti let (4), 3 uživatelé drogy užívají od 15-ti let. Věky od kterých respondenti užívají drogy se výrazně liší.

**Otázka č. 7 : Sdílíte s někým jehlu?**

Tuto otázku jsem respondentovi položila v případě, že uvedl, že drogy užívá nitrožilně.

**Graf č. 9 Sdílení jehel**

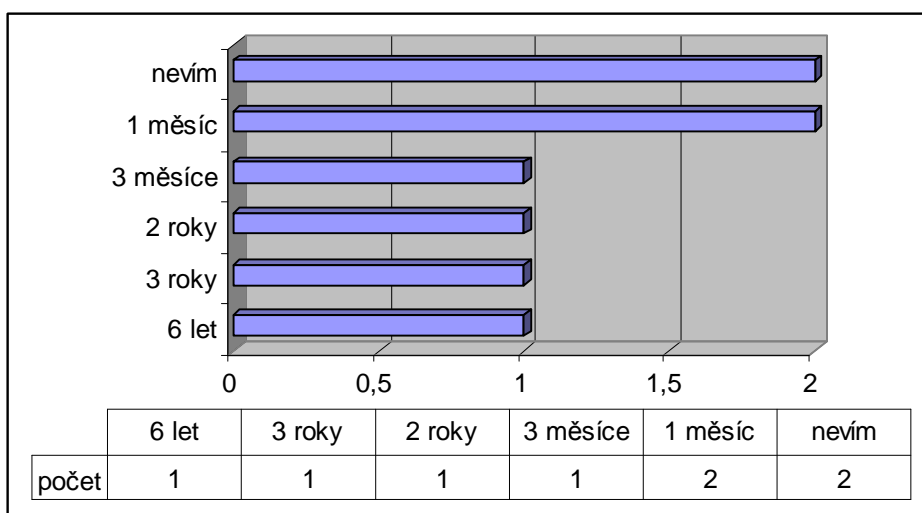


Zdroj: vlastní výzkum. 2007.

Více než polovina respondentů (8) uvedla, že si jehlu půjčuje, sdílí, s někým jiným, i když třeba ne příliš často. 7 respondentů uvedlo, že jehlu s nikým jiným nesdílí.

**Otázka č.7 a: Vzpomínáte si, kdy jste použil cizí jehlu k aplikaci drogy na poslední?**

**Graf č. 10 Poslední aplikace drogy cizí jehlou**



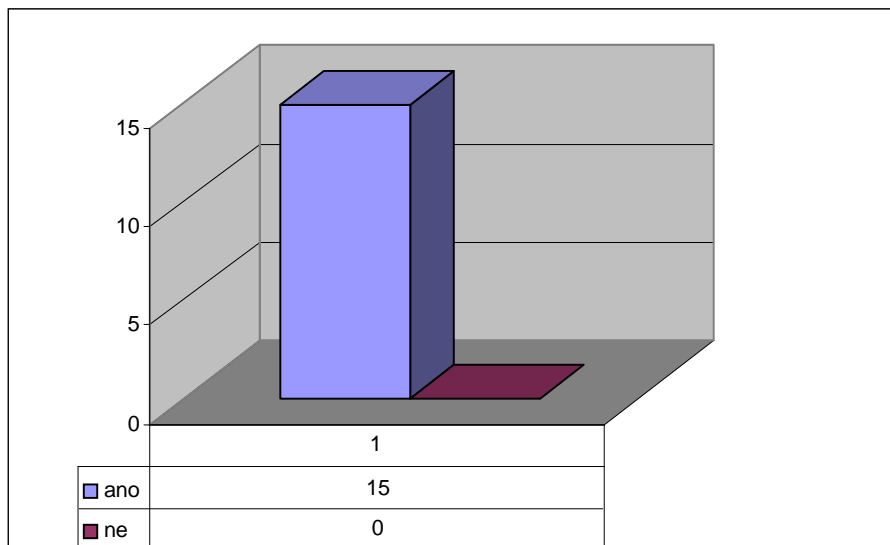


Zdroj: vlastní výzkum. 2007.

Tuto otázku jsem respondentovi položila, pokud v předchozí otázce odpověděl kladně. Doba poslední aplikace drogy cizí jehlou se u respondentů výrazně liší. Nejvíce respondentů použilo cizí jehlu k aplikaci drogy zhruba před měsícem, nebo si respondent nevzpomíná.

**Otázka č. 8: Víte jaká zdravotní rizika jsou spojena s užíváním drog?**

**Graf č. 11 Povědomí o zdravotních rizicích.**

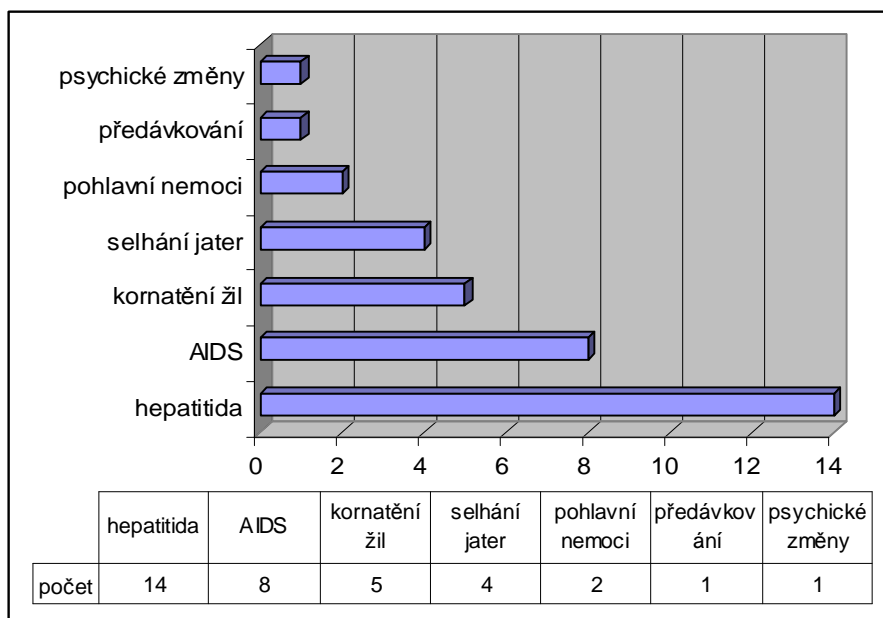


Zdroj: vlastní výzkum. 2007.

Všichni dotazovaní uvedli, že mají povědomí o rizicích spojených s užíváním drog.

**Otázka č. 8 a: Můžete nějaká rizika jmenovat?**

**Graf č. 12 Rizika spojená s užíváním drog**

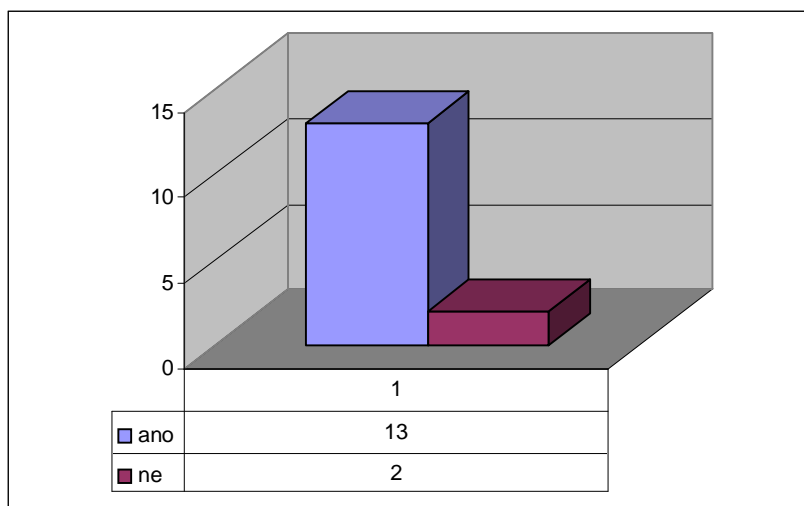


Zdroj: vlastní výzkum. 2007.

Respondenti jmenovali více rizik, proto součet přesahuje 15. Téměř všichni respondenti (14) uvedli jako riziko užívání drog hepatitidu, více než polovina respondentů (8) uvedla AIDS a 5 respondentů uvedlo kornatění žil.

**Otázka č. 9: Víte, jaké má příznaky onemocnění virovou hepatitidou C?**

**Graf č.13 Povědomí o příznacích onemocnění virovou hepatitidou C**



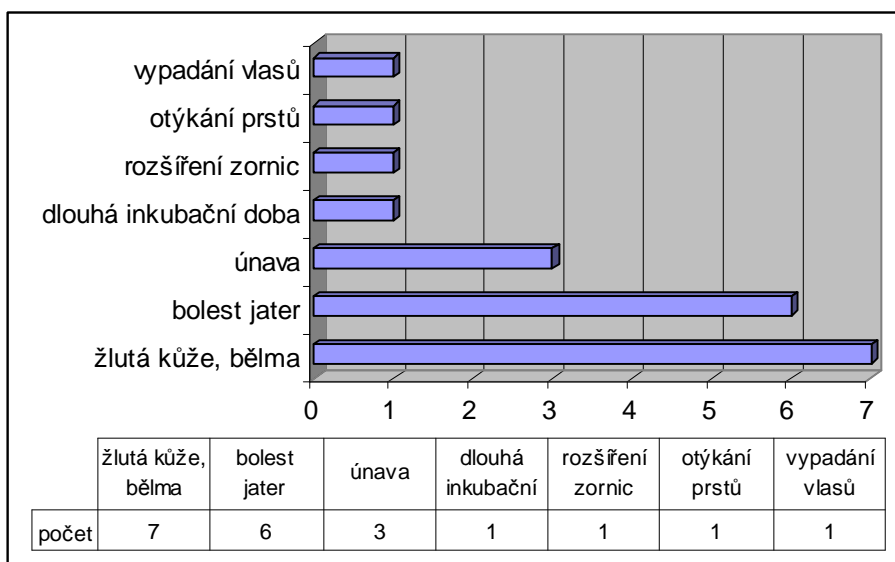
Zdroj: vlastní výzkum. 2007.

Více než polovina dotazovaných (13) uvedla, že zná příznaky onemocnění virovou hepatitidou C. Pouze dva dotazovaní uvedli, že tyto příznaky neznají.

**Otázka č.9 a : Můžete nějaké příznaky jmenovat?**

Tuto otázku jsem respondentovi položila v případě, že na předchozí otázku odpověděl kladně.

**Graf č.14 Příznaky virové hepatitidy C**

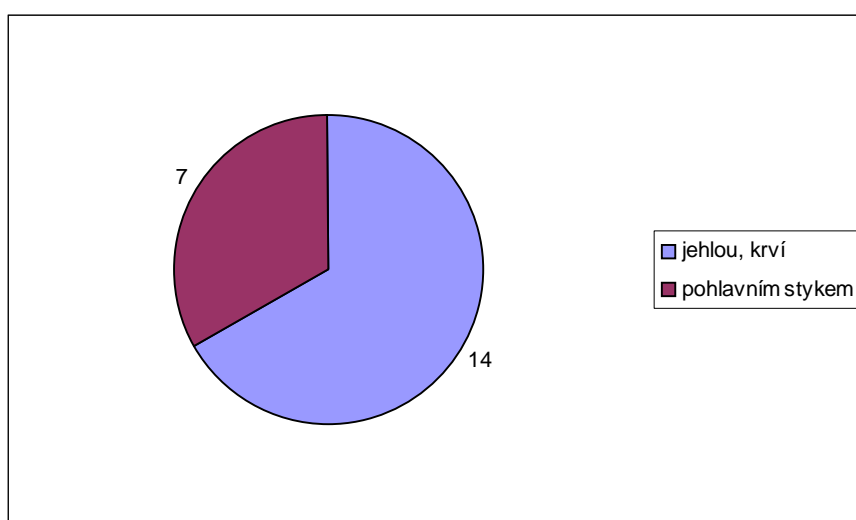


Zdroj: vlastní výzkum, 2007

Respondenti jmenovali více rizik, proto součet přesahuje 15. Z grafu je patrné, že nejčastěji jmenovaným příznakem je žlutá kůže a bělma (7), 6 respondentů uvedlo bolest jater a 3 uvedli únavu

**Otázka č. 10: Víte, jak se Hepatitida C přenáší?**

**Graf č.15 Možnosti přenosu virové hepatitidy C**

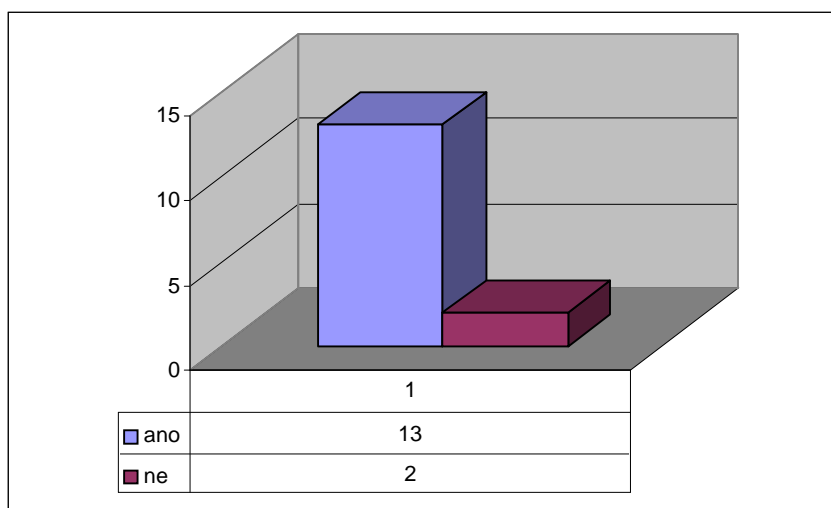


Zdroj: vlastní výzkum. 2007.

Respondenti jmenovali více rizik, proto součet přesahuje 15. Všichni respondenti uvedli, že znají typy přenosu onemocnění hepatitidy C. Téměř všichni dotazovaní uvedli možnost přenosu jehlou, krví. 7 klientů uvedlo přenos pohlavním stykem. Z těchto sedmi klientů 5 uvedlo, že přenos je možný jen ojedinelé. Jeden uživatel uvedl jako možnost přenosu: „Když má někdo na puse otevřené opary, má céčko a použiji po něm lžičku“.

**Otázka č. 11: Byl/a jste vyšetřena na virovou hepatitidu C?**

**Graf č. 16 Vyšetření na virovou hepatitidu C**



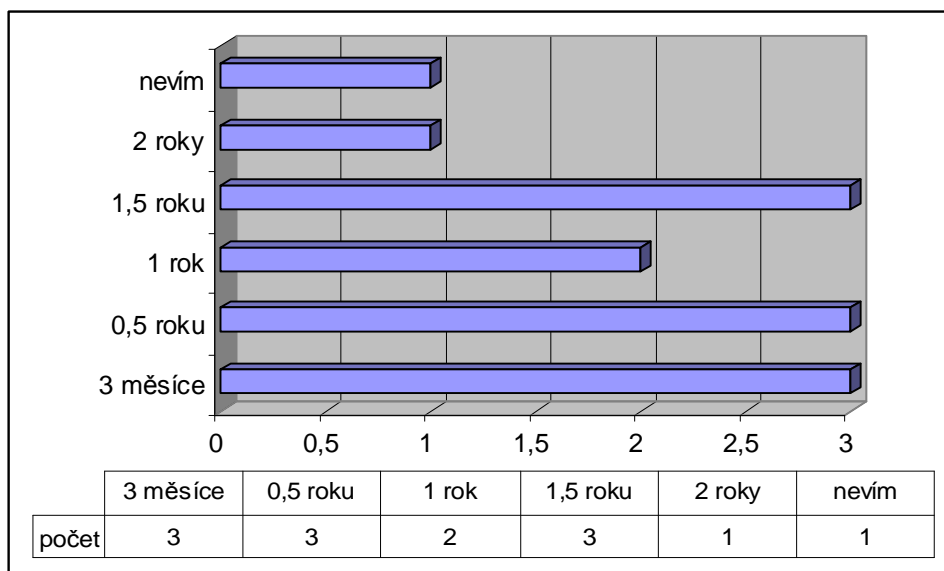
Zdroj: vlastní výzkum. 2007.

Z grafu vyplývá, že 13 dotazovaných uvedlo, že byli vyšetřeni na onemocnění virovou hepatitidou C, 2 vyšetřeni nebyli.

**Otázka č. 11 a: Kdy jste byl/a vyšetřen/a naposledy?**

Tuto otázku jsem respondentovi položila v případě, že v předchozí otázce uvedl, že byl vyšetřen.

**Graf č. 16 Údaj posledního vyšetření na virovou hepatitidu C**



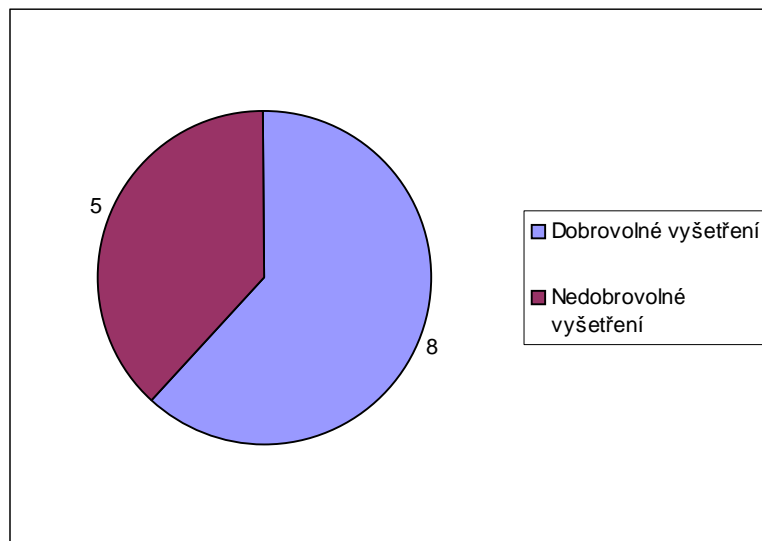
Zdroj: vlastní výzkum. 2007.

Z grafu vyplývá, že nejvíce respondentů se nechalo vyšetřit před třemi měsíci (3) a před zhruba před půl rokem (3). Datum posledního vyšetření u uživatelů se dost liší.

**Otázka č. 12 : Proč jste se nechal/a vyšetřit na hepatitidu C?**

Tuto otázku jsem respondentovi položila v případě, že v předchozí otázce uvedl, že byl vyšetřen.

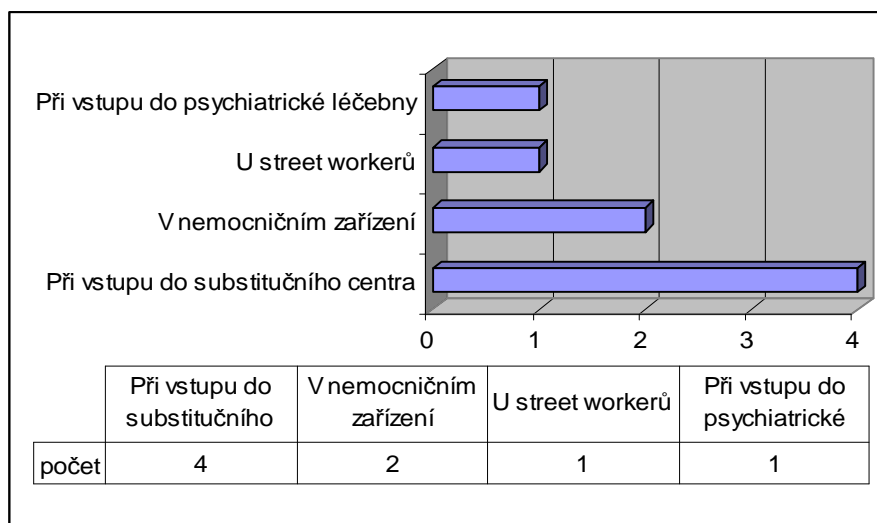
**Graf č. 18** Možnost výběru vyšetření na virovou hepatitidu C



Zdroj: vlastní výzkum. 2007.

Z grafu je patrné, že více než polovina respondentů (8) podstoupila vyšetření dobrovolně, 5 respondentů nedobrovolně (např. ve vězení, nebo v nemocničním zařízení).

**Graf č. 19** Důvody k vyšetření na virovou hepatitidu C



Zdroj: vlastní výzkum. 2007.

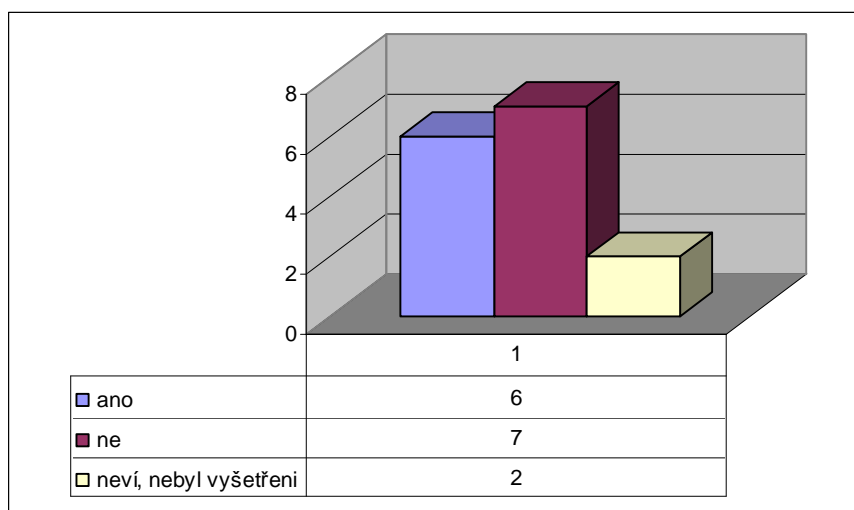
Z grafu vyplývá, že z 8 respondentů, kteří se nechali vyšetřit dobrovolně, 4 byli vyšetřeni v rámci vstupu do Substitučního centra, 2 respondenti v nemocničním zařízení, zbývající u streetwokera, nebo při vstupu do psychiatrické léčebny.

**Otázka č. 13: Chtěl/a by jste se dát vyšetřit?**

Tento typ otázky jsem respondentovi položila v případě, že na otázku č. 11. odpověděl negativně. Pouze 2 respondenti uvedli, že nebyli vyšetřeni na virovou hepatitidu C. Jeden klient uvedl, že by se chtěl dát vyšetřit a v tomto případě by se obrátil na lékaře. Druhý respondent uvedl, že by se dát vyšetřit nechtěl.

**Otázka č. 14: Onemocněl/a jste virovou hepatitidou typu C?**

**Graf č.20 Klienti trpící Virovou hepatitidou C**



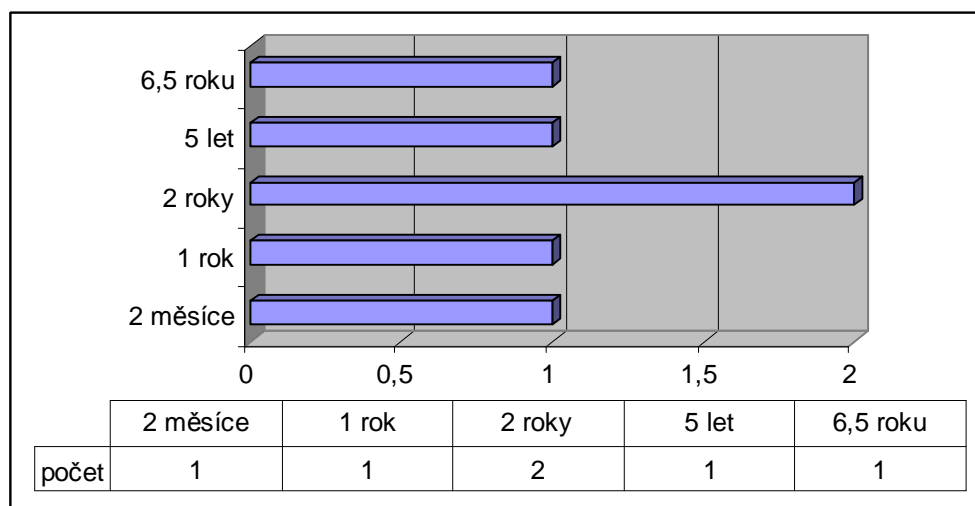
Zdroj: vlastní výzkum. 2007.

Z grafu je patrné, že 6 klientů ví o svém onemocnění virovou hepatitidou C. 9 respondentů podle jejich názoru nejsou nemocní, ale 2 z nich uvedli, že nebyli vyšetřeni, pouze si myslí, že nejsou nemocní.



**Otázka č. 14a: Jak dlouho trpíte virovou hepatitidou C?**

**Graf č.21 Délka onemocnění virovou hepatitidou**



Zdroj: vlastní výzkum. 2007.

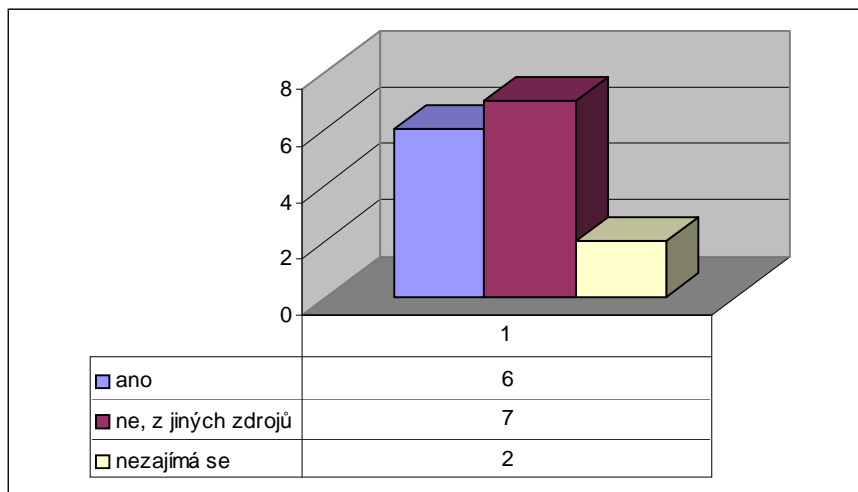
Z grafu vyplývá, že délka trvání onemocnění virovou hepatitidou C, se u jednotlivých klientů, kteří uvedli, že tímto onemocněním trpí(6), se výrazně liší.

**Otázka č. 15: Domníváte se, že za vaše onemocnění může užívání drog?**

Tuto otázku jsem respondentovi položila v případě, že na otázku č. 14 odpověděl kladně. Z šesti respondentů, kteří uvedli, že jsou nemocní, si všichni uvědomují, že za jejich onemocnění je odpovědné užívání drog.

**Otázka č. 16: Dozvěděl/a jste se v K-centru informace o onemocnění virovou hepatitidou C?**

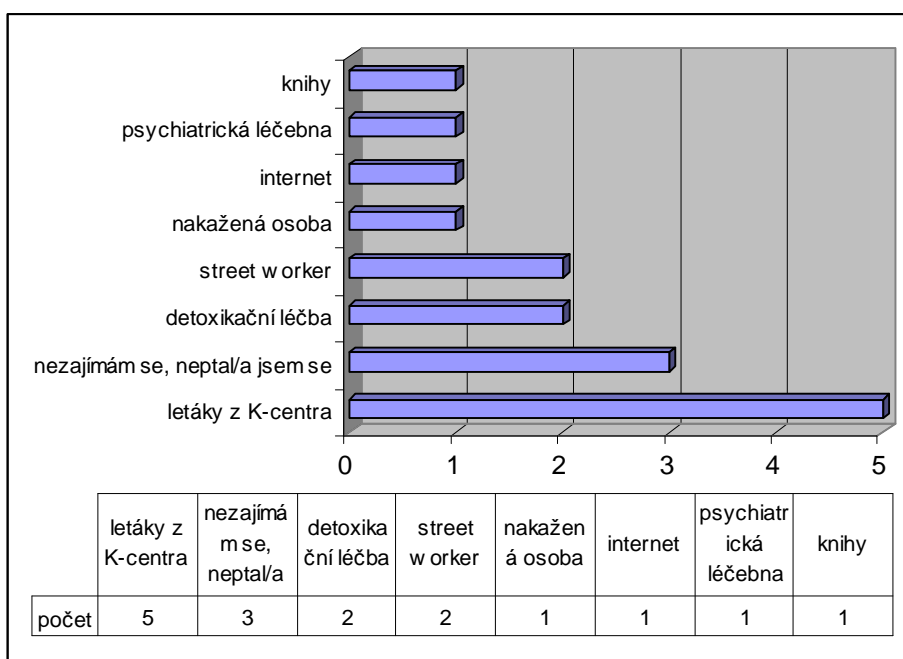
**Graf č. 22 Informace o virové hepatitidě C od K-centra**



Zdroj: vlastní výzkum. 2007.

Z grafu vyplývá, že K-centrum jako zdroj informací pro klienty a jiné zdroje jsou poměrně vyrovnané možnosti, jak klienti získávají informace. 6 respondentů uvedlo K-centrum jako zdroj informací a 7 respondentů uvedlo, že informace získává z jiných zdrojů.

**Graf č. 23 Zdroje informací o onemocnění virovou hepatitidou C**

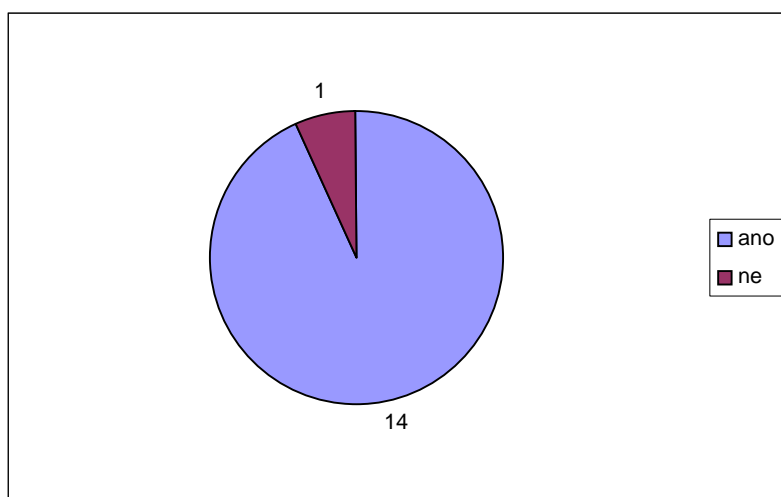


Zdroj: vlastní výzkum. 2007

Respondenti jmenovali více rizik, proto součet přesahuje 15. Z grafu vyplývá, že nejčastějším zdrojem pro respondenty (5) jsou letáky z K-centra. 3 respondenti uvedli, že se o tuto problematiku nezajímají. Ostatní respondenti uvedli další zdroje informací.

**Otázka č. 17: Máte pocit dostatečné informovanosti v oblasti rizik spojených s užíváním drog?**

**Graf č.24 Subjektivní informovanost uživatelů o rizicích spojených s užíváním drog**



Zdroj: vlastní výzkum. 2007

Z grafu vyplývá, že téměř všichni dotazovaní (14) uvedli, že mají pocit dostatečné informovanosti v oblasti rizik spojených s užíváním drog. 2 ze 14 respondentů uvedli, že by se rádi dozvěděli o této problematice více informací a 2 respondenti uvedli, že musí mít o informace zájem, jinak jim nikdo v K-centru sám informace nepodá.

## 5. Diskuse

Cílem mé práce je popsat problematiku informovanosti uživatelů drog o rizicích hepatitidy C virové infekce. Ve výzkumné části jsem se zaměřila konkrétně na zjištění míry informovanosti klientů Kontaktního a doléčovacího centra pro drogovou závislost o.s. Háječek v Českých Budějovicích (dále jen K-centrum).

V diskusi se zabývám výsledky mého výzkumu v porovnání s údaji o této problematice v literatuře, které jsem použila pro současný stav této práce. Informace potřebné pro výzkum byly získány metodou polořízeného rozhovoru v rámci kvalitativního výzkumu.

Uvědomuji si, že pro drogově závislé osoby nemusí být příjemné mluvit o své závislosti a mnozí z nich se vyhýbají výzkumům, protože se bojí, aby jejich odpovědi nebyly někde evidovány. Překvapila mě však vstřícnost většiny dotazovaných k mému výzkumu. Na všechny otázky mi bez větších rozpaků odpovídali a většinou se i rozpovídali, z čehož jsem měla dojem, že jsou rádi, že s někým o svém problému mohou mluvit. Některé rozhovory probíhaly poměrně stroze a rychle a dotazovaní se příliš nerozpovídali. Celkově jsem ale měla z rozhovorů pocit, že dotazovaní mají potřebu mluvit o své závislosti a uvítají příležitost vyjádřit své problémy a obavy. Průběh rozhovoru jsem se snažila přesně zaznamenat, aby byl objektivní a pravdivě odrazil dané skutečnosti.

V úvodní části rozhovoru jsem zjišťovala informace o pohlaví, věku a pobytu klienta v Jihočeském kraji. Otázka zjišťující pohlaví potvrdila mou domněnku, že mezi klienty K-centra převažují muži. Sledovaný soubor tvořilo 15 osob. Z toho 10 tvořili muži a 5 žen. Dále bylo zjištěno věkové spektrum klientů. Nejvíce mužů bylo ve věku 18-25 (6), nejvíce žen se vešlo také do této věkové kategorie (4). Z toho vyplývá, že nejvíce uživatelů navštěvujících K-centrum je ve věku mladé dospělosti. Nejmladší dotazovanou byla osmnáctiletá dívka a nejstaršímu dotazovanému je 54 let.

Zjišťován byl také pobyt v Jihočeském kraji. Tento údaj mě zajímal proto, že je možné, že do K-centra chodí i klienti, kteří nemají trvalý pobyt v Jihočeském kraji, ale

aktuálně se zde vyskytují a navštíví toto zařízení. Z výzkumu však vyplynulo, že všichni dotazovaní momentálně žijí v Jihočeském Kraji, zejména v Českých Budějovicích.

Dále jsem zjišťovala docházku do K-centra. Z výzkumu vyplynulo, že všichni dotazovaní dochází do K-centra pravidelně (tzn. alespoň jednou týdně), 6 dotazovaných uvedlo, že do zařízení dochází každý den, 5 uvedlo jedenkrát týdně, 3 dvakrát v týdnu a jeden respondent dochází do zařízení třikrát týdně. Klienti, kteří při rozhovoru uvedli, že do zařízení dochází každý den, zdůrazňovali význam K-centra. Uváděli, jak je pro ně docházka do K-centra důležitá. Z výše uvedeného tedy vyplývá, že pro klienty je významná častá návštěva K-centra. Tato skutečnost je podle mého názoru odrazem dobré a přívětivé atmosféry, kterou vytváří pracovníci K-centra.

Na tyto identifikační otázky navazoval okruh témat, který se týkal užívání drog. Zajímalo mě, jak dlouho dotazovaný drogy užívá. Významná otázka byla, zda dotazovaný užívá drogy nitrožilně a jak dlouho tak činí a zejména, zda injekční materiál (jehlu) s někým sdílí. Jak uvádí Kalina, K. (8), sdílení jehel je způsob injekčního užívání, který je nejrozšířenější a také veřejnosti nejznámější formou rizikového užívání drog s nebezpečím přenosu HIV a viru Hepatitidy B a C. Zejména partnerské sdílení je často bagatelizováno i relativně informovanými a odpovědnými uživateli.

Způsob užívání drogy je tedy důležitým faktorem a injekční aplikace drog výrazně zvyšuje možnost přenosu virové hepatitidy C. Průměrná doba užívání drog je u respondentů 9,8 let. Přičemž jednotlivé délky užívání se u klientů dost liší. Nejdelší doba aplikace drogy, kterou respondent uvedl je 30 let (věk respondenta je 54 let). Všichni dotazovaní uvedli, že si drogy aplikují nitrožilně, přičemž si drogy aplikují průměrně 7 let, jednotlivé délky užívání se u klientů dost liší.

Dále jsem se v rozhovoru zaměřila na sdílení jehel. Více než polovina respondentů (8) uvedla, že si jehlu půjčuje, sdílí, s někým jiným, i když třeba ne příliš často. 7 respondentů uvedlo, že jehlu s nikým jiným nesdílí. Dle způsobu, jakým mi tuto informaci sdělili, hodnotím, že jsou hrdí na to, že používají jehly jen k účelům vlastní aplikace drogy a této skutečnosti přikládají velkou váhu.

Při zjišťování míry informovanosti dotazovaných osob o zdravotních rizicích spojených s aplikací drog, byli respondenti dotazováni na to, zda ví, jaká zdravotní

rizika jsou spojena s užíváním drog a zda mohou konkrétní rizika jmenovat. Z výsledků vyplynulo, že všichni dotazovaní si jsou těchto rizik vědomi. Téměř všichni respondenti (14) uvedli jako riziko užívání drog hepatitidu, více než polovina respondentů (8) uvedla AIDS a 5 respondentů uvedlo kornatění žil. Dalšími uváděnými riziky byly předávkování, cyrhóza jater, pohlavní onemocnění, nebo psychické změny. Zábranský, T. (22) uvádí, že všechny injekčně vpravované látky v sobě obsahují vysoké riziko šíření infekcí. V Čechách se objevují menší epidemie šíření různých typů hepatitid mezi tuzemskými injekčními uživateli drog. Dalším rizikem, které podobně jako předchozí souvisí s nehygienickými jehlami, je vznik abscesů, trombů a embolií, často se smrtelnými důsledky.

Z toho tedy vyplývá, že většina respondentů je pravdivě informovaná o zdravotních rizicích, které souvisí s užíváním drog.

Následující okruh otázek se týkal onemocnění virovou hepatitidou C (dále jen VHC). Zajímalo mě, jak podrobné a pravdivé informace klienti K-centra a této problematice mají. 13 dotazovaných uvedlo, že zná příznaky hepatitidy C. Při bližší specifikaci tohoto tématu jsem požádala respondenty o jmenování příznaků tohoto onemocnění. Nejčastěji jmenovaným příznakem je žlutá kůže a bělma (7), 6 respondentů uvedlo bolest jater a 3 uvedli únavu. Dále uváděnými příznaky jsou rozšíření zornic, otékání prstů, vypadání vlasů. Jak uvádí Helcl, J. (3), akutní hepatitida C často probíhá jako mírné nebo zcela bezpříznakové onemocnění. Pouze asi 25 % případů má žloutenku a méně než 10 % infikovaných osob má závažnější onemocnění. Jen u malé části pacientů jsou prodromální příznaky, jako je zvýšená teplota, tmavá moč, nechutenství, nauzea, pocit plnosti v břiše nebo žloutenka.

Z výzkumu tedy vyplývá, že některé odpovědi dotazovaných (žloutenka, únava) se poměrně dost shodují s údaji uvedenými v literatuře, které se týkají onemocnění VHC.

Při zjišťování informovanosti dotazovaných osob o způsobech přenosu VHC, byli respondenti dotazováni na to, zda ví, jaké má VHC příznaky a požádala jsem je, zda mohou některé jmenovat. Všichni respondenti uvedli, že znají typy přenosu VHC. Téměř všichni dotazovaní také uvedli možnost přenosu jehlou, krví. 7 klientů uvedlo

přenos pohlavním stykem. Z těchto sedmi klientů 5 uvedlo, že přenos je možný jen ojediněle. Jeden uživatel uvedl jako možnost přenosu: „ Když má někdo na puse otevřené opary, má céčko a použiji po něm lžičku“.

Dále jsem se v rozhovorech blíže zaměřila na vyšetření na VHC. 13 dotazovaných uvedlo, že byli vyšetřeni na VHC, 2 vyšetřeni nebyli. Několik respondentů (4) zdůrazňovalo, že se nechávají vyšetřovat každé 3 měsíce, aby věděli „jak na tom jsou“. Kladně tedy hodnotím skutečnost, že někteří klienti mají zájem o vyšetření na VHC, protože si uvědomují, že pokud drogy užívají nitrožilně, riziko tohoto onemocnění se u nich výrazně zvyšuje. Více než polovina respondentů (8) podstoupila vyšetření dobrovolně, 5 respondentů nedobrovolně (např. ve vězení, nebo v nemocničním zařízení). Respondenti, kteří se nechali na VHC vyšetřit dobrovolně, byli v polovině případů (4 z 8) vyšetřeni při vstupu do Substitučního centra.

Z výzkumného vzorku 15-ti dotazovaných 6 klientů ví o svém onemocnění VHC. 9 respondentů podle jejich názoru nejsou nemocní, ale 2 z nich uvedli, že nebyli vyšetřeni, pouze si myslí, že tímto onemocněním netrpí. Jeden respondent uvedl, že ví o svém onemocnění měsíc, nejdelší doba, kterou respondent uvedl byla naopak 6 a půl roku. Více než polovina dotazovaných (9) uvedla, že nemocní nejsou, nebo alespoň neví o tom, že by byli nemocní. Z výpovědí těchto dotazovaných vyplynulo, že nelze přesně určit, kolik klientů skutečně toto onemocnění má. Toto tvrzení podporuje také skutečnost, že respondenti, kteří uváděli, že nejsou nemocní, byli vyšetřeni více než před půl rokem. Aby se dalo přesně konstatovat kolik klientů je skutečně nemocných a ví o svém onemocnění, muselo by se u každého dotazovaného provést vyšetření na VHC. Dotazování, kteří uvedli, že ví o svém onemocnění si také zároveň uvědomují, že za jejich onemocnění je zodpovědné právě užívání drog.

Závěrečný okruh otázek se týkal informací, které získal respondent o VHC od K-centra, do kterého dochází. Z rozhovorů vyplynulo, že K-centrum jako zdroj informací pro klienty a jiné zdroje jsou poměrně vyrovnané možnosti, jak klienti získávají informace. 6 respondentů uvedlo K-centrum jako zdroj informací o VHC a 7 respondentů uvedlo, že informace získává z jiných zdrojů. Nejčastějším zdrojem pro respondenty (5) jsou letáky z K-centra. 3 respondenti uvedli, že se o tuto problematiku

nezajímají. Ostatní respondenti uvedli další zdroje informací (např. internet, streetworker, literatura). Zdrojem informací pro klienty se však bohužel stává i jiná nakažená osoba. Pokud však respondenti dávají váhu informacím od nakažených osob, prohlubuje se tak zkreslenost a neúplnost informací o VHC. Z výzkumu dále vyplynulo, že jsou si dotazovaní vědomi toho, že když se budou chtít něco dozvědět o onemocnění, mohou se zeptat v K-centru. Klienti upřednostňují možnost sami se zeptat, před systematickým působením ze strany pracovníků K-centra. 3 dotazovaní uvedli, že je tato problematika nezajímá a nemají tudíž ani zájem o žádné informace.

Všech 15 respondentů v rozhovorech uvedlo, že mají pocit dostatečné informovanosti v oblasti rizik spojených s užíváním drog a myslí si, že jsou pro ně tyto informace dostačující.

Celkově z výzkumu vyplynulo, že klienti K-centra mají poměrně vysokou znalost problematiky onemocnění VHC a rizik spojených s užíváním drog. Téměř všichni respondenti (14) pravdivě uvedli jako riziko užívání drog hepatitidu. Dalším argumentem je fakt, že téměř všichni dotazovaní (14) uvedli možnost přenosu VHC přenos jehlou, krví. Z toho 7 respondentů uvedlo ještě možnost přenosu pohlavním stykem. Jak uvádí Stránský J. (18), parenterální přenos je nejúčinnější cesta přenosu infekce VHC. Mezi hlavní rizikové faktory infekce VHC patří transfuze krve a jejích derivátů, intravenózní narkomanie a další.

Z důvodů poměrně pravdivých informací klientů K-centra o rizicích spojených s užíváním drog by se mohlo očekávat, že se sníží rizikovost chování u uživatelů. Přesto všichni dotazovaní uvedli, že si drogy aplikují nitrožilně a více než polovina respondentů (8) sdílí injekční materiál s jinou osobou. Tyto faktory výrazně zvyšují přenos VHC. Na základě těchto údajů získaných ve výzkumu jsem si stanovila hypotézu: *I přes poměrně vysokou znalost problematiky rizik spojených s intravenózní aplikací drog, se uživatelé chovají rizikově.*



## 6. Závěr

Hepatitida C je infekční onemocnění jater vyvolané hepatotropními viry, které mají chorobné účinky na jaterní tkáň. Vzhledem k významu jater pro člověka se jedná o onemocnění velmi závažné. Pro hepatitidu C je typický parenterální typ přenosu a je častá u nitrožilních uživatelů drog. Průběh onemocnění je mírný, často však přechází do chronického průběhu, který může pacienta invalidizovat a později usmrtit.

Téma informovanosti uživatelů drog o rizicích virové hepatitidy C jsem si tedy vybrala právě pro závažnost tohoto onemocnění a proto, že se domnívám, že význam následků onemocnění pro organismus postiženého je uživateli drog často podceňován.

Z výzkumu vyplynulo, že většina klientů Kontaktního a doléčovacího centra o.s. Háječek v Českých Budějovicích jsou aktivní v oblasti zjišťování informací v oblasti rizik spojených s užíváním drog a někteří uživatelé by se rádi o této problematice, která se jich konkrétně týká, dozvěděli více. Přesto jsem se na základě výsledků výzkumu přesvědčila o tom, že mají pocit dostatečné informovanosti, zejména v oblasti onemocnění virovou hepatitidou C. Kladně hodnotím skutečnost, že někteří klienti mají zájem o vyšetření na virovou hepatitidu C, protože si uvědomují, že pokud drogy užívají nitrožilně, riziko tohoto onemocnění se u nich výrazně zvyšuje.

Na základě výsledků primárního výzkumu jsem si stanovila hypotézu, která z výsledků vyplynula. Tato hypotéza zní: *I přes poměrně vysokou znalost problematiky rizik spojených s intravenózní aplikací drog, se uživatelé chovají rizikově. Uvědomují si, že zkoumaný vzorek je příliš malý na to, aby se hypotéza dala vztáhnout na celou populaci. Aby byl výsledek validní, bylo by třeba výzkum provést na širší cílové skupině.*

Závěrem bych ráda zmínila, že se domnívám, že hlavní cíl mé práce, kterým bylo popsat problematiku informovanosti uživatelů drog o rizicích hepatitidy C virové infekce byl splněn, stejně jako byl splněn vedlejší cíl, který vycházel z cíle dílčího.

## 7. Seznam použitých zdrojů

1. BORNÍK, M. *Drogy co bychom o nich měli vědět*. 1. vyd. Praha: Themis, 2001. 31s. ISBN 80-85821-98-2.
2. HAUFTOVÁ, D. *Virové hepatitidy*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 1999. 42s. ISBN 80-7067-955-6 .
3. HELCL, J. et al. *Chronické hepatitidy v ordinaci praktického lékaře, základy diagnostiky a léčby chronických hepatitid*. 1. vyd. Brno: Maxford, 1997. 63s. ISBN 80-85800-64-0.
4. HELLER, J. et al. *Závislost známá neznámá*. 1. vyd. Praha: Grada, 1996. 162s. ISBN 80-7169-277-8.
5. HUSA, P. *Klinika infekčních chorob, LF MU Brno a FN Brno. Nové metody v diagnostice infekce virem hepatitidy C a jejich využití v klinické praxi*. [Online].[Cit.2007-01-26] Dostupné z <<http://www.ceska-hepatologie.cz/editor/genhtml.pl?loc=hepatologie&table=kv03>>
6. HUSA, P., HUSOVÁ, L. *Možnosti praktického lékaře při diagnostice a léčbě chronických virových hepatitid*. 1.vyd. Hradec Králové: Olga Čermáková, 2004. 34s. ISBN 80-86703-03-07.
7. KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2. mezioborový přístup*. 1.vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 343s. ISBN 80-86734-05-6.
8. KALINA, K. a kol. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. 1. vyd. Praha: Filia nova, Úřad vlády ČR, 2001. ISBN 80-238-8014-4.

9. KLENER, P. a kol. *Vnitřní lékařství III. Díl*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 1997. 172s. ISBN 80-7184-367-9.
10. KOLEKTIV AUTORU, *Seznam a definice výkonů drogových služeb*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2006. 88s. ISBN 80-86734-81-1.
11. LINES, R. et al. *Výměna jehel ve věznicích. Poznatky z komplexního přehledu mezinárodních údajů a zkušeností* 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2006. 112s. ISBN 80-86734-79-X.
12. MEDICINA, OBORNÉ FORUM LÉKAŘŮ A FARMACEUTU. *Léčba chronické hepatitidy C kombinací INFalfa + ketoprofen* [Online ]. [cit. 2007-24-02 ]  
Dostupné z < [http://www.zdrava-rodina.cz/med/med0500/med0500\\_14.html](http://www.zdrava-rodina.cz/med/med0500/med0500_14.html)
13. NOŽINA, M. *Svět drog v Čechách*. 1. vyd. Praha: KLP, 1997. 347s. ISBN 80-85917-36-X.
14. ODBOR PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY ÚŘAD VLÁDY ČESKÉ REPUBLIKY, *Akční plán realizace národní protidrogové politiky na období 2005 až 2006*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2005. 44s. ISBN 80-86734-56-0.
15. POKORNÝ, V. et al. *Prevence sociálně patologických: manuál praxe*, 2. vyd. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky, 2001. ISBN 80-86568-03-2.

16. POSPÍŠIL, B. *Glosář pojmů* [Online ]. [cit. 2006-11-28 ]  
Dostupné z < [http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar\\_pojmu](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu)>
17. SEKRETARIÁT RADY VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY, Úřad vlády České republiky, *Národní strategie protidrogové politiky na období 2005-2009*. 1.vyd. Úřad vlády České republiky: 2005. 31s. ISBN 80-86734- 39-0.
18. STRÁNSKÝ, J. *Virová hepatitida C*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. 196s. ISBN 80-7169-818-0.
19. URBÁNEK,P. *Infekce virem hepatitidy* . 1.vyd. Praha: Galén, 2004. 221s. ISBN 80-7262-262-5.
20. VÁGNEROVÁ,M. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. 1.vyd. Praha: nakladatelství Karolinum, 2007. 461 s. ISBN 80-246-1318-5
21. VURM,V. a kol. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Manus, 2004. 100s. ISBN 80-86571-07-6.
22. ZÁBRANSKÝ, T. *Drogová epidemiologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. 94s. ISBN 80-244-0709-4.
23. ZÁBRANSKÝ, T. *Racionální protidrogová politika, Uživatelé drog do rukou policie nebo lékařů?* 1. vyd. Olomouc: Votobie, 1997. ISBN 80-7198-250-4.

## **8. Klíčová slova**

Droga

Závislost

Rizikové chování

Virová hepatitida C

Protidrogová politika

Strategie Harm reduction

Nízkoprahová kontaktní centra

## **9. Přílohy**

Příloha 1: Okruh témat k položenému rozhovoru

Příloha 2: Záznamový arch pro rozhovor

Příloha 3: Záznam několika vybraných rozhovorů

1) Identifikační otázky

Pohlaví

Věk

Pobyť v Jihočeském kraji

2) Jak často chodí do K-centra

3) Užívání drogy

Jak dlouho užívá drogy

Užívá je nitrožilně

Jak dlouho užívá drogy nitrožilně

Sdílí s někým jehlu

4) Zdravotní rizika jsou spojena s užíváním drog

Ví, jaká rizika jsou spojena s užíváním drog

Může nějaké jmenovat

5) Hepatitida C

Ví, jaké má příznaky

Ví, jak se onemocnění přenáší

Byl/a vyšetřen/a na hepatitidu C

Kdy byl/a vyšetřen/a naposledy

Proč se nechal/a vyšetřit

Chtěl/a by se nechat vyšetřit

Onemocněl/a hepatitidou C

Jak dlouho je nemocen/cná

Domnívá se, že za onemocnění může užívání drog

6) Informace o hepatitidě C z K-centra

Dozvěděl/ se v K-centru informace o onemocnění Virovou hepatitidou C

Má pocit dostatečné informovanosti v oblasti rizik spojených s užíváním drog

Respondent č. ....

1) **Pohlaví** : a) muž .....

b) žena .....

2) **Věk**: .....

3) **Žijete v Jihočeském kraji?** ( momentálně zde bydlíte )

a) ano .....

b) ne- ve kterém kraji žijete?.....

4) **Chodíte pravidelně do K-centra?** ( alespoň jedenkrát týdně )

a) ano .....

b) ne .....

5) **Jak dlouho drogy užíváte?**

.....

6) **Užíváte drogy nitrožilně?**

a) ano. Od kolika let?.....

b) ne.....



7) **Pokud ano, sdílíte s někým jehlu?**

a) ano - Vzpomínáte si, kdy jste použil cizí jehlu k aplikaci drogy na poslední?.....

.....

b) ne.....

8) **Víte jaká zdravotní rizika jsou spojena s užíváním drog?**

a) ano - Můžete nějaká jmenovat?

.....

b) ne.....

9) **Víte, jaké má příznaky onemocnění virovou hepatitidou C ( žloutenkou )?**

a) ano - můžete nějaké jmenovat?

.....

b) ne.....

10) **Víte, jak se Hepatitida C přenáší?**

a) nevím.....

b) ano , jak?.....

11) **Byl/a jste vyšetřen/a na Virovou hepatitidu C?**

a) ano - kdy naposledy? .....

b) ne.....

12) **Pokud ano- Proč jste se nechal/a vyšetřit na virovou hepatitidu C?**

.....

13) Pokud ne- **Chtěla by jste se dát vyšetřit?**

a) ano - Víte na koho se obrátit? .....

b) ne - proč?.....

14) **Onemocněl/a jste virovou hepatitidou typu C ( žloutenkou)?**

a) ano - Jak dlouho trpíte virovou hepatitidou C?.....

b) ne.....

15) Pokud ano - **Domníváte se, že za Vaše onemocnění může užívání drog?**

a) ano.....

b) ne.....

16) **Dozvěděl/a jste se v K-centru informace o onemocnění Virovou hepatitidou C?**

a) ano.....

b) ne.....

7) **Máte pocit dostatečné informovanosti v oblasti rizik spojených s užíváním drog?**

a) ano.....

a) ne.....

**Respondent č. 2**

*Pohlaví :* žena

*Věk:* 23let

*Žijete v Jihočeském kraji? ( momentálně zde bydlíte )*

No asi dva roky zde žiji.

*Chodíte pravidelně do K-centra? ( alespoň jedenkrát týdně )*

Chodím sem denně, jsem na ulici. „Káčko“ je pro mě možnost se zvednout. Nebýt „káčka“, tak nevím, kde bych byla.

*Jak dlouho drogy užíváte?*

Od čtrnácti let pervitin. Od sedmnácti heroin, asi do devatenácti . Pak jsem byla ve vazbě, abstinovala a teď užívám pervitin.

*Užíváte drogy nitrožilně?*

Ano,asi deset let.

*Sdílíte, půjčujete si s někým jehlu?*

Ne, nikdy.

*Víte jaká zdravotní rizika jsou spojena s užíváním drog?*

Rozdělila bych to na dvě části. Jsou to záněty žil, a pak ta druhá - závislost , jako poškozená psychika, „schíza“. No a samozřejmě céčko a různé abscesy.

*Víte, jaké má příznaky onemocnění virovou hepatitidou C ( žloutenkou )?*

U mě se moc neprojevila, takový ten stres, že víš že to máš.

*Víte, jak se Hepatitida C přenáší?*

Krví ( stříkačky). Když má někdo na puse otevřené opary, má céčko a použiji po něm lžičku. Pohlavním stykem je to malá pravděpodobnost.

*Byla jste vyšetřena na hepatitidu C?*

Na transfuzi, dávala jsem totiž dlouho krev a tam se na to přišlo. Před tím sem se nechávala vyšetřit u streetworkerů, dnes už to bohužel nejde.

*Onemocněla jste hepatitidou typu C ( žloutenkou)?*

Měla jsem ji, dneska už jsem negativní, jednou za tři měsíce chodím na testy.

*A jak je to dlouho co jste měla hepatitidu C?*

Měla jsem céčko v osmnácti.

*Domníváte se, že za Vaše onemocnění mohlo užívání drog?*

Stoprocentně. Každý si za to může sám.

*Dozvěděla jste se v K-centru informace o onemocnění Virovou hepatitidou C?*

Jsou tady letáky. Vím, že když budu chtít, tak se můžu zeptat, sami od sebe mi nic neřeknou.

*Máte pocit dostatečné informovanosti v oblasti rizik spojených s užíváním drog?*

Určitě. Vím toho dost z K-centra a od streetworkerů, musím o to ale mít sama zájem.

### ***Respondent č. 5***

*Pohlaví :* žena

*Věk:* 23let

*Žijete v Jihočeském kraji? ( momentálně zde bydlíte )*

Doma jsem v Praze, tady jsem asi rok.

*Chodíte pravidelně do K-centra? ( alespoň jedenkrát týdně )*

Pravidelně, dělám tady „prospěšky“ a bydlím na squatě.

*Jak dlouho drogy užíváte?*

Od čtrnácti, v patnácti jsem už byla závislá.

*Užíváte drogy nitrožilně?*

Jo, od těch čtrnácti Heroin.

*Sdílíte s někým jehlu?*

Ano, ale jen s přítelem.

*Víte jaká zdravotní rizika jsou spojena s užíváním drog?*

Jako myslíte v těhotenství? Jsem totiž těhotná. Jinak Subutex jde do trávicího systému a škodí tam, taky céčko, selhání jater, béčko, působí to škodlivě na žaludek, zuby. Mám taky alergii a tu mi to ještě víc podněcuje.

*Víte, jaké má příznaky onemocnění virovou hepatitidou C ( žloutenkou )?*

Žloutly mi ruce, zežloutlo mi čelo, bolest jater.

*Víte, jak se Hepatitida C přenáší?*

Pohlavním stykem, to je ale pár procent. Já sem se nakazila jehlou od kámoše. Věděla jsem, že má céčko, ale už sem to nemohla vydržet a neměla jsem po ruce čistou, tak sem si od něj půjčila a nakazila jsem se.

*Byla jste vyšetřena na hepatitidu C?*

Byla jsem vyšetřena v Motole, kde sem ležela asi dva měsíce na infekčním před osmi lety. Teď nedávno jsem byla na kontrole na jaterních testech.

*Proč jste se nechala vyšetřit na hepatitidu C?*

Protože jsem měla příznaky žloutenky.

Onemocněla jste virovou hepatitidou typu C ( žloutenkou)?

No, mam jí od šestnácti.

*Domníváte se, že za Vaše onemocnění mohlo užívání drog?*

Určitě. Může za to moje nedbalost. Věděla jsem, že ten kluk od kterého si půjčuji má žloutenku. Chtěla bych se léčit interferonem, ale až porodím.

*Dozvěděla jste se v K-centru informace o onemocnění Virovou hepatitidou C?*

Jo, vím o tom dost. A když chci tak se zeptám na detoxu.

*Máte pocit dostatečné informovanosti v oblasti rizik spojených s užíváním drog?*

Mám pocit že jo, ale ráda bych se o tom dozvěděla víc.

### ***Respondent č.7.***

*Pohlaví : muž*

*Věk: 24 let*

*Žijete v Jihočeském kraji? ( momentálně zde bydlíte )*

Žiji tady i v Plzni.

*Chodíte pravidelně do K-centra? ( alespoň jedenkrát týdně )*

Chodím sem asi jednou týdně.

*Jak dlouho drogy užíváte?*

Sedm let.

*Užíváte drogy nitrožilně?*

Píchal jsem si dřív, teď už ne. Od sedmnácti jsem si píchal Heroin.

*Sdílel jste dříve s někým jehlu?*

Jednou od čistého kámoše.

*Vzpomínáte si, kdy jste použil cizí jehlu k aplikaci drogy na posledy?*

Jo, to je asi tři roky zpátky.

*Víte jaká zdravotní rizika jsou spojena s užíváním drog?*

Žloutenka, HIV, odchází játra, člověk se zničí tak nějak celkově.

*Víte, jaké má příznaky onemocnění virovou hepatitidou C ( žloutenkou )?*

Ne.

*Víte, jak se Hepatitida C přenáší?*

Krví.

*Byl jste vyšetřen na Virovou hepatitidu C?*

Ano, chodím každé tři měsíce na vyšetření.

*Proč jste se nechal vyšetřit na virovou hepatitidu C?*

No abych věděl co a jak a kde jsem. Prostě jak na tom jsem. K braní to prostě patří.

*Onemocněl jste virovou hepatitidou typu C ( žloutenkou)?*

Ne.

*Dozvěděl jste se v K-centru informace o onemocnění Virovou hepatitidou C?*

Ne, neinformoval jsem se.

*Máte pocit dostatečné informovanosti v oblasti rizik spojených s užíváním drog?*

Všechno vím, lidi kolem mě se o tom baví, myslím Ti, co jí mají. Mam taky svého psychologa v Plzni ke kterému chodím.

### ***Respondent č. 12***

*Pohlaví : muž*

*Věk: 54 let*

*Žijete v Jihočeském kraji? ( momentálně zde bydlíte )*

Ano.

*Chodíte pravidelně do K-centra? ( alespoň jedenkrát týdně )*

Každý den.

*Jak dlouho drogy užíváte?*

30 let.

*Užíváte drogy nitrožilně?*

Ano.

*Od kolika let?*

Zhruba od 23 let.

*Sdílíte s někým jehlu?*

Ne, sám.

*Víte, jaká zdravotní rizika jsou spojena s užíváním drog?*

Ano.

*Můžete nějaké jmenovat?*

Může to být cokoliv.

*Víte, jaké má příznaky onemocnění virovou hepatitidou C ( žloutenkou )?*

Nevím, protože jí nemám.

*Víte, jak se Hepatitida C přenáší?*

Jehlou, sexem asi ne.

*Byl jste vyšetřen na Virovou hepatitidu C?*

Ne. Byl jsem 30 let v kriminále.

*Chtěl by jste se dát vyšetřit?*

Radši ne.

*Dozvěděl jste se v K-centru informace o onemocnění Virovou hepatitidou C?*

Četl jsem nějaký letáky.

*Máte pocit dostatečné informovanosti v oblasti rizik spojených s užíváním drog?*

Rozhodně ano.

### ***Respondent č. 13***

*Pohlaví : muž*

*Věk: 30let*

*Žijete v Jihočeském kraji? ( momentálně zde bydlíte )*

Ano.

*Chodíte pravidelně do K-centra? ( alespoň jedenkrát týdně )*

Jo.

*Jak dlouho drogy užíváte?*

Od čtrnácti let.

*Užíváte drogy nitrožilně?*

Jo.

*Od kolika let?*

Od šestnácti.

*Sdílíte s někým jehlu?*

Určitě.

*Víte, jaká zdravotní rizika jsou spojena s užíváním drog?*

Ano.

*Můžete nějaké jmenovat?*

Céčko, AIDS.

*Víte, jaké má příznaky onemocnění virovou hepatitidou C ( žloutenkou )?*

Ano. Píchání v játrech, člověk je z toho takový zesláblý.

*Víte, jak se Hepatitida C přenáší?*

Krví.

*Byl jste vyšetřen na Virovou hepatitidu C?*

Ano, bylo to když jsem byl v base. Měl jsem i Běčko, ale to jsem přechodil, nevěděl jsem že ho mám.

*Onemocněl jste virovou hepatitidou typu C ( žloutenkou)?*

Jo, mam jí asi pět let.

*Domníváte se, že za Vaše onemocnění může užívání drog?*

Určitě ano. Může za to píchání, ne drogy. Můžu si za to vlastně sám.

*Dozvěděl jste se v K-centru informace o onemocnění Virovou hepatitidou C?*

Neptal jsem se, nezajímá mě to.

*Máte pocit dostatečné informovanosti v oblasti rizik spojených s užíváním drog?*

No tak to určitě.