

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

PREVENCE SOCIÁLNÍCH ASPEKTŮ NEMOCI

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

Bc. MUDr. Libuše Čeledová, Ph.D.

Autor:

Petr Šamánek

14.8.2010

Abstrakt

Cílem bakalářské práce bylo z dostupných informací vyhledat a popsat vztah mezi počty rozdaných injekčních setů v rámci výměnných programů pro narkomany a incidencí virových hepatitid typu B a C. Dále zhodnotit poptávku po výměnném programu.

V teoretické části práce jsou popsána základní témata spojená s přenosem infekčních chorob u narkomanů, dále se v této části zabývám sociálními aspekty drogové závislosti a užíváním drog jako sociálním aspektem případného vzniku dalších nemocí.

V praktické části se zabývám sekundární analýzou dat získaných z Výročních zpráv referátu drogové epidemiologie Hygienické stanice hl. města Prahy, která čtvrtletně shromažďuje potřebné informace z celého území České republiky. V této části vyhodnocuji zpracovaná data a pomocí grafů poukazují na zjištěné skutečnosti. Na začátku této části je umístěna úvodní tabulka se všemi údaji, které byly použity pro získání výsledků. Výzkum byl zaměřen na Jihočeský a Ústecký kraj a byly sledovány údaje z posledních pěti let, tedy od roku 2005 do roku 2009. Demografické údaje o těchto krajích jsem převzal od Českého statistického úřadu. Bylo zjištěno, že hypotéza předvídající pokles výskytu virových hepatitid B a C závislý na počtu rozdaných injekčních setů ve výměnných programech nelze potvrdit.

Dále bylo zjištěno, že celorepubliková distribuce injekčních setů ve sledovaném období rostla, avšak v jednom ze dvou zkoumaných krajů byl zaznamenán mezi roky 2008 a 2009 mírný pokles a to v kraji Ústeckém. Celkově by se ale tato tendence ve sledovaném období dala označit spíše za vzestupnou.

Abstract

The primary aim of this bachelor degree work was to investigate and describe the relationship between the number of injection sets distributed among drug addicts under needle exchange programmes and type B and type C hepatitis incidence rates, based on available information sources. The secondary aim was to evaluate the demand for exchange programme services.

Described in the theoretical section are the basic themes relating to spread of infectious diseases among drug addicts. This section also deals with social aspects of drug addiction and drug abuse as a social aspect which may lead to the occurrence of other diseases.

The practical section contains a secondary analysis of data obtained from quarterly annual reports that are published by the Drug Epidemiology Department of the Prague's Hygiene Station and include the required nationwide information. The processed data are evaluated and the discovered facts are highlighted by graphic representation in this section of the work which begins with a table outlining all data used to obtain the results.

The investigation focused on data from the recent five years (2005 – 2009) for South Bohemia and Ústecký Regions. The source of demographic data for these regions was the Czech Statistical Office.

It was found that the hypothesis presuming a decline in the type B and type C hepatitis occurrence rates in relation to the number of injection sets distributed within exchange programmes was not confirmed.

It was also found that the scope of distribution of injection sets became slightly reduced in one of the regions under survey (Ústecký Region) between 2008 and 2009 in spite of the increase in the nationwide distribution of injection sets. However, the overall tendency in the period under survey could still be described as increasing.

Prohlášení

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci jsem vypracoval samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b. zákona číslo 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

14.8.2010

Petr Šamánek, v.r.

Poděkování

Tímto bych chtěl poděkovat na prvním místě Bc. MUDr. Libuši Čeledové, Ph.D. za cenné rady při realizaci mé bakalářské práce. Současně děkuji Doc. Ing. Lucii Kozlové, PhD. za odborné konzultace v přípravné fázi práce.

Dále bych chtěl poděkovat mým spolužákům a to zejména Janu Pilarčíkovi, Lukášovi Martinkovi a Ivaně Shýbalové za cenné rady a inspiraci, dále mému bratrovi Janu Šamánkovi a Mgr. Lindě Dvořákové za rady při realizaci práce.

OBSAH

Úvod	- 6 -
1. Současný stav	- 8 -
1.1 Drogy a drogová závislost	- 8 -
1.1.1 Drogy	- 8 -
1.1.2 Drogová závislost	- 9 -
1.1.3 Způsoby užití drog	- 10 -
1.2 Prevence drogové závislosti a jejích dopadů	- 15 -
1.2.1 Prevence.....	- 15 -
1.2.2 Harm reduction	- 17 -
1.2.3 Street work, K-centra a terénní analýzy ilegálních látek	- 18 -
1.2.4 Historie K-center a street-worku v ČR	- 21 -
1.2.5 Protidrogová politika	- 23 -
1.3 Sociální a zdravotní rizika drogové závislosti	- 26 -
1.3.1 Nemoc	- 26 -
1.3.2 Stigma	- 28 -
1.3.3 Nejčastější sociální aspekty nemocí	- 29 -
1.3.4 Mechanismus nákazy při injekční aplikaci drog.....	- 31 -
1.3.5 Nejčastější krevně přenosné infekce u injekčních narkomanů	- 32 -
1.3.6 Virová hepatitida B	- 34 -
1.3.7 Virová hepatitida C	- 36 -
1.3.8 Sociální charakteristiky a trendy mezi uživateli drog v ČR	- 38 -
2. Cíl práce a hypotézy	- 41 -
2.1 Cíl práce	- 41 -
2.2 Hypotézy	- 41 -
3. Metodika	- 43 -
3.1 Metodika postupu a charakteristika souboru	- 43 -
4. Výsledky	- 45 -
4.1 Souhrnné tabulky	- 45 -
4.2 Vývoj množství rozdaných injekčních setů	- 47 -
4.3 Vliv množství distribuovaných injekčních setů na VHB.....	- 49 -
4.4 Vliv množství distribuovaných injekčních setů na VHC.....	- 53 -
5. Diskuze	- 57 -
6. Závěr	- 62 -
7. Seznam použité literatury	- 64 -
8. Klíčová slova	- 67 -

ÚVOD

Prevence sociálních aspektů nemoci je velmi rozsáhlé téma, které protíná mnoho vědeckých oborů. Proto bylo nutné vymezit se na určité pole zájmu, které je možno obsáhnout v jedné práci. Po několika odborných konzultacích jsem se rozhodl nasměrovat tematiku do oblasti drogové problematiky.

Vycházím zde ze třech základních faktů. Prvním důvodem pro zvolení této tematiky je skutečnost, že drogová závislost, která bývá užíváním drog způsobena je klasifikována jako nemoc. Druhým důvodem je zásadní význam společnosti v životě jedince při rozhodování o užívání, či neužívání drog. Tedy že společenské aspekty života každého z nás hrají významnou roli při určování pravděpodobnosti, zda se staneme závislým, tudíž nemocným. Třetím podnětem je pohled na drogovou problematiku jako na sociální aspekt případných nemocí, jejichž vzniku či progresi se dá zabránit. S tímto zaměřením funguje jako praktická forma ochrany veřejného zdraví mnoho organizací, jejichž práce má hned dvojí účinnost. Jednak chrání sociální skupinu narkomanů před nákazou infekčními chorobami a dalšími zdravotními problémy, které jsou s užíváním drog spojeny ale také chrání okolní společnost před nebezpečím infekcí z poranění potenciálně infikovanými injekčními jehlami.

V poslední době jsem v naší společnosti také zaznamenal hodně odmítavých názorů k problematice nízkoprahových programů a tendence tyto aktivity nepodporovat. Proto pokládám za přínosné tuto problematiku dále mapovat a zveřejnit tak důvody, proč je pomoc drogovým uživatelům potřebná.

V teoretické části se zabývám popisem základních pojmů, historií a trendy v oblasti takzvaných nízkoprahových programů na

našem území. Dále rozebírám problematiku sociálních a zdravotních dopadů drogového užívání na jejich uživatele. Zmiňuji se zde také o protidrogové politice a současných trendech drogové problematiky u nás.

Ve výzkumné části sleduji vliv rozdávaní injekčních setů narkomanům na incidenci virových hepatitid typu B a C a to v posloupnosti posledních pěti let. Určení vztahu mezi počty rozdaných injekčních setů a incidencí virových hepatitid typu B a C bylo spolu se sledováním odběru tohoto materiálu cílem mé bakalářské práce. Pro srovnání pracuji s údaji z Jihočeského a Ústeckého kraje, jejichž charakteristiky se z pohledu drogové problematiky jeví rozdílné. Jako výzkumnou metodu jsem zvolil sekundární analýzu dat. Analyzovaná data jsou nejobsáhlejším dostupným materiálem svého druhu v ČR. Jedná se o Výroční zprávy referátu drogové epidemiologie Hygienické stanice hlavního města Prahy, kde jsou každoročně shromažďovány a vyhodnocovány veškeré hlášené údaje z oblasti drogové problematiky na našem území.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Drogy a drogová závislost

1.1.1 Drogy

Drogy jsou v dnešní době aktuálním tématem. V České republice pak zejména od roku 1989, kdy v souvislosti s politickými změnami vzrostl pohyb drog na našem území. Drogovou problematikou se více, či méně zabývá mnoha odvětví lidské činnosti. Počínaje řízením protidrogové politiky, toxikologickým zkoumáním užívaných substancí a potíráním drogové kriminality, přes nejrůznější formy sociálních služeb pro narkomany, drogovou prevenci ve školách až po zdravotnickou pomoc psychiatrických léčeben, na infekčních odděleních nemocnic a zdravotnickou pomoc obecně. Toto je pouze nahodilý výčet několika oborů, které poukazují na skutečnost, že drogy a jejich užívání s sebou přináší širokou škálu sociálních aspektů.

Podle Zábranského byl výraz droga převzat z francouzštiny, kde jím byly označovány sušené části rostlin a živočichů s léčivými účinky. V angličtině se pro léčivo obecně výraz “drug“ používá i dnes.

Výraz droga má v českém jazyce dva základní významy. V prvním případě je tento výraz používán ve významu jeho definice WHO z roku 1969. Zde je droga popsána jako „jakákoli látka, která, je-li vpravena do živého organismu, může pozměnit jednu nebo více jeho funkcí“ (Zábranský, 2003: 14).

Dalším významem je jakékoli silné zaujetí určitou látkou, činností, předmětem, nebo osobou v kladném i záporném smyslu. Zde je jasné propojení významů skrze vyvolávanou závislost.

Často se tímto pojmem rozumí psychoaktivní látka, ještě častěji se však používá jako synonymum pro nezákonné drogy. Alkohol, tabák, káva a další legální látky jsou však také drogy, protože jsou vyhledávány zejména kvůli svým psychoaktivním účinkům (Drogy-info.cz: 2003).

Mému chápání nejbližší popisuje drogu český odborník na drogovou problematiku Jiří Presl a totiž jako jakoukoli látku, přírodního či syntetického původu, splňující 2 základní kritéria. Těmito jsou zaprvé: Působení na psychiku, tedy změna vnímání reality oproti normálu. Zadruhé vyvolávání touhy po jejich opětovném užití. Míra této touhy může být různá, ale musí být přítomna. Tato vlastnost látky se označuje jako „závislostní potenciál.“ (Zábranský, 2003: 14).

1.1.2 Drogová závislost

Drogová závislost je pro mezinárodní klasifikaci nemocí popsána jako silná touha užívat psychoaktivní látku a to na úkor jednání, kterého si dotyčný dříve cenil. Tento chtíč si závislý uvědomuje a vznikají tak často pokusy o jeho potlačení, či odstranění (Minařík, 2007).

Drogová závislost (též syndrom závislosti) je nemoc s mezinárodním statistickým kódem F1x. Na místo x se dosazuje kód látky. Např. F10.2 závislost na alkoholu, F14.2 závislost na kokainu.

Diagnóza syndromu závislosti se stanovuje zpravidla pokud došlo během jednoho roku ke splnění třech a více z následujících jevů.

- Craving- silná touha užít danou látku
- Potíže v kontrole užívání látky

- Tělesný odvykací stav (Často jsou užívány látky příbuzné primární droze k potlačení tohoto stavu.)
- Průkaz tolerance k účinku drogy (potřeba zvyšování dávky k dosažení požadovaného stavu)
- Zanedbávání jiných potěšení, či zájmů, věnování nadměrného množství času shánění látky, samotnému stavu intoxikace, nebo rekonvalescenci po intoxikaci
- Pokračování v užívání látky i přes jasné známky škodlivých následků na zdraví. Např. depresivní stavy, poškození jater u alkoholismu, toxické poškození myšlení atd.

(Nešpor, 2007: 9-10, 21-22)

1.1.3 Způsoby užití drog

Jak plyne z předešlého textu, drogy nejsou ve své formě jednotné. Jedna a ta samá droga dokonce může mít několik podob i několik způsobů užití. U různých uživatelů jsou preferovány různé způsoby, jednak kvůli určité „kultuře“, dále kvůli charakteru a trvání intoxikace, které jsou u různých způsobů rozdílné. Také přírodní drogy mohou mít mnoho podob a od toho se odvíjejících způsobů užití. Typické jsou čerstvé či sušené části rostliny, určené ke žvýkání, (např. koka, tabák, betel, peyotl, šalvěj divotvorná atd.) nebo kouření (marihuana, tabák, šalvěj divotvorná, modrý leknín a různé směsi) Dále je to rostlinný prášek ke šňupání, připravovaný např. z halucinogenních hub, tabák, nebo různé směsi. Rostlinné drogy se také často objevují v podobě pasty, či plastické hmoty. Typickými příklady jsou hašiš, nebo opium. Poslední a nejjednodušší formou je samotné požívání, nebo pití výluhu či odvaru někdy různě upravené drogy. (zejména

halucinogenní houby, výměšky jedových žláz ropuch, opiový mák a další)

U syntetických, či polosyntetických drog je situace jednoznačnější. Vyskytují se převážně ve formě krystalů, či sypkého prášku, který je někdy lisován do tablet, nebo rozpouštěn do kapalné formy a následně jsou jím napouštěny kousky papíru, kostky cukru atp. (Páleníček, Kubů, Mravčík, 2004: 17-24)

Požítí

Pro upřesnění jde spíše o rozpouštění v ústech/cucání. Nejčastěji je tato forma vyhledávána rekreačními uživateli, nebo experimentátory. Obvykle jsou požívány, např. tablety extáze, dále tzv. „tripy“ –papírky napuštěné LSD, nebo je krystalická látka rozmíchána v nápoji.(MDMA, kokain, pervitin, LSD, DMT).

Nebezpečím tohoto způsobu užití bývá delší doba nástupu účinku, která může vyvolat špatné odhadnutí přijatého množství a následné předávkování, či nadměrně intenzivní intoxikaci v případě předčasného „doložení“ tedy zvýšení dávky.

Výhodou tohoto způsobu je postupný nástup účinku. Přejechod z normálního stavu do stavu intoxikovaného je tedy méně prudký a intoxikovaný má větší čas se na sílu účinku připravit.

Šňupání

Šňupání/ sniffing bývá používáno zejména u stimulancií. Je jednou ze dvou klasických forem užívání u nás velmi frekventovaného pervitinu. Krystalická látka se na hladkém, tvrdém povrchu naseká a rozmačká na hladký prášek a to většinou pomocí kreditní, telefonní, či jiné tvrdé karty. Někdy poslouží také žiletka. Následně se vytvoří takzvaná „lajna/ čára“, tedy do řádku shrabaný podrcený prášek. Podle velikosti „čáry“, která je následně

nasáta přes trubičku do nosu se dá přibližně určit velikost dávky. Účinek takto užitých drog často nastupuje oproti požití rychleji a intenzivněji. Tento způsob je 3. nepoužívanější mezi léčenými uživateli v ČR. (Studničková, Petrášová 2010: 25)

Rizikem šňupání je především naleptávání nosní sliznice. V důsledku tohoto jevu bývá neřídka úplně zničena nosní přepážka. Pro šňupání se používá různých trubiček, které se vloží do nosní dírky. Pokud tuto pomůcku sdílí více osob, je zde možné riziko přenosu i krevně přenosných infekcí. Toto riziko stoupá, pokud se jedná o uživatele s porušenou nosní sliznicí a pokud má trubička ostrou hranu. (brčko, rolička z bankovky...)

Čichání

Tento způsob je praktikován u těkavých látek. Inhalují se výpary z namočeného hadříku, nebo přímo z nádoby, kdy se hlava přikryje igelitovým pytlím. Vzhledem k hypnotizujícím účinkům, je zde velké riziko upadnutí do spánku, kdy dotyčný nepřestane vdechovat výpary. Mnohé z těchto látek bývají organická rozpouštědla, která jsou pro živou tkáň sama o sobě nebezpečná. Po jejich inhalaci hrozí srdeční selhání, nebo udušení. Tyto látky dále způsobují odumírání velkého množství buněk především jaterních, ledvinných a mozkových.

Tento způsob je opravdu velmi rizikový, jak po stránce dlouhodobých účinků, tak z důvodu velmi jednoduchého předávkování. Ne nadarmo bývají těkavé látky označovány za „drogu hloupých“.

Kouření

Kouření je pradávňý způsob intoxikace, který se používá i pro syntetické a polysyntetické drogy. Jde o prosté vdechování a

zadržování kouře. Mezi českými léčenými uživateli představuje druhý nejčastější způsob aplikace.

Kouření je jedním ze dvou typických způsobů aplikace heroínu. Jak uvádí Mores (2005), droga se nasype na kus hliníkové fólie (například obal od čokolády), která se zespod nahřívá nad zapalovačem, nebo svíčkou a je vdechován kouř, který se po chvíli začne uvolňovat. Pro lepší zachycení kouře se používá improvizovaný papírový trychtýř. Účinek drogy nastupuje zpravidla velmi rychle a poměrně zprudka, v závislosti na užitou látku. Další možností je kouření v jointu- droze ubalené nejčastěji ve směsi s tabákem do podoby cigarety, nebo kouření z různých dýmek. (např. surové opium, crack)

Rizika tohoto způsobu plynou spíše z povahy užívané látky, dále z poškození dýchacího systému. Tento způsob by se dal vzhledem k ostatním označit za vcelku bezpečný. K inhalaci dochází opakovaným vdechováním a účinky se dostavují většinou rychle, takže síla intoxikace může být u některých látek předvídatelná už v samotném průběhu kouření. Vzhledem k často neuspokojivým hygienickým standardům narkomanů nelze při sdílení cigarety, či dýmky, vyloučit zvýšené riziko přenosu některých infekčních chorob, například VHA, nebo infekční mononukleózy.

Injekční aplikace

Injekční aplikace je nejčastější uvedenou formou užívání drogy mezi všemi léčenými uživateli v ČR. Jde o vpravování roztoku drogy do žily, či do svalu. Jedná se o velmi rizikový způsob.

Typická je tato aplikace v našich podmínkách zejména pro heroin a pervitin, dále také například ketamin a kokain.

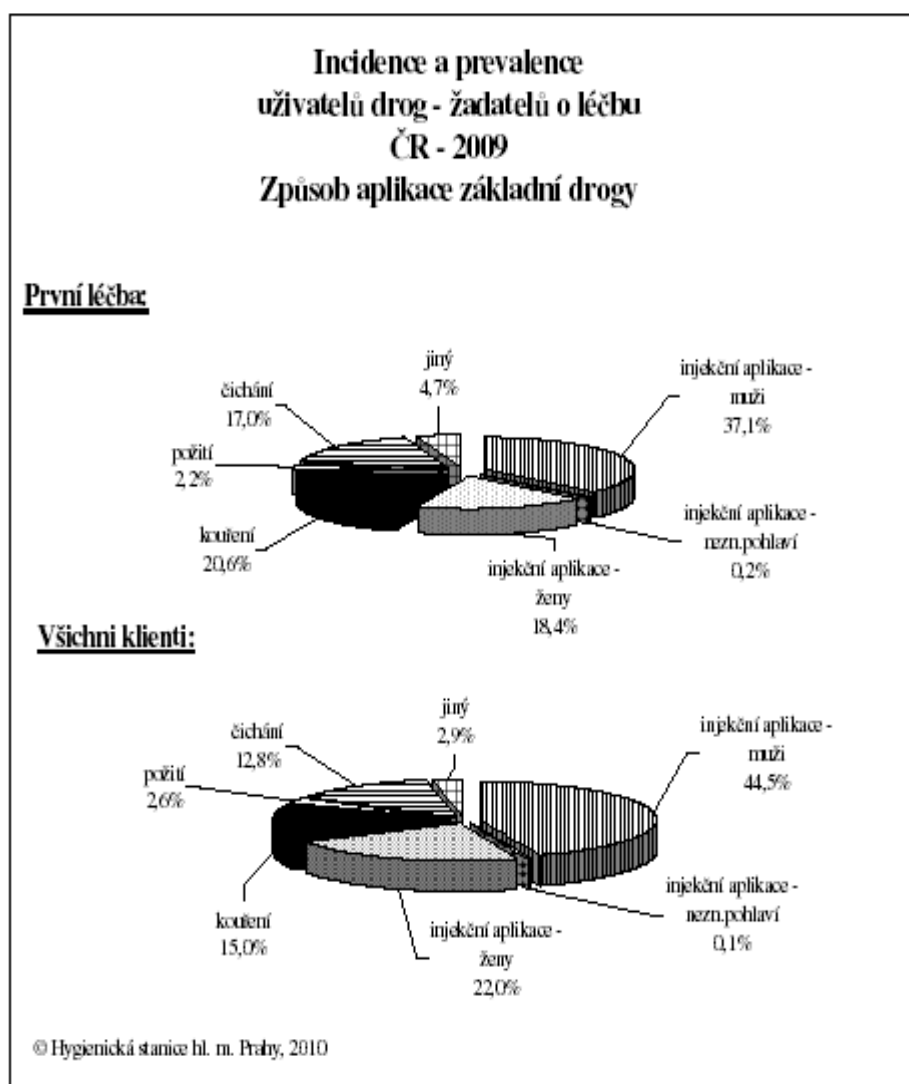
Opomeneme-li předávkování, které je v případě injekční aplikace zejména heroinu, dříve či později poměrně pravděpodobné, hlavní rizika plynou z neprofesionálního podávání injekce. Protože nebývají dodržovány zvýšené hygienické požadavky, které takový zákrok vyžaduje, je injekční toxikomanie velmi častým způsobem přenosu virových hepatitid a dalších parenterálních infekcí. Mimo tyto infekce, kterými se v mé práci dále zabývám samostatně, hrozí i jiná nebezpečí.

U injekčních narkomanů často vznikají hematomy, trombózy, abscesy, flegmóny až sepse. Hrozí tedy různé ischemie, amputace končetin až smrt. Významným rizikem je také infekční endokarditida a to nejčastěji *Staphylococcus aureus*, který často běžně přežívá na kůži či v nose. (Kabelková, Viechová, 2009).

Na rozdíl od ostatních způsobů intoxikace, které ohrožují výhradně narkomana samotného, se zde setkáváme s možností zdravotní újmy cizího člověka, při poranění o jehlu. Z důvodu vysoké rizikovosti tohoto způsobu užívání, fungují v zájmu ochrany veřejného zdraví programy na snížení těchto rizik. Tyto programy mimo jiné především nabízejí uživatelům sterilní injekční materiál, vybírají použitý a nabízejí uživatelům informace o rizicích a možnosti jiného, než injekčního užívání.

Způsob aplikace základní drogy u všech i nově evidovaných žadatelů o léčbu v roce 2009 jsou znázorněny na grafu č. 1

Graf č. 1: Způsob aplikace základní drogy



Zdroj: Hygienická stanice hl. města Prahy

1.2 Prevence drogové závislosti a jejích dopadů

1.2.1 Prevence

Nejen v oboru ochrany veřejného zdraví je prevence nejúčinnějším a nejekonomičtějším způsobem omezení nejrůznějších problémů.

Výkladový a etymologický slovník pro zdravotně sociální fakulty (Doležal a kol., 2000) vysvětluje pojem prevence jako „soubor opatření k předcházení nemocem; předcházení sociálnímu narušení jedince a jeho společenských vztahů. Lat. Praeventia od praevenire jít napřed, předstihnout, zabránit, překazit“

Prevenci je možné členit podle několika faktorů a to podle času, objektu, subjektu a podle metod.

Snad nejklasičtější pohled přináší rozdělení podle času, kdy rozeznáváme prevenci ve 3 rovinách podle toho, kdy dochází k preventivnímu zákroku.

- Primární prevence je proces předcházení vzniku a vlivu rizikových faktorů.
- Sekundární prevence představuje včasné vyhledání nemocného, stanovení správné diagnózy a zavedení včasné a účinné léčby.
- Terciální prevence se vztahuje k doléčování a rehabilitaci.

Rozdělení podle objektu se řídí akceptorem preventivního zákroku, tedy na koho prevence působí.

- Prevence hromadná je zaměřena na všechno obyvatelstvo.
- Prevence selektivní se týká přesně definovaných rizikových skupin.
- Prevence indikativní pracuje se skupinou osob vytvořenou na základě jejich odborného vyšetření. (např. osoby s hypertenzí)

Rozdělení podle subjektu se naopak řídí faktorem, kdo je subjektem, tedy vykonavatelem či zřizovatelem preventivní činnosti.

- Prevence společenská je vykonávána státními orgány, zájmovými skupinami či společenskými organizacemi.

- Prevence osobní je soubor zásad a zvyků jedince v zájmu vlastní ochrany před nejrůznějšími vlivy. Rozumí se tím například dodržování správné životosprávy nebo odvykání škodlivým návykům.

Pro úplnost uvádím ještě rozdělení podle metod.

- Na úrovni jedince lze jmenovat například imunizaci, preventivní terapie, výchovu ke zdraví apod.
- Na kolektivní úrovni je prováděna zejména legislativními opatřeními, dále například technickými, organizačními nebo hygienickými předpisy či pravidly.

(Bártlová, Matulay, 2009: 88-90)

1.2.2 Harm reduction

Preventivní a lékařská medicína užívá tento výraz jako souhrn všech opatření směřujících k minimalizaci zdravotních problémů spojených s různými druhy rizikového chování a ostatními nepříznivými okolnostmi a vlivy spjatými s určitým prostředím. Např. ve vězeňství je tento termín používán pro předcházení negativním dopadům i.v. aplikace drog, přeplněnosti věznic i vlivu na duševní zdraví při pobytu v nich.

Podle definice WHO vztažené na intravenózní aplikaci drog je termín „harm reduction“ „v oblasti veřejného zdraví užíván pro snahu předcházet negativním zdravotním důsledkům souvisejícím s určitým typem chování nebo tyto důsledky minimalizovat. Cílem „harm reduction“ v rámci komplexních intervencí vztahujících se k injekční aplikaci drog je předcházet přenosu viru HIV a jiných infekcí, k němuž dochází sdílením nesterilního injekčního vybavení a přípravků určených k výrobě drog (Národní monitorovací

středisko pro drogy a drogové závislosti, Světová zdravotnická organizace, 2006).

Jedná se o formu pomoci osobám, které drogu užívají a nejsou v současné době motivováni k zanechání užívání, dále je H.R. formou ochrany drogami nezasažené společnosti. Jejím cílem je totiž snížit především šíření nemocí přenosných krví a pohlavní cestou, tedy především AIDS, VHB a VHC.

Nejklasičtější formy harm reduction spočívají ve výměně aplikačního materiálu pro i.v. narkomany, šíření informací o rizicích sexuálního přenosu, možnostech tzv. bezpečného sexu a distribuce prezervativů, kontaktní poradenství a informování o možnostech další odborné pomoci.

Harm reduction probíhá jak v pouliční formě street worku, tak v různých typech kontaktních center. (www.drogy-info.cz, 2003)

1.2.3 Street work, K-centra a terénní analýzy ilegálních látek

Existuje mnoho způsobů, jak být zodpovědný ke svému zdraví i ke svému okolí. Pokud se člověk uchýlí k nějaké formě rizikového chování, nebo má-li podezření že by mohl být nemocen, obvykle vyhledá lékaře. Specifika drogově závislých však stojí v rozporu s tímto pravidlem.

Drogový uživatel nakládáním s návykovými látkami už ze své podstaty stojí mimo zákon, nehledě na vedlejší, často závažnější kriminalitu páchanou za účelem získání financí na uživení své drogové potřeby, která sice není podmínkou, ale bývá pravidlem. Takovýto člověk se vyhýbá institucím a snaží se udržovat si co největší anonymitu. U drogově závislých se často projevují náznaky či rozvinutá duševní onemocnění, kdy ztrácí orientaci v prostoru i čase, komunikace s okolím se stává složitější a kontakt s neznámými lidmi nepříjemný. Toto je několik z mnoha důvodů,

proč tito lidé sami nenavštíví ambulantní zařízení a proč je nezbytné provozovat nízkoprahová zařízení a aktivity, jak streetwork, K-centra a terénní testování extáze nazýváme. Znamená to, že jejich klient nemusí překračovat žádný pomyslný práh, jehož překonání může být pro mnohé zásadním problémem a jedním z důvodů proč se nepokusí například o klasickou ambulantní léčbu, nebo léčbu v terapeutické komunitě.

Jak už z tohoto úvodu vyplývá, jedná se o formy terciální prevence- jsou zde praktikovány především principy tzv. harm reduction.

K-centra, tedy kontaktní centra nejsou určena pro samotnou léčbu závislostí. Klienti zde mají možnost vyměnit si injekční materiál za sterilní, čímž se snižuje riziko přenosu krevně přenosných nemocí, uvnitř drogové komunity kde je injekční náčiní (injekční jehly, stříkačky, lžičky na rozpouštění roztoku) sdíleno, vyprat si oblečení a vykonat osobní hygienu. Dále bývají k dispozici drogoví odborníci s psychoterapeutickým výcvikem, kteří vyslechnou klientův problém a snaží se informovat o rizicích, kterým se vystavuje, jejich předcházení a o možnostech další pomoci. Cílem žádného K- centra není nikoho soudit, něco mu nakazovat, nebo se stavět povýšeně. Cílem terapeuta je přístupným způsobem podat pomocnou ruku.

Zde si dovolím citovat krédo nejstarší České nestátní neziskové organizace zabývající se problematikou závislostí na nealkoholových drogách SANANIM

"Nechceme lhostejně míjet ty, kteří ztratili víru v sebe, druhé, v lidskou existenci. Ty, kteří na své cestě životem hledali útočiště u drogy a poznali i její odvrácenou tvář, která se objevuje s neúprosnou logikou- tvář utrpení, bolesti, samoty, nesvobody, smrti. Chceme podat pomocnou ruku všem, kdo na to čekají, volají

své SOS. A varovat ty, pro které je droga symbolem magického neznáma, romantické vzpoury, únikem z nepřátelské skutečnosti." (Kolektiv autorů sdružení SANANIM, 2007: 10-11). Tato centra jsou častým zprostředkovatelem dlouhodobé léčby. Pomáhají tedy také klientům překročit onen pomyslný práh k nástupu do léčby.

Bývá zde poskytován i základní ambulantní, vitaminový a potravinový servis a poradenství pro rodiče. (ICMCK, 2010)

Další funkcí K-center bývá substituční program. Jedná se o pomoc uživatelům opiátů, kteří se rozhodli alespoň nějak začít svou závislost řešit, ale nejsou schopni přijmout terapeutické metody pro dosažení abstinence. V současné době jsou „pouliční“ opiáty substituovány přípravky Subutex (buprenorfin), Suboxone (buprenorfin+naxolon 4:1) a metadon. Nejde o léčbu ve smyslu abstinence. Podávání těchto prostředků má několik účelů. Zprvé se snaží závislé na opiátech zbavit injekční aplikace, zadruhé potlačit riziko předávkování, které je u heroínu velmi vysoké, protože jeho koncentrace v prodávané droze značně kolísá. Podle Zábranského policejní zdroje uvádí koncentraci v rozmezí 5-90%, přičemž spodní hodnoty bývají častější. Setkání s kvalitnější dávkou tedy může být logicky fatální. (Zábranský 2003: 79) Další výhodou těchto preparátů je menší míra psychického i fyzického poškození uživatele.

Ve Velké Británii byl metadon v 70. letech 20. století nejčastěji předepisován v injekční formě. Ještě v roce 1995 tvořil 10 % veškerého metadonu předepsaného pro závislé pacienty metadon pro injekční užití. (Gossop, 2009: 20)

Na našem území je metadon distribuován ve formě 5% roztoku, Subutex a Suboxone v podobě sublinguálních tablet.

Především Subutex se vyskytuje také na černém trhu. Bývá pak často užíván injekční formou, ze které plynou mimo běžné

problémy injekční aplikace také komplikace v důsledku usazování pojiva tablet a vzniku trombóz. Uživatelé totiž připravují roztok z rozdrčených tablet, ale neprovádí dokonalou filtraci. (Zelinka, 2009)

Za účelem potlačení injekčního užívání buprenorfinu, byl vyvinut přípravek Suboxone, který obsahuje mimo buprenorfin také naxolon. Tato látka při nitrožilním podání současně s buprenorfinem vyvolá člověku závislému na opiolidech abstinenční příznaky. Je totiž antagonistou opioidů na opioidních receptorech. Zablokuje tedy požadovaný účinek drogy a tělo ihned pocítí abstinenční příznaky. Při podání tablety sublinguálně se tento účinek neprojeví. (O.s. Prevent, 2010)

1.2.4 Historie K-center a street-worku v ČR

První nízkoprahové centrum pro narkomany a jejich rodiče v Čechách vzniklo v roce 1992 pod hlavičkou o.p.s. Drop In. Vzniklo jako projekt pracovníků bývalého státního Střediska drogových závislostí, MUDr. Jiřího Pressla a PhDr. Ivana Doudu, které se omezovalo pouze na medicínskou léčbu závislostí.

O rok později v roce 1993 jako reakce na dramatický vývoj drogové scény na území Prahy vzniklo další kontaktní centrum. Tentokrát se o jeho vznik a chod postarala druhá skupina průkopníků pomoci ohroženým drogami o.s. SANANIM. V témže roce začal Drop In ve svém středisku s nízkoprahovou substituční léčbou lékem Diolan, který byl předepisován např. proti kašli.(obsahuje opioid etylmorfin)

V roce 1994 o.s. SANANIM začal s novou- do té doby v Česku neznámou aktivitou terénního programu. tzv. street-work. Byl to mimo jiné 1. moment a způsob proniknutí nestátní

organizace do dění na drogové scéně. O 2 roky později v roce 1996 začal s touto aktivitou i Drop In.

Za zmínku jistě stojí další průkopnická skupina, tentokrát Brněnské občanské sdružení Podané ruce, které je sice více zaměřené na dlouhodobou léčbu závislostí, ale již mezi lety 1992 a 1994 formovalo své nízkoprahové aktivity pro narkomany.

Na konci 90. let se pak idea nízkoprahových center a terénní práce začala rozbíhat po celé republice a většinou v krajských městech začaly vznikat různé organizace zabývající se touto problematikou.

V roce 2009 bylo v ČR 72 evidovaných nízkoprahových center, z toho 66 vykazujících činnost.

V Jihočeském kraji vykazovalo 16 z celkových 17 evidovaných nízkoprahových center. V kraji Ústeckém to bylo 21 z celkových 22. (Studničková, Petrášová, 2010: 30)

Streetwork je terénní preventivní aktivita. Streetworker je sociální pracovník, který vyhledává potenciálně potřebné v místech, kde se nejčastěji sdružují, tedy v parcích, hernách, nádražích, klubech atd. Je určen pro ty, kteří nejsou schopni, nebo ochotni se svým problémem sami vyhledat pomoc, proto streetworker vyhledá je. Pokud bychom chtěli porovnat „nízkoprahovost“ této aktivity s K-centry, je v tomto ohledu streetwork ještě pokročilejší. Samotný streetwork je však nejčastěji aktivitou nějakého K- centra. Spektrum pomoci streetworkera je ve své podstatě stejné jako u K-centra, ale z pochopitelných důvodů je zde materiální pomoc zpravidla redukována na výměnu injekčního materiálu. Streetworker také nabízí pomoc při realizaci různých potřeb klienta.(např. doprovod na úřady atd.)Tak jako bývají kontaktní centra zprostředkovatelem dlouhodobého léčení jejich klientů v léčebných zařízeních, streetworker nabízí

pouličním „klientům“ možnost navštívit právě tato kontaktní centra a informuje o dalších možnostech odborné pomoci. (StreetWork, 2006)

Jako zvláštní formu streetworku by se dala označit i aktivita kvalitativního testování tablet „extasy“ Tato aktivita byla v ČR od konce 90. let provozována za účelem včasného varování před látkami, které by tableta extáze obsahovat neměla. (Zábranský, 2003: 73). Požadovaná účinná látka extáze je MDMA.(3,4-MetylenDioxidMetAmfetamin) Z praxe je však známo, že tablety často obsahují úplně jinou, mnohdy nebezpečnější látku. V roce 2003 byly z tohoto důvodu nově zařazeny mezi sledované drogy některé další látky. (PMA, 2CB, 4-MTA, 2C-T-7)

Tyto látky bývají nejčastější příčinou závažných zdravotních problémů či úmrtí po užití „extáze“, protože za ni bývají dealery vydávány. Tyto látky mají oproti MDMA opožděný účinek, takže často dochází k předávkování v domněnání, že je tableta „slabá“. Dále oproti MDMA většinou více zvyšují tělesnou teplotu, krevní tlak, srdeční frekvenci, či změny srdečního rytmu (Páleníček, Kubů, Mravčík, 2004: 18-23) a nebezpečí jejich akutní i dlouhodobé toxicity je opět mnohem vyšší (www.drogmem.cz, 2010).

1.2.5 Protidrogová politika

Zhruba do 60. let 20. století bylo užívání drog výsadou převážně umělců, vědců a zdravotníků a bylo chápáno, jako osobní, nikoli celospolečenský problém. V tu dobu se však drogy rozběhly do širších vrstev společnosti a začaly se masivně projevovat jejich zdravotní a sociální dopady. V tu dobu vyhlásilo mnoho zemí tzv. západní civilizace „válku proti drogám“. Jednalo se o první

náznaky protidrogové politiky, i když tehdy šlo spíše o represivní opatření. V průběhu 80. let ve spojitosti se strachem z šíření infekce virem HIV se začínají tvořit skupiny odborně zaměřené na drogovou problematiku a epidemiologii, zabývající se vlivem drog na veřejné zdraví. V reakci na poznatky byly v Evropě postupně prosazovány principy harm reduction, a drogová problematika se stala předmětem jednání vlád zemí. V devadesátých letech, změnou politického režimu v postkomunistických zemích a produkcí nových syntetických drog nastal v Evropě nový drogový boom. V tuto dobu se Evropa, na rozdíl od USA, které stále prosazují pouze represii, zaměřuje na drogovou problematiku komplexněji a s hlavním důrazem na hrozbu zdravotních a sociálních rizik injekčního užívání. Vlády evropských zemí spolupracují na koordinaci protidrogových aktivit, sdílejí výsledky výzkumů a další důležité informace o drogových trendech.

Oblast protidrogové politiky rozeznává 3 modely její koncepce. Represivní model, jehož typickým zástupcem jsou USA, dále model minimalizace rizik a škod, který je typický pro většinu zemí EU a třetím je model kulturní integrace, který je vlastní zejména Holanďanům.

Represivní model

Hlavním cílem tohoto modelu je v co největší míře odstranit užívání jakýchkoli nelegálních drog. Jako měřítko je dána celoživotní prevalence, tedy zkušenost s kontaktem s některou z nelegálních drog za celou dobu života. Tento model je přijímán především na okraji pravice politického spektra, kdy jsou v popředí morální hodnoty neslučující se s užíváním drog, nebo xenofobií postoje ve smyslu, že drogová problematika je způsobena přistěhovalci. (Kalina, 2006)

Model minimalizace rizik a škod

I tento model si klade za cíl potlačování užívání drog v populaci. Rozdílem je fakt, že tento model o to usiluje celkově, bez ohledu na to, zda se jedná o drogy legální, či nelegální. Tento model připouští existenci drog a vychází z realistického předpokladu, že drogy ze společnosti nevymizí. Neklade hlavní důraz na trestní postihy a zásahy proti uživatelům, ale na ochranu veřejného zdraví, ve smyslu prevence škodlivých účinků užívání drog jak pro uživatele, tak pro společnost.

Model kulturní integrace

V tomto případě není cílem potlačení užívání drog. Je praktikováno v kultuře, kde nejsou drogy samy o sobě tolik stigmatizovány a kde se společnost s jejich užíváním smířila. Drogová závislost v tomto systému není principiálně odlišována například od alkoholismu, nebo jiného sociálně patologického chování. Problematika plynoucí z jejich užívání je postavena do stejné úrovně, jako ostatní negativní jevy ve společnosti a k jejímu řešení jsou přijímána stejná opatření.

Postoj státu

S loňskou výměnou šéfa Národní protidrogové centrály se na toto místo dostal člověk s velmi konzervativním pohledem na drogovou problematiku Jakub Frydrych. Jeho postoje korespondující s represivním modelem protidrogové politiky zavrhuje terciární prevenci v oblasti drog, mohou podle mě v následujících letech negativně ovlivnit zdravotní stav nejen dospívající populace. Jak poukazují odborníci, z historie i současnosti jiných zemí víme, že represivní model protidrogové politiky není účinný. „Klasickým

příkladem jsou Spojené státy. Země s nejrepresivnější drogovou politikou ze států západní kultury má nejvyšší celoživotní prevalenci užívání nelegálních drog a i jiné ukazatele (problémové užívání, zdravotní poškození, sociální škody) mluví v neprospěch jejího přístupu.“ (Zábranský, 2003: 60)

16.6. 2010 Vyšla Národní protidrogová centrála Policie České republiky pod hlavičkou Ministerstva vnitra České republiky stanovisko k testování tablet extáze. Ve stanovisku se k testování staví zásadně odmítavě, vyzdvihují fakt, že jde pouze o orientační test a uvádí, že „ Testování je tedy naprosto nesmyslné a nespolehlivé. V uživateli vyvolává mylný pocit bezpečí.“ Dále je v dokumentu postup testování tablet popsán jako protiprávní jednání, protože se při vrácení tablety uživateli jedná o distribuci drogy. Navíc je testování v jeho průběhu chápáno jako přechovávání návykové látky, což je vždy jednáním protiprávním. (Malíková, 2010). Odborníci na drogovou problematiku však, v poslední době častější, zamítavé postoje k programům na snižování rizik v naprosté většině kritizují. Tímto zde vzniká rozpor i mezi dvěma státními složkami a to Národní protidrogovou centrálou a Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Snižování rizik plynoucích z užívání drog je jedním ze čtyř základních pilířů Národní strategie protidrogové politiky pro období 2010 až 2018. (Sekreteriát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2010)

1.3 Sociální a zdravotní rizika drogové závislosti

1.3.1 Nemoc

Nemoc je souhrn reakcí živočišných či rostlinných organismů na poruchu rovnováhy mezi jeho vnitřním a vnějším prostředím. Její příčiny mohou být vnitřní (především osobní dispozice), nebo vnější (fyzikální, chemické či sociální vlivy, patogenní organismy atd.). (Říman 1986: 481)

Výstižněji a blíže současným trendům zdravotnictví podle Parsonse je nemoc „porucha schopnosti individua plnit účely a role“ (Bártlová, Matulay 2009: 93)

Zde je tedy nemoc chápána jako deviace, tj. odchylku od normálního stavu jedince, kdy byl schopen plnit očekávání společnosti. Ve stavu nemoci tuto určitou roli jedinec plnit nemůže, přesto, že by chtěl.

Ze socio-psychologického hlediska se nemoc vyvíjí přes 4 fáze. V první fázi si dotyčný všímá určité změny zdravotního stavu. Objevují se totiž první symptomy a nemocný se snaží této změně bránit a to většinou samoléčitelstvími pokusy.

Pokud tato snaha nezafungovala a problémy přetrvávají, nebo se dokonce zhoršují, obvykle se nemocný dostává do druhé fáze. Zde si uvědomuje větší závažnost svého problému a vyhledává odbornou pomoc (nebo je mu odborná pomoc poskytnuta bez jeho přičinění) Tato fáze je poměně náročná, protože vyvolává obavy a nejistotu z následujícího dění. Jaká vyšetření bude muset podstoupit, jaká bude diagnóza, strach z operací atd... Zdravotnické/léčebné prostředí je samo o sobě pro pacienta stresující.

Ve třetí fázi se člověk seznamuje s diagnózou, přijímá změnu svého společenského postavení a smiřuje se s rolí pacienta. Zvláštní význam této fáze má také přijetí změny možností plnění dřívější sociální funkce a to především, má-li nemoc trvalé následky. Pak pacient musí přijmout trvalou změnu ve svém životě.

Čtvrtou fází představuje návrat do normálu, tedy zpětné přijetí starých sociálních rolí. Nemoc však může vyvolat určité následky s nimiž se pojí posun od dřívějšího stavu. (Bártlová, Matulay, 2009: 94-98)

1.3.2 Stigma

Stigma je termín označující známku, či stopu, nesoucí určité svědectví. Dalo by se označit jako sociální aspekt určitého stavu, či charakteru osobnosti. Je používán ve spojitosti s poskvrněním, se statusem společenské nepatřičnosti a zavržením. Míra stigmatizace určitého jevu je vždy závislá na společensko-kulturních podmínkách. (Bártlová, Matulay 2009)

Stigma je známkou nepřijetí odlišnosti jedince a dokumentem skutečnosti, že jsou často situace i lidé souzeni ne podle jejich kvalit, ale podle jejich zapadání do normy. Jinými slovy, není důležité, co je dobré, či špatné, ale především, co je normální. A norma je určována většinou. Zdraví je do jisté míry chápáno jako subjektivní stav jedince. Vycházím zde z definice zdraví podle WHO, která říká, že zdraví je „stav celkové fyzické, psychické (duševní) a sociální pohody, nikoliv pouze absence nemoci nebo vady“

Právě tato duševní a sociální pohoda je z velké části ovlivněna prostředím, ve kterém se daná osoba podléhající stigmatizaci nachází. Například v Japonsku se stigma postižených přenáší i na jejich rodinu, v severních zemích Evropy naopak míra stigmatizace není příliš velká. Stigmatizace přináší oddělení postižených od celkové společnosti. Objekty tohoto jevu se stávají často například lidé s rozsáhlými popáleninami. Vypadají jinak, než ostatní, ale pokud bychom jim neviděli do tváře, jejich odlišnost nepoznáme.

Přesto však bývají odsunuti na okraj společnosti. Podle Barskyho a Deans (2007: 31-36) nám byl v důsledku společenských a kulturních sil podsunut nerealistický obraz dokonalého zdraví. Pocit zdraví je vždy odvozen od srovnání s okolní společností.

Některé nemoci nevzbuzují ve společnosti žádné negativní emoce a změny chování vůči nemocným. Např. pokud někdo trpí zánětem průdušek, nebývá jeho nemoc podmětem pro změnu chování okolí. Naopak pokud je například o někom známo, že je HIV pozitivní, okolí se vůči němu staví negativně a vyčleňuje ho ze společnosti, i když kromě krajních situací z jeho přítomnosti nehrozí žádné nebezpečí. Míra stigmatizace vychází z nedostatku tolerance a informovanosti. Jak už bylo řečeno závisí především na socio-kulturních podmínkách. I v našem prostředí je potřeba tomuto jevu předcházet, čemuž se věnuje několik organizací ať už zpětnou integrací stigmatizovaných osob do společnosti, nebo primárně preventivními programy.

1.3.3 Nejčastější sociální aspekty nemocí

Protože nemoc je vlastně i společenským stavem člověka, je nutné poukázat na několik nejčastějších sociálních aspektů tohoto stavu. Tyto aspekty vychází z oboustranného vztahu jedince a společnosti, ve které žije.

Podle Bártlové a Matulaye (2009: 97) může nemoc různě změnit život a sociální role pacienta podle několika kritérií, kdy bývá charakter aspektů různý. Prvním z nich je doba trvání onemocnění. Může se jednat o onemocnění dočasné, trvalé se standardním průběhem, či trvalé se zhoršujícím se průběhem. Dalším kritériem je zjevnost onemocnění pro okolí. Poslední kritérium podle mě spíše vyplývá z předešlých dvou uvedených,

než že by bylo kritériem samotným. Je jím dělení podle změn v činnosti člověka. Právě tyto změny bych označil za samotné aspekty nemoci. Pokud pacient trpí přechodným onemocněním, bez následků, mohou být sociální aspekty někdy dokonce i pozitivní. Nemocný totiž například bývá v užším kontaktu s blízkými/rodinou. Pokud je prognóza nemoci příznivá, může po dobu jejího trvání jeho dočasné vyřazení z běžné sociální role potlačit stres například z nějaké povinnosti, kterou by měl za normálních okolností vykonat. Toto však většinou funguje pouze u dětí.

V případě nemoci dlouhodobé, trvalé či zhoršující se pozorujeme negativní společenské aspekty. Jako první uvedu změnu pracovních možností. Ať už z důvodů vzniku nějaké, pro danou činnost důležité, dysfunkce, nebo z důvodu například dlouhodobé hospitalizace, bývají lidé nuceni změnit zaměstnání. To s sebou přináší v takovémto případě časté snížení příjmů. Zvláště pak na dnešním trhu práce se tímto člověk dostává do velmi nejisté životní situace. Takováto změna je nejen významným stresorem sama o sobě, ale přináší s sebou další sociální aspekty. Zejména omezením příjmů se člověk zvyklý na určitý standard dostává na velmi tenký led. V tuto chvíli záleží na mnoha faktorech, ať už zmíníme osobnost nemocného, práci úřadů, rodinné vztahy nebo „náhodu“. V některých případech může dojít například k rozvratu manželství a rodiny, bezdomovectví. Vazba mezi společností a zdravotním stavem jedince je oboustranná. Znamená to tedy, že tak jako zdraví ovlivňuje možnosti plnění našich sociálních rolí i náš sociální stav ovlivňuje naše zdraví. V důsledku tohoto mechanismu například v uvedeném scénáři rozvratu manželství a bezdomovectví často vzniká mnoho dalších nemocí a vytváří se prostor pro opakování stejného mechanismu.

Změny v rodinném životě jsou mnohdy způsobeny navenek zjevnými nemocemi, nebo pouhými kosmetickými defekty po úraze. S úrazy a následky nemocí jsou někdy zhoršeny sexuální vztahy čímž může dojít ke zhoršení kvality celého partnerského vztahu. Určitý zdravotní problém člena rodiny však může přinášet i projektivní účinek. Tento efekt však není příliš častý.

Závažným sociálním aspektem nemoci je také změna trávení volného času. Všichni si jistě dokážeme představit mnoho zdravotních komplikací znemožňujících žít dřívější způsob života jedince samotného. Každý z nás by měl být ve svém životě naplňován dobrými pocity z určité oblíbené činnosti. Může se jednat o sportovní aktivitu, hru na hudební nástroj, tvořivou činnost, studium a vzdělávání, nebo jakoukoli jinou formu osobního či společenského vyžití. Zdravotní komplikace však mnoho z nás v tomto ohledu omezí, nebo znemožní oblíbenou činnost dále vykonávat. Například amputace ruky u houslisty, ochrnutí, nebo oslepnutí u sportovce může přinášet právě kvůli znemožnění jeho dřívějšího vyžití o to silnější pocity úzkosti, depresivní stavy a pocity beznaděje.

1.3.4 Mechanismus nákazy při injekční aplikaci drog

Jak známo, injekční aplikace drog je velmi riziková. Nejen, že se injekčně aplikují, oproti ostatním, už tak velmi nebezpečné drogy a samotný charakter intoxikace tímto způsobem bývá většinou o mnoho strmější a intenzivnější než intoxikace kouřením, šňupáním či požitím, ale uživatel se takto vystavuje dalšímu riziku v podobě nebezpečných infekcí.

Pro aplikaci bývá často sdílena injekční stříkačka, injekční jehla, lžička/ nádobka na aplikovaný roztok, nebo celý roztok, filtr/vata. Použití kterékoli z těchto pomůcek více, než jednou

osobou je rizikové z hlediska nákazy krevně přenosných infekcí. Tento fakt však bývá nezdůvodněně podceňován a to především v partnerských dvojicích uživatelů i přesto, že se mezi ostatními narkomany v tomto ohledu chovají zodpovědněji.

Pro pochopení mechanismu přenosu infekce popíšu nejdůležitější body i.v. aplikace. Standardní postup aplikace začíná naředěním drogy do výsledného roztoku pro aplikaci a to buď na lžičce, nebo v případě více uživatelů najednou, ve větší nádobě. Dále následuje nasátí roztoku do injekční stříkačky s jehlou přes „filtr“ jako který často složí kousek vaty. Následuje natažení dávky do injekce a vypuzení případného vzduchu mírným vytlačěním roztoku. Dále napíchnutí žíly, aspirace žilní krve a následné vpravení obsahu. Pakli, že se celý postup se stejným náčiním opakuje u dalších narkomanů, přichází postupně do styku krev všech, kdo náčiní použili. V největší míře je to vždy krev osoby, která aplikovala poslední. Při samotném stisknutí pístu se totiž nikdy nevyprázdí celý obsah stříkačky. Nesmíme zapomínat na fakt, že i jehla má svůj objem, který zůstane při vyprázdění stříkačky uvnitř. Druhý uživatel tedy dostává ve své dávce po nasátí roztoku určitý podíl aspirované krve předchozího uživatele. Takto se následným kolováním náčiní cyklus opakuje. Riziko nákazy existuje i v případě, že jsou sice použity nové jehly, ale použité stříkačky, v případě, že každý uživatel má sice svou ale již použitou stříkačku s jehlou, ale sdílí stejný roztok, nádobu, nebo filtr.

1.3.5 Nejčastější krevně přenosné infekce u injekčních narkomanů

Problém epidemického šíření chorob přenášených krví v populaci injekčních narkomanů je znám už mnoho let. Již z let 1982 až 1984 máme informace o vypuknutí epidemie hepatitidy B a

hepatitidy C (a jak bylo později zjištěno také HIV) v populaci intravenózních narkomanů ve skotském Edinburghu. Další známou epidemií tohoto typu byla v r. 1983 epidemie VHB mezi narkomany v Amsterdamu. (Účinnost programů výměny sterilních jehel a stříkaček při snižování rizika nákazy HIV/AIDS mezi injekčními uživateli drog, 2004)

„Virové hepatitidy jsou nadále jedním z hlavních zdravotních indikátorů v oblasti drogové epidemiologie. Tak jako v minulých letech evidované případy kopírují incidenci i prevalenci problémových uživatelů drog.“ (2009)

Dalším významným ukazatelem dopadu nitrožilního užívání drog na zdravotní stav je výskyt HIV / AIDS. Ne však proto, že by byla tato infekce výsadou narkomanů, ale spíše kvůli její závažnosti. Výsledky hlášených případů HIV / AIDS české Národní referenční laboratoře pro HIV/AIDS v SZÚ za posledních více než 20 let vykazují stabilně velmi nízký podíl nitrožilní aplikace drog, jako způsob přenosu infekce. (Tab. 1)

Tabulka č. 1 HIV

Hlášené případy HIV pozitivní a případy AIDS – ČR^{*)}

ROK	HIV +		Z toho AIDS	
	Celkem	Z toho injekční uživatelé drog ^{**)}	Celkem	Z toho injekční uživatelé drog ^{**)}
do roku 1990	108	0	21	0
1991	13	1	2	0
1992	23	0	9	0
1993	27	1	15	0
1994	38	2	12	2
1995	40	2	13	0
1996	51	1	19	0
1997	62	3	20	0
1998	31	3	8	0
1999	50	0	17	0
2000	58	5	14	0
2001	51	3	7	0
2002	50	2	8	0
2003	63	3	8	0
2004	72	6	13	3
2005	90	4	11	0
2006	93	5	12	2
2007	122	12	30	5
2008	147	9	26	5
2009	155	2	27	3
Kumulativně	1344	64 ^{*)}	292	20

^{*)} dalších 24 případů spadá do kategorie "homo/bisexuál a injekční uživatelé drog", kde nelze jednoznačně určit zda způsob přenosu souvisí s injekčním užíváním drogy;

^{**)} mající IUD jako způsob přenosu.

Zdroj: Národní referenční laboratoř pro HIV/AIDS v SZÚ

Tabulka převzata z Výroční zprávy ČR – 2009 strana 129

Tyto výsledky však mohou být výrazně zkresleny faktem, že v uplynulých letech přibližně ¾ všech nově zachycených případů injekčních uživatelů drog nebylo nikdy testováno, není známo, zda byli testováni, nebo údajně testováni byli, ale není znám výsledek jejich testu. (Studničková, Petrášová, 2010: 128)

1.3.6 Virová hepatitida B

Virová hepatitida typu B (dále jen VHB) je virové degenerativní zánětlivé onemocnění, postihující jaterní tkáň.

Virus hepatitidy B dokáže v kapce zaschlé krve přežít několik týdnů, podle serveru Medicoprevent (2010) v mrazu dokonce i

několik let, čímž se stává velmi nebezpečným. Navíc se uvádí, že je 100x nakažlivější, než virus HIV. Zničen je po pětiminutovém varu, nebo působení vhodného desinfekčního prostředku.

VHB se přenáší nejen krví, ale i spermatem a je označována za nejzávažnější typ z hepatitid. Zdrojem této infekce je člověk. Inkubační doba je 6 týdnů až 6 měsíců.

Mezi nejčastější příznaky patří v první fázi obecný chřipkovitý průběh, tedy zvýšená tělesná teplota, bolesti hlavy a svalů, tělesná slabost. Dále se objevuje nevolnost, zvracení, průjem či zácpa, váhový úbytek, bolesti drobných kloubů rukou, zřídka kožní exantémy. Tyto prodromální příznaky trvají zpravidla pouze několik dní. Poté často nastává přechodné období klidu, kdy se nakažený může cítit zdravý. V dalším stádiu propuká samotné onemocnění pod obrazem opětného vystupňování zmíněných příznaků. Objevuje se tmavá moč a světlá stolice, následovně zhruba do 3 dnů často ikterus(žloutenka). Tento příznak stoupá s věkem pacientů. Tato akutní fáze probíhá zpravidla 4-6 týdnů. Třetí stádium je stádium rekonvalescence. Vrací se chuť k jídlu, pacient pozvolna dostává sílu, snižuje se intenzita jaterního zánětu. Smrtelným závěrem akutní formy může být jaterní selhání. U 5-10 % dospělých osob přechází onemocnění do chronicity, častěji u osob s nevýraznými příznaky. Zde je smrtelné nebezpečí cirhózy nebo nádorů jater. V ČR zůstává asi 1 % nakažených bezpříznakovým nosičem. U většiny pacientů s akutní VHB po úspěšné léčbě nastává úplná eliminace viru a zůstává dlouhodobá imunita. Velmi vzácně je zaznamenávána i spontánní uzdrava chronických pacientů. (Krekulová, Řehák, 1998: 11-23, 41-49; Částková, 2006).

Podle Husy (2002) léčba VHB v současné době spočívá v podávání interferonu alfa, nebo lamivudinu. Oba prostředky se

podávají za účelem potlačení replikace viru VHB v organismu, dříve, než dojde k ireversibilnímu poškození jater. Interferon alfa je podáván parenterálně a je známo několik vedlejších účinků a kontraindikací, které se vyskytují u většiny našich současných pacientů. Doba léčby je 4-6 měsíců v závislosti na frekvenci aplikace. Dlouhodobější avšak celkově lépe indikovatelnou léčbu nabízí lamivudin. Jednak je ho možno podávat perorálně, také vykazuje velmi dobrou snášenlivost a prakticky nulovou kontraindikaci jeho použití. Jeho účinky jsou kvůli rozdílnému mechanismu účinku opožděné, ale v průběhu 3 let léčby se zpravidla dosahuje stejných účinků, jako při úspěšné léčbě interferonem alfa. V české republice je zaznamenán mírný sestup počtu nových akutních onemocnění. Počítá se, že tato tendence bude postupovat a to z důvodu zavedení očkování novorozenců a dvanáctiletých v roce 2000. (Studničková, Petrášová, 2010: 110)

1.3.7 Virová hepatitida C

Virová hepatitida C je opět virový zánět postihující jaterní tkáň. Virus VHB byl identifikován teprve v roce 1989. Inkubační doba je 2 týdny až 6 měsíců, nejčastěji 6-9 týdnů. Její diagnóza přichází spíše náhodou při předoperačních vyšetřeních, na základě pozdních následků nemoci nebo při vyšetření pro dárcovství krve. Většina onemocnění totiž probíhá inaparentně, nebo pouze s mírnými prodromálními příznaky. Nemocný obvykle pociťuje dlouhodobě zvýšenou únavu a menší zátěžovou adaptabilitu. Ikterus se vyskytuje pouze v přibližně 25 % akutní formy onemocnění. Charakteristickým pro tento typ hepatitidy je přechod do chronicity, který je zaznamenáván v 75-90 % (Krekulová, Řehák, 1998: 23-25). Asi u 20 % z pacientů s chronickou formou vzniká v průběhu 20 let jaterní cirhóza. Negativními faktory jsou

zde vyšší věk pacienta, mužské pohlaví a konzumace alkoholu. Dále je chronická VHC zvýšeným předpokladem pro vývoj hepatocelulárního karcinomu.

Virus VHC není tak odolný, jako virus VHB proto je zde rizikové spíše přímé sdílení injekčního náčiní, které však bohužel v populaci narkomanů stále není žádnou výjimkou. Ani kontagiozita tohoto viru není tak vysoká, jako u VHB, avšak je stále vyšší, než například u viru HIV.

Přenos infekce bývá zaznamenán nejčastěji parenterální cestou, proto je v dnešní době velké procento nakažených právě ze skupiny intravenózních uživatelů drog. Někdy bývá proto VHC označována jako „žloutenka narkomanů“. Významné riziko šíření pohlavní cestou nebylo prokázáno, avšak je nutné brát na vědomí, že i tento způsob infekce je možný a uvádí se.

Problémem viru hepatitidy C je jeho velká variabilita a časté antigenní mutace. V současné době rozeznáváme 6 základních genotypů tohoto viru s mnoha příbuznými variantami. Protilátky vyvolané infekcí tímto virem narozdíl od viru VHB nevyvolávají ochrannou imunitu, tedy není možno proti tomuto onemocnění očkovat.

Léčba probíhá stejně jako u VHB podáváním interferonu alfa nebo virostatiky (např. lamivudin), případně jejich kombinací. Je zavedena speciální tuková dieta a zákaz konzumace alkoholu. Opět zde platí, že základem pro úspěšnou léčbu je co nejčasnější diagnostika. Úspěšnost léčby chronických virových hepatitid B,C a D se pohybuje při dodržení správných léčebných postupů mezi 20-35 %. V ČR proto probíhají nárazově programy nabízející testování krve narkomanům, jako hlavní ohrožené populaci, v kontaktních centrech. Uvádí se sice, že mají z této nákazy častou obavu avšak z nedůvěry k institucím, nezodpovědnosti a jiným prioritám sami

v naprosté většině lékaře za tímto účelem nenavštíví. (Krekulová, Řehák, 1998: 24)

1.3.8 Sociální charakteristiky a trendy mezi uživateli drog v ČR

Protože není možné úspěšně monitorovat celou populaci narkomanů, veškeré souhrnné údaje o dění na drogové scéně jsou tvořeny odhady na základě evidovaných případů. Pro naši charakteristiku tedy nezbyvá, než počítat s daty získanými z evidencí léčebných a kontaktních center, jako s částečně reprezentativním vzorkem problémových uživatelů drog.

Podle Studničkové a Petrášové (2010: 13-15, 34-55) uvádím vybrané charakteristiky drogových uživatelů na území České republiky z roku 2009.

Pohlaví

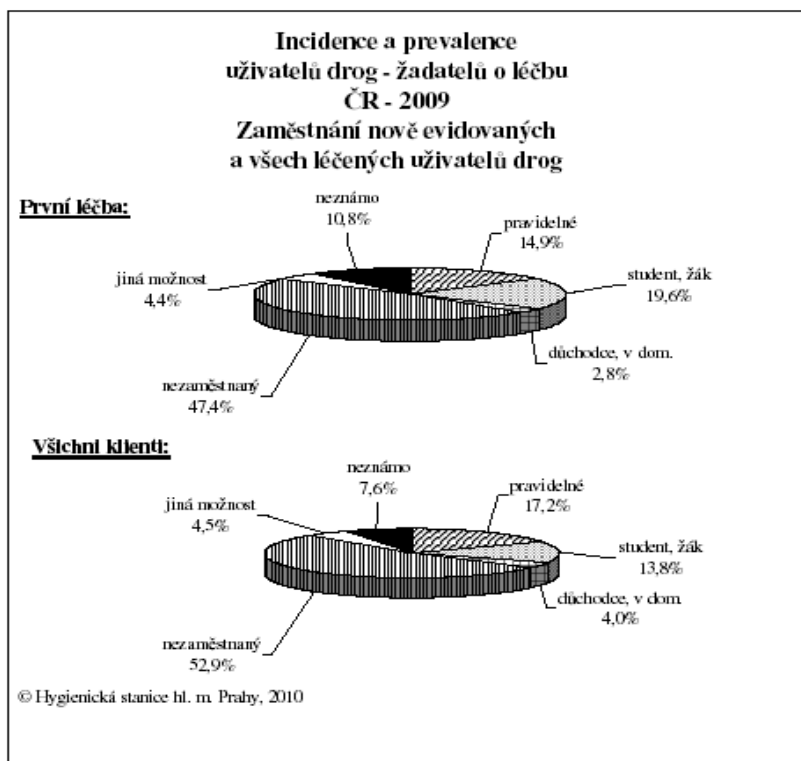
V roce 2009 mezi evidovanými narkomany převažovali muži a to přibližně v dvojnásobném počtu oproti ženám. Jako charakter bydlení bylo nejčastěji uváděno stálé bydliště. Za povšimnutí však jistě stojí, že 1004 z celkových 8763 žadatelů o léčbu uvedlo bezdomovství, 202 pobyt ve výchovném, či diagnostickém ústavu mládeže a 156 osob pobyt ve věznici.

Zaměstnání

Důležitým ukazatelem sociálních aspektů syndromu závislosti je tak jako u mnoha jiných nemocí nezaměstnanost. Více než polovina z evidované drogové populace v ČR v roce 2009 uvedla nezaměstnanost. 1508 klientů uvádí pravidelné zaměstnání a 1208 status studenta. (opět z celkových 8763 evidovaných)

Srovnání jednotlivých položek nabízí graf. č 2

Graf č. 2 - Zaměstnání



Zdroj Hygienická stanice hl. města Prahy 2010

Nejvyšší dokončené vzdělání

Těžko určit, zda za stupeň nejvyššího dosaženého vzdělání mohou drogy, nebo zda analogii hledat v opačném směru. Největší zastoupení ve vzorku zastávají lidé s nejvyšším dokončeným základním vzděláním, dále se středním vzděláním bez maturity a středním vzděláním s maturitou. Významná část vzorku tento údaj neuvadla. (v pořadí sestupně)

Věk

Pokud vynecháme věk prvních experimentů s drogou a zaměříme se opět na problémové uživatele, zjišťujeme, že se věkově nejčastější žadatelé oproti minulým letům posouvají do vyšší věkové

kategorie. Tento údaj je však zatížen několikaletou léčbou jedněch a těch samých klientů. Z tohoto důvodu uvedu pro lepší vystižení současného trendu věkové složení prvožadatelů rozdělené podle pohlaví. Nejčastější věkovou skupinou celkem jsou 20- 24 letí. Tato skupina je současně nejčastější zastoupenou skupinou u mužů, dále jsou to 25- 29 letí a 15-19 letí. (v pořadí sestupně) U žen je nejpočetnější zastoupení sestupně v pořadí 15-19, 20-24 a 25-29.

Způsob aplikace

Více než 2/3 léčených uvádí jako způsob aplikace primární drogy nejvíce rizikový způsob a to injekční aplikaci. Druhou nejčastější formou užívání je kouření, dále čichání a šňupání a na posledním místě požití.

2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíl práce

Cílem mé bakalářské práce je shromáždit informace o rizicích spojených s užíváním drog, o způsobech, kterým se těmto rizikům předchází a určit vztah mezi počty rozdaných injekčních setů pro narkomany v rámci terciární prevence a incidencí virových hepatitid typu B a C. Ve spojitosti s prvním cílem bylo tím dalším zhodnocení vývoje odběru těchto injekčních setů v uplynulých letech. Vypracováním těchto cílů se snažím popsat problematiku prevence sociálních aspektů nemoci se zaměřením na drogovou závislost jako nemoc a z druhé strany na užívání drog, jako na sociální aspekt možného vzniku dalších nemocí.

2.2 Hypotézy

Hypotéza č. 1 byla stanovena na základě předpokladu, že v rozmezí pěti let by se aktivita rozdávání sterilního injekčního náčiní narkomanům měla projevit v údajích o nových případech zachytu infekčních chorob, jejichž šíření je podstatnou mírou typické pro injekční užívání drog.

H 1: Se zvyšujícím se počtem rozdaných injekčních setů klesá incidence VHB a VHC.

Hypotéza č. 2 byla stanovena na základě tvrzení Studničkové a Petrášové (2010: 132), které odhadují, že by celkový počet injekčních setů distribuovaných v roce 2009 nepokryl ani polovinu potřeby české populace injekčních narkomanů při každodenní spotřebě jednoho kusu. Pokud se tedy zvýší nabídka, odběr by měl

stále vzrůstat i za předpokladu, že s mírným kolísáním je počet injekčních narkomanů v uplynulých pěti letech spíše stabilní.

H 2: Od roku 2005 stále roste odběr injekčních setů.

3. METODIKA

3.1 Metodika postupu a charakteristika souboru

Jako výzkumná metoda byla použita sekundární analýza zdrojových dokumentů, kterými jsou Výroční zprávy referátu drogové epidemiologie Hygienické stanice hlavního města Prahy. Tyto dokumenty obsahují informace o uživatelích drog, kteří alespoň jednou navštívili zdravotnické, či nezdravotnické zařízení, poskytující léčebnou, poradenskou, nebo sociální pomoc. V období let 2005 až 2009, kterým se v práci zabývám, už tento Drogový informační systém navíc obsahuje informace o dlouhodobě, nebo opakovaně léčených klientech. Drogový informační systém je provozován Hygienickou službou, která čtvrtletně shromažďuje potřebné informace od pracovišť drogové epidemiologie Krajských hygienických stanic. Shromažďovaná základní data jsou koncipována podle doporučení Evropského monitorovacího centra pro drogy a užívání drog (EMCDA) Informace o výskytu virových hepatitid typu A, B a C jsou do těchto dokumentů získány z epidemiologického systému hlášení infekčních onemocnění EPIDAT, taktéž provozovaného Hygienickou službou.

Údaje z tohoto zdroje byly aplikovány do 2 výběrových souborů a to do celkových počtů obyvatel Jihočeského a paralelně Ústeckého kraje, vždy k 31.12. daného roku. Tato data byla získána z webu Českého statistického úřadu.

Výzkum je pro větší výpovědní hodnotu proveden stejným způsobem zároveň v obou krajích. Pro porovnatelnost výsledků byly získané údaje přepočítávány níže popsaným způsobem. Ve výsledcích se setkáme s těmito veličinami:

Rozdané injekční sety

Za účelem vytvoření jednotného ukazatele pokrytí potenciální potřeby dvou krajů byl údaj o počtu rozdaných injekčních setů přepočítán na položku „Rozdané sety na 10 obyvatel“. Tento údaj uvádí kolik injekčních setů připadlo na 10 obyvatel za daný rok v daném kraji. Počet 10 byl stanoven kvůli optimální velikosti údaje a pro dobré znázornění v tabulce.

Výskyt akutní VHB

Tento údaj je přepočítán na 100 000 obyvatel. Vyjadřuje počet nově hlášených případů na 100 000 obyvatel v daném kraji v daném roce.

% narkomanů z počtu nově nakažených akutní VHB

Tento údaj je procentuálním vyjádřením množství nově hlášených případů akutní VHB za daný rok v daném kraji, které měly v anamnéze injekční užívání drog.

Stejným způsobem jsou znázorněny údaje o akutní VHC.

V tabulkách uvádím i údaje o incidenci chronické formy těchto onemocnění, ale tyto údaje nebyly pro výsledky výzkumu použity. Právě jejich chronicita a povaha způsobů diagnózy by mohla výsledky spíše zkreslit.

4. VÝSLEDKY

4.1 Souhrnné tabulky

Získáním potřebných údajů z tabulek a grafů původního dokumentu jsem sestavil tabulku číslo 2, ve které jsou znázorněny všechny údaje potřebné pro potvrzení, či vyvrácení stanovených hypotéz.

Tabulka č. 2: Souhrnné údaje

	Vyměněné sety na 10 obyv.	Výskyt akutní VHB na 100000 obyv.	%narkomanů z počtu nově nakažených akutní VHB	Výskyt akutní VHC na 100000 obyv.	% narkomanů z počtu nově nakažených akutní VHC
Jihočeský 2005	1,8	2,9	27,8	1,6	80
Ústecký 2005	5,4	6,1	38	4,4	88,9
Jihočeský 2006	2,1	1,8	11,1	1,3	87,5
Ústecký 2006	7,6	6,6	38,9	2,8	87
Jihočeský 2007	3,3	1,3	25	0,8	60
Ústecký 2007	7,8	4,7	41	3,3	74,1
Jihočeský 2008	3,6	1,4	33,3	0,9	66,7
Ústecký 2008	7,8	6	34	3,2	77,8
Jihočeský 2009	3,7	2	61,5	1,1	71,4
Ústecký 2009	7,5	5,1	20,1	4,1	73,5

Zdroj: vlastní výzkum

Na této tabulce jsou v druhém sloupci vidět počty rozdaných injekčních setů podle let a krajů přepočítané na kusy na 10 osob. Tyto hodnoty vyjadřují pokrytí populace vydanými injekčními sety. Z tabulky je zřejmé, že toto pokrytí v Jihočeském kraji mezi lety 2005 a 2009 stále rostlo. V Ústeckém kraji byl trend také vzestupný, s výjimkou roku 2009, kdy toto pokrytí mírně kleslo.

V tabulce 3 jsou znázorněny sledované údaje v absolutních číslech.

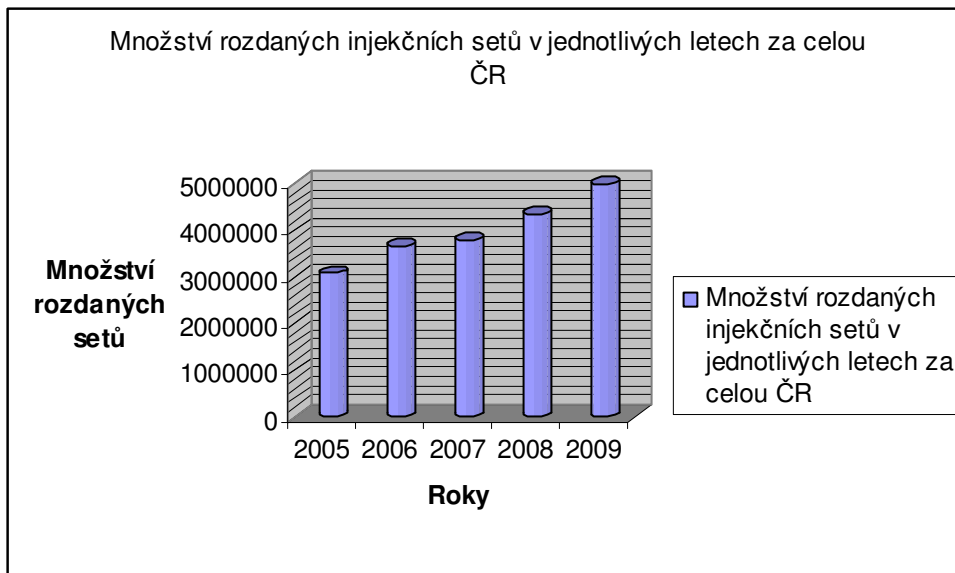
Tabulka č. 3: Souhrnné údaje v absolutních číslech

	Vyměněné sety	Výskyt akutní VHB .	Z toho injekčních narkomanů	akutní VHC	Z toho injekčních narkomanů
Jihočeský 2005	110851	18	5	10	8
Ústecký 2005	445497	50	19	36	32
Jihočeský 2006	134542	11	2	8	7
Ústecký 2006	622297	54	21	23	20
Jihočeský 2007	206413	8	2	5	3
Ústecký 2007	648347	39	16	27	20
Jihočeský 2008	229096	9	3	6	4
Ústecký 2008	649595	50	17	27	21
Jihočeský 2009	234815	13	8	7	5
Ústecký 2009	628164	43	9	34	25

Zdroj: vlastní výzkum

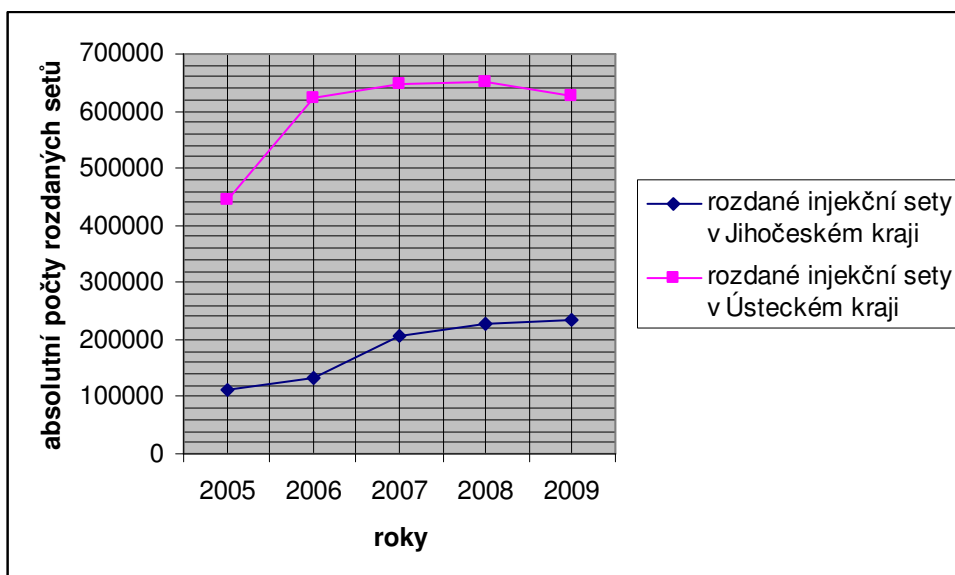
4.2 Vývoj množství rozdaných injekčních setů

Graf č. 3: Celorepublikový vývoj odběru injekčního materiálu.



Na grafu je vidět stoupající tendence počtu rozdaných injekčních setů v celé ČR.

Graf č. 4: Porovnání absolutních počtů injekčních setů obou krajů

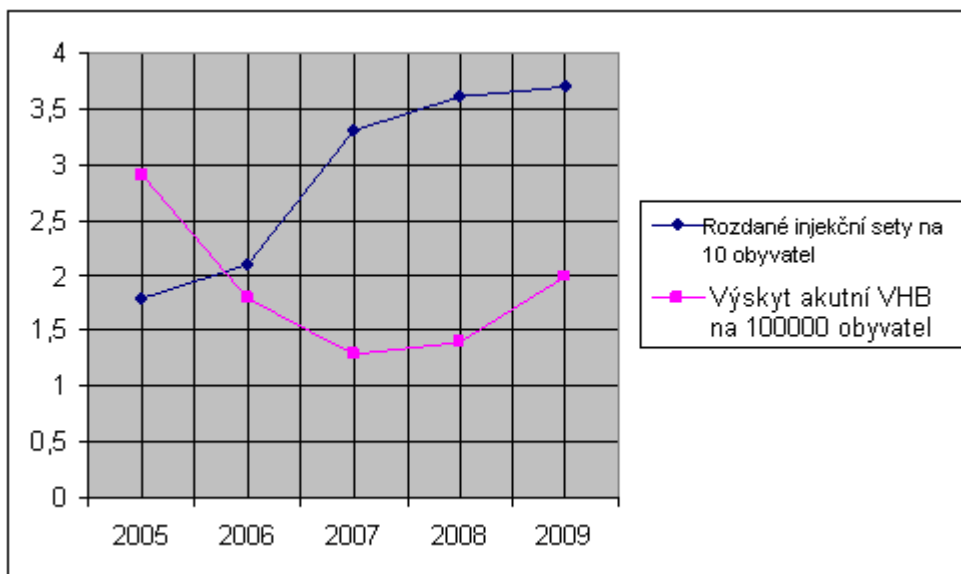


Na posledním grafu vidíme v porovnání absolutní počty rozdaných injekčních setů v obou krajích v průběhu posledních pěti let.

Z grafu je zřejmé, že Jihočeský kraj sice vykazuje stálý meziroční nárůst distribuce injekčních setů, ale Ústecký kraj ho převyšuje významně větším množstvím rozdávaného materiálu, i když v posledním roce je zde patrný mírný pokles oproti roku 2008.

4.3 Vliv množství distribuovaných injekčních setů na VHB

Graf č. 5: Vliv množství injekčních setů na výskyt akutní VHB - Jihočeský kraj

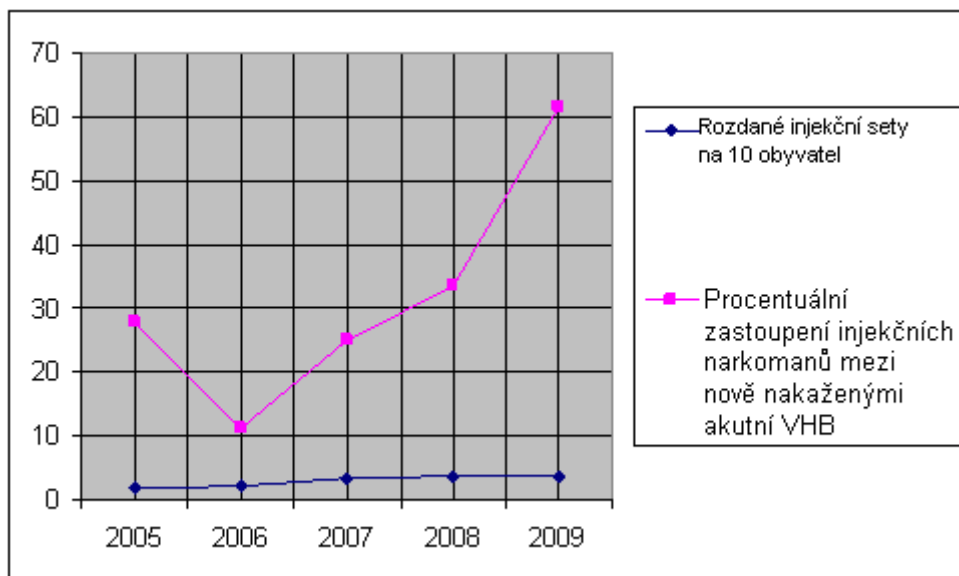


Zdroj: vlastní výzkum

Na tomto grafu můžeme pozorovat vztah mezi množstvím rozdaných injekčních setů na 10 obyvatel a výskytem akutní VHB na 100000 obyvatel v daných letech.

Na počátku průběhu křivek se zdá být postupné snižování výskytu akutní VHB způsobeno rostoucím množstvím rozdávaných injekčních setů, avšak pozdější průběh křivky výskytu onemocnění tuto teorii nepotvrzuje.

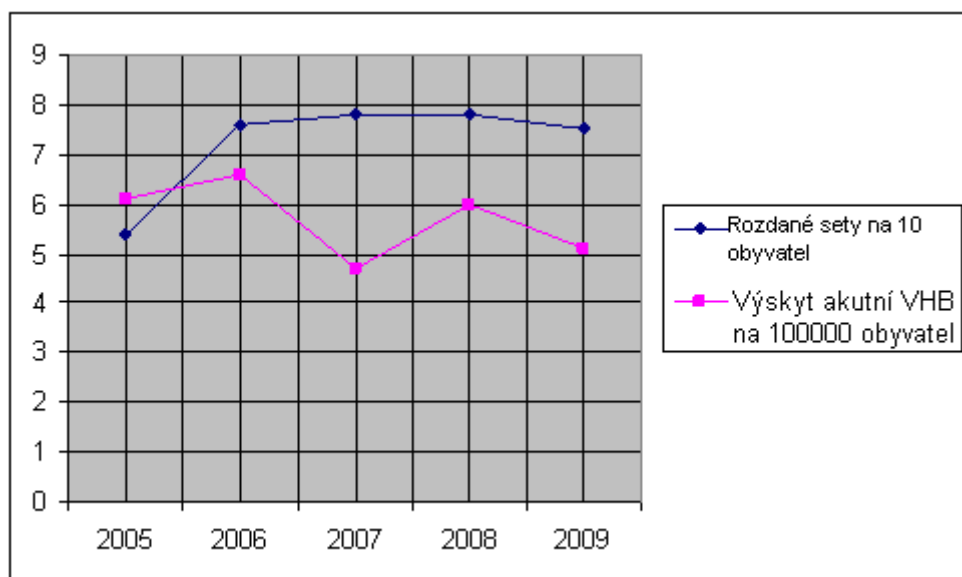
Graf č. 6: Vliv množství injekčních setů na procentuální zastoupení narkomanů mezi novými případy akutní VHB – Jihočeský kraj



Zdroj: vlastní výzkum

Ještě více této teorii neodpovídá graf číslo 6, který znázorňuje procentuální podíl injekčních narkomanů, cílové skupiny výměnných programů, na výskytu akutní VHB. Jak je patrné, od roku 2006 jejich zastoupení mezi novými případy stále stoupalo.

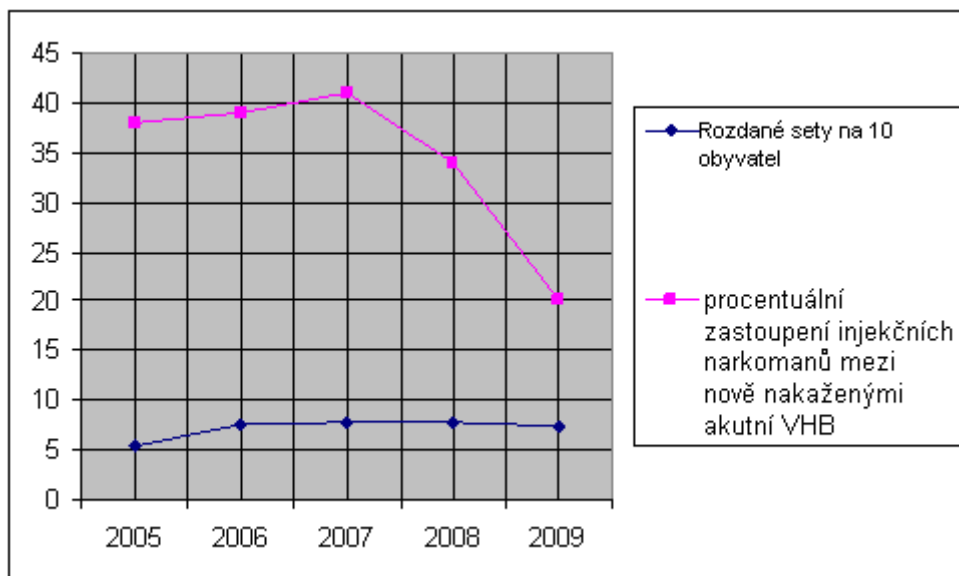
Graf č. 7: Vliv množství injekčních setů na výskyt akutní VHB – Ústecký kraj



Zdroj: vlastní výzkum

Na tomto grafu je vidět různorodost výskytu akutní VHB v Ústeckém kraji i přes do roku 2008 stále stoupající pokrytí sterilním injekčním materiálem. Za povšimnutí stojí, že se předpokládaný mechanismus snižování nových případů onemocnění nepotvrzuje i při výrazně vyšším pokrytí sterilními sety oproti Jihočeskému kraji.

Graf č.8: Vliv množství injekčních setů na procentuální zastoupení narkomanů mezi novými případy akutní VHB –Ústecký kraj

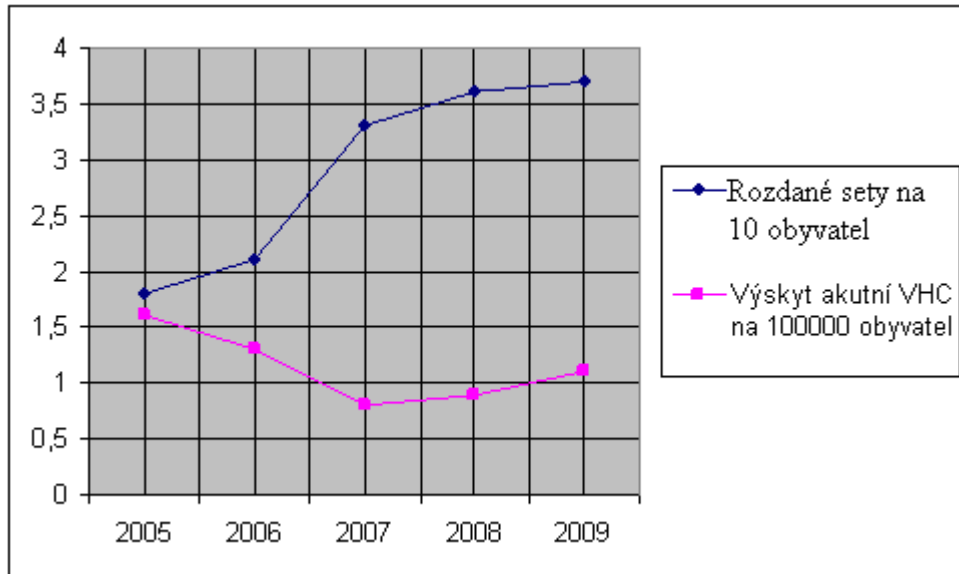


Zdroj: vlastní výzkum

Na tomto grafu vidíme od roku 2007 sestup procentuálního zastoupení narkomanů z celkových počtů nově nakažených ve sledovaných letech. Tento údaj by mohl naznačovat, že existuje určitá hranice pokrytí injekčními sety, kdy program získává účinnost, avšak rozhodně tuto teorii získanými daty nelze potvrdit. Této hranici převyšující 7 setů na 10 obyvatel už totiž bylo dosaženo v roce 2006, přičemž procento injekčních narkomanů v nových případech akutní VHB v následujícím roce dále stoupl.

4.4 Vliv množství distribuovaných injekčních setů na VHC

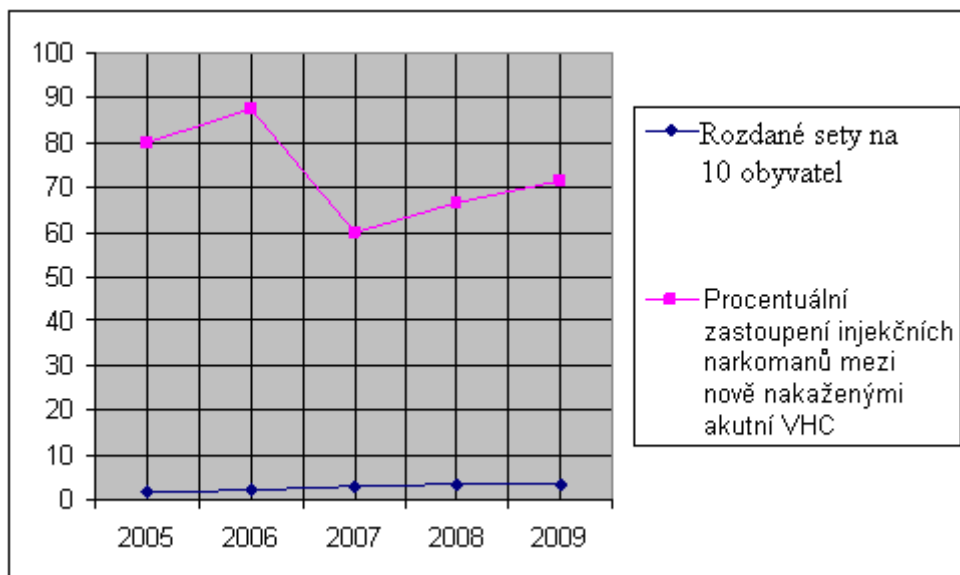
Graf č. 9: Vliv množství injekčních setů na výskyt akutní VHC – Jihočeský kraj



Zdroj: vlastní výzkum

Počátek tohoto grafu sice vypadá pro teorii o závislosti snižování výskytu virových hepatitid B a C na počtu rozdaných injekčních setů ve výměnných programech pozitivně, ale opět k závěru grafu hodnoty výskytu hepatitid stoupají, přestože množství distribuovaných injekčních setů také rostlo.

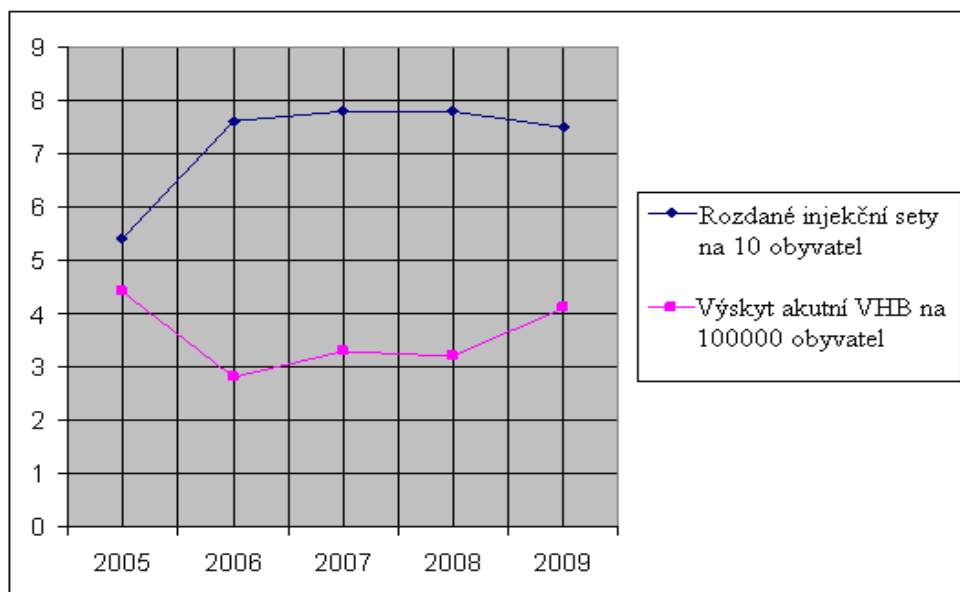
Graf č. 10: Vliv množství injekčních setů na procentuální zastoupení narkomanů mezi novými případy akutní VHC – Jihočeský kraj



Zdroj: vlastní výzkum

Na grafu 10, který zobrazuje vztah mezi počty rozdaných injekčních setů na 10 obyvatel a procentuálním zastoupením injekčních narkomanů mezi nově hlášenými případy akutní VHC v Jihočeském kraji nelze najít žádná spojitost mezi těmito veličinami.

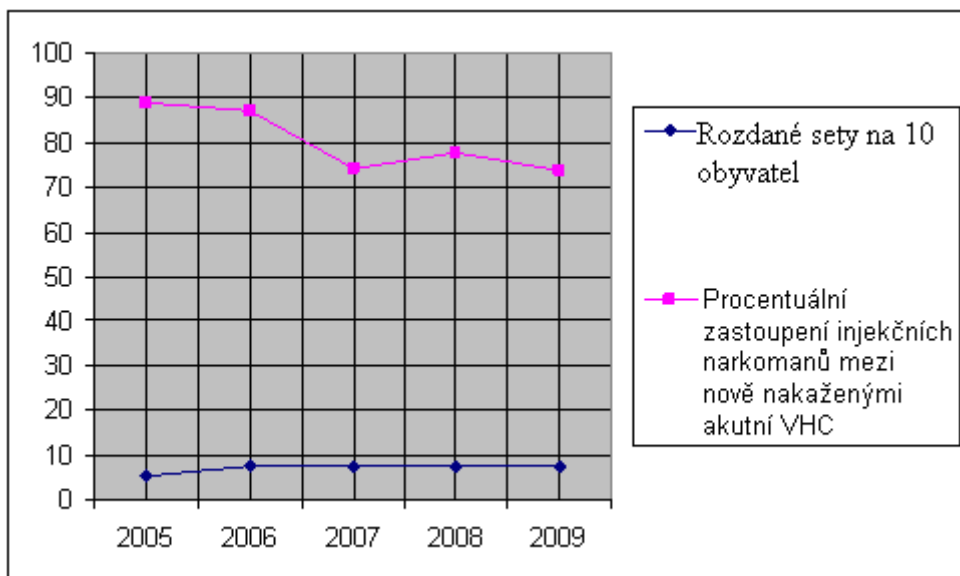
Graf č. 11: Vliv množství injekčních setů na výskyt akutní VHC – Ústecký kraj



Zdroj: vlastní výzkum

S výjimkou roku 2007, kdy byl zaznamenán nárůst výskytu akutní VHB v populaci Ústeckého kraje, je na grafu 11 vidět vzájemně opačný průběh křivek. Takovýto jev byl očekáván pro potvrzení hypotézy o závislosti výskytu VHC na množství rozdaných injekčních setů. Zhodnotíme-li však velikost jednotlivých změn u obou sledovaných parametrů, můžeme pozorovat jejich značný nepoměr. Tedy ani tento graf hypotézu nemůže validně potvrdit.

Graf č. 12: Vliv množství injekčních setů na procentuální zastoupení narkomanů mezi novými případy akutní VHC –Ústecký kraj



Zdroj: vlastní výzkum

Podle dat zobrazených v tomto grafu opět nelze určit přímou závislost procentuálního zastoupení injekčních narkomanů mezi novými případy VHC na množství rozdaných injekčních setů.

5. DISKUZE

Větší část výzkumné části mé práce je věnována ověřování hypotézy č. 1, která říká, že se zvyšujícím se počtem rozdaných injekčních setů klesá incidence VHB a VHC. V rámci ochrany veřejného zdraví by bylo žádoucí, aby byl tento předpoklad skutečností. Mnou zjištěné skutečnosti jsou však v tomto ohledu neuspokojivé. Ani v jediném z výše uvedených grafů se bohužel neukázal zřejmý efekt výměnných programů. Před vypracováním výzkumu jsem očekával, že zatímco křivka znázorňující množství vyměněných injekčních setů poroste, křivka výskytu nových případů virových hepatitid bude klesat. Součástí tohoto předpokladu bylo očekávání, že pokud se tak nestane v případě obou zkoumaných typů hepatitid, u kterých se přenos mezi injekčními narkomany uvádí jako typický, měl by tento jev být přítomen alespoň u virové hepatitidy typu C. Tato infekce totiž nese mezi nemocnými tradičně vysoký podíl injekčních narkomanů. Dalším nástrojem ke zjištění účinnosti výměnných programů bylo ověření snižování zastoupení injekčních narkomanů jako cílové populace této aktivity v celkových počtech nově hlášených virových hepatitidách B a C. K tomuto snižování mezi prvním a posledním sledovaným rokem sice došlo, ale sledované parametry byly natolik kolísavé, že mezi nimi není možné najít žádnou závislost.

Potěšujícím faktem je, že od roku 2005 klesly v obou krajích počty nově hlášených infekcí hepatitidou typu A i B. S výjimkou Jihočeského kraje v případě virové hepatitidy B klesalo i zastoupení injekčních narkomanů mezi nově hlášenými případy u obou typů onemocnění. Zmiňované snížení však nebylo meziroční, ale pouhé porovnání hodnot v intervalu 5 let.

Nicméně z mých dosavadních poznatků o výměnných programech načerpaných mimo tento vlastní výzkum se domnívám, že pokud by tyto programy nebyly zavedeny, byla by situace na poli virových hepatitid B a C a dalších nemocí přenášených krví o poznání závažnější. Zábranský (2003: 60) ve své knize poukazuje na shodu odborné veřejnosti ohledně důsledku nezavedení výměnného programu ve spojených státech amerických. Tímto důsledkem bylo nejméně 4394 až 9666 případů infekce HIV, do roku 1996, jimž se dalo zabránit (Lurie a Druecker, 1997 dle Zábranský, 2003: 60).

Pokládám za pravděpodobné, že existuje určitá hranice pokrytí populace sterilními injekčními sety, při jejímž dosažení výměnný program získává účinnost. Pro nakažení některou z nemocí přenášených krví totiž stačí jednorázový kontakt s infikovaným materiálem. Je proto důležité, aby měl narkoman možnost používat vždy vlastní a sterilní materiál. Pokud se k dotyčnému dostane například 1 sterilní stříkačka s jehlou za týden a frekvence jeho užívání je častější, je velmi pravděpodobné, že dojde k rizikovému chování v ohledu na přenos infekčních chorob. Na existenci takovéto hranice by mohl poukazovat graf č. 7. Na tomto grafu vidíme sestupnou tendenci podílu injekčních narkomanů v celkových nově hlášených případech VHB. Tato sestupná tendence nastala s ročním zpožděním po dosažení hranice pokrytí injekčními sety převyšující 7 kusů na 10 obyvatel. Tato hranice odpovídá dostatečnému pokrytí injekčních narkomanů podle následujícího velmi hrubého propočtu. Pokud vydělíme odhadovaný počet injekčních narkomanů v České republice, počtem jejích obyvatel a vynásobíme toto číslo tisícem, získáme velmi přibližný počet injekčních uživatelů drog z tisíce obyvatel. Toto číslo je za rok 2009 2,7. Pokud budeme počítat s hranicí 700

injekčních setů na 1000 obyvatel (= 7 setů na 10 obyvatel), za 1 rok, zjistíme, že toto množství pokryje denní spotřebu na rok pro 1,9 injekčních uživatel. Jinými slovy je při přesažení hranice 7 vyměněných setů na 10 obyvatel teoreticky pokryta potřeba dvou ze tří injekčních uživatelů užívajících 1x denně. (průměrná frekvence je nižší)

Tento i ostatní uvedené poznatky jsou zjištěny na základě sekundární analýzy dat jediného dostupného materiálu, který potřebná data shrnuje. Pro přesné popsání této problematiky by bylo zapotřebí vypracovat studii založenou na speciálních údajích jejichž zjišťování nikdy nemůže být jednoduché. Jak již bylo v práci uvedeno, sbírání informací z oblasti drogové problematiky zásadně brání fakt, že jde o kriminální prostředí. Každý uživatel je jednak zákonitě napojen na nějakého distributora drogy a není v jeho zájmu, aby o tomto distributorovi kdokoli další věděl. Mimo to narkoman velmi často sám páchá kriminální činnost, aby získal finanční prostředky na pokrytí vlastní drogové potřeby. Z tohoto a dalších mnoha důvodů je přirozenou potřebou drogových uživatelů zachovávat své prostředí co nejvíce skryté, neprobádané a anonymní.

Jistě by bylo by zajímavé vypracovat podobnou, ale více rozsáhlou studii pod vedením specialistů v několika různých zemích. Ta to studie by zahrnovala odborný odhad celkového množství injekčních narkomanů v těchto zemích vypočítaný podle jednotné metodiky. Také počty hlášených případů virových hepatitid by musely být zaměřeny pouze na věkovou skupinu 15-64 let, což je skupina s pravděpodobným výskytem užívání drog a proto je tato skupina doporučována pro mezinárodní srovnávání. V měřítku dvou krajů České republiky jsem totiž u mého výzkumu narazil na velmi nízké hodnoty sledovaných veličin. Proto i jeden

či dva případy onemocnění mohou velmi výrazně změnit výsledné údaje. Dále by byla nutná spolupráce ze strany lékařů a epidemiologů ve věci hlášení údaje o věku nových případů sledovaných onemocnění. Toto kritérium věku by bylo nutné pro použití zmíněné věkově omezené skupiny populace.

Rozhodně mými výsledky týkajícími se vlivu výměnných programů na virové hepatitidy B a C nelze hodnotit jejich celkovou účelnost, či funkčnost. Je nutné uvědomit si, že přenos infikovanou jehlou při aplikaci drog, není jedinou cestou přenosu. Aktivita terénních výměnných programů slouží také k udržení sledovatelnosti trendů na drogové scéně, je spojovacím článkem mezi lidmi, kteří jsou hluboko na dně svého života a institucemi, které jsou jim ochotné a schopné pomoci a dále i samotný injekční materiál stále alespoň částečně chrání injekční uživatele před dalšími zdravotními problémy, které jsou popsány v teoretické části práce.

Z uvedených výsledků vyplývá, že ve sledovaných krajích nemá program výměny injekčního materiálu u narkomanů zásadní vliv na výskyt infekcí VHB a VHC. Zejména u virové hepatitidy typu B bych navrhoval větší zaměření pozornosti na možnost sexuálního přenosu. Toto riziko se mi zdá v rámci primárně preventivní činnosti zastíněno hrozbou infekce virem HIV. Sám jsem se po vystudování gymnázia a základní školy s velkou frekvencí preventivních aktivit v rámci výuky dozvěděl o možnosti nákazy VHB pohlavní cestou až zde, na vysoké škole.

Je otázkou, jakým směrem se budou ubírat výměnné programy injekčního materiálu a protidrogová politika celkově v nadcházejících letech. Dá se však očekávat, že náklady na takovéto nevýdělečné aktivity, které jsou součástí státního rozpočtu budou v kontextu současné ekonomické situace sníženy.

Přestože instituce poskytující výměnné programy injekčního materiálu bývají financovány z několika státních resortů zároveň už v uplynulých letech se z velké části potýkaly s nedostatkem finančních prostředků.

Strategie státních úspor na základě snížení nákladů na činnost těchto organizací by však nemusela přinést požadovaný výsledek. Naopak odborníci poukazují na ekonomickou výhodnost preventivních programů. Náklady na léčbu virových hepatitid jsou velmi nákladné a proto i při poměrně malém počtu osob ochráněných před nákazou tímto onemocněním jsou vynaložené náklady na prevenci výhodnějším řešením.

6. ZÁVĚR

Závěrem mé práce bych chtěl zdůraznit, že i když jsem dospěl k výsledkům, které na první pohled nevypadají příliš přesvědčivě ve prospěch výměnných programů injekčních stříkaček a jehel, neměly by tyto úzce zaměřené výsledky zastínit celý pozitivní přínos zmíněných programů. Pro pochopení skutečného přínosu této aktivity musíme brát v potaz celé spektrum jejích dalších zdravotních a sociálních aspektů, které byly popsány v teoretické části. Tyto výměnné programy jsou podle dostupných informací hojně využívány a zvyšují tak hygienický standard uživatel. I když se předcházení zkoumaných nemocí neprojevovalo na souhrnných údajích, považuji za velmi pravděpodobné, že tyto programy mají na svědomí obrovské množství injekčních aplikací drogy, které by měly při absenci tohoto programu za následek další onemocnění chorobami přenášenými krví.

Četl jsem zajímavou kalkulaci ekonomického hodnocení pražského kontaktního centra o.s. Sananim. V tomto článku bylo uvedeno, že každý den využije poskytovaných služeb okolo osmdesáti osob, přičemž většina provede výměnu injekčního materiálu. Dále je zde uvedeno, že pokud se povede za rok zamezit pouhým 15 nálezům VHC, společnost ušetří za jejich případnou léčbu přesně tolik peněz, kolik činí státní dotace na provoz tohoto kontaktního centra.

Mimo to víme, že programy výměny injekčního materiálu probíhají v nízkoprahových centrech a terénních programech. Jsou tedy součástí (naštěstí ne příliš centralizovaného) systému, který nabízí všestrannou pomoc osobám, které se nachází v nelehké a zoufalé životní situaci. Bez jejich pomoci by se nebyli lidé v naprosté většině schopni z těchto životních situací vymanit.

Možná by ani neviděli, že je ještě nějaká možnost žít jinak. Z vlastního života vím, že komunikace s lidmi, kteří k vám otevření přichází z vlastní vůle, otevírá oči a přináší nové postřehy a pohledy na svět i sebe samotného.

Jak již bylo řečeno, terénní programy jsou spojovacím článkem, mezi přirozeným drogovým prostředím a stabilizací, či léčením drogových uživatelů. V současné době je léčba závislostí na vysoké úrovni a dalo by se říct, že učí drogové uživatele vrátit se do běžného života. Přesto, že společnost vynakládá finance na léčbu těchto osob, což se mnoha lidem nelíbí, je opět důležité podívat se na věc podrobněji. Zjistíme totiž, že léčený uživatel drog stojí stát ročně přibližně jednu třetinu toho, o kolik financí by připravil společnost v případě, že by byl „na ulici“.

Cílem mé práce bylo shromáždit informace o rizicích spojených s užíváním drog, o způsobech, kterým se těmto rizikům předchází a určit vztah mezi počty rozdaných injekčních setů pro narkomany v rámci terciární prevence a incidencí virových hepatitid typu B a C. Ve spojitosti s prvním cílem bylo tím dalším zhodnocení vývoje odběru těchto injekčních setů v uplynulých letech. Myslím, že oba cíle jsem ve své práci dostatečně naplnil.

Na základě výsledků provedeného výzkumu nelze potvrdit hypotézu H 1., že se zvyšujícím se počtem rozdaných injekčních setů klesá incidence VHB a VHC.

Z výsledků výzkumu plyne závěr, že hypotézu H 2, že od roku 2005 stále roste odběr injekčních setů, lze potvrdit na celorepublikové úrovni. Z dvou zkoumaných krajů byla tato hypotéza potvrzena pouze v kraji Jihočeském. V Ústeckém kraji byl v posledním roce zaznamenán mírný pokles odběru injekčních setů, proto v tomto případě hypotéza H 2 potvrdit nelze.

7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BARSKY, Arthur; DEANS, Emily. Jak lépe žít se zdravotními problémy. Praha : Portál, 2007. 189 s. ISBN 978-80-7367-298-0
- BÁRTLOVÁ, Sylva; MATULAY, Stanislav. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. Martin : Osveta, 2009. 141 s. ISBN 978-80-8063-306-6
- ČÁSTKOVÁ, Jitka. *Hepatitidy : žloutenky typu A, B, C, D, E* [online]. Praha : Státní zdravotní ústav, 2006 [cit. 2010-08-03]. Dostupné z WWW: <http://www.hygp Praha.cz/files/hepky_SZU.pdf>.
- DOLEŽAL, Stanislav. *Výkladový a etimologický výkladový slovník pro zdravotně sociální fakulty*. České Budějovice : Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2000
- Drogy-info.cz* [online]. 23.4.2003 [cit. 2010-07-27]. Droga. Dostupné z WWW: <drogy-info.cz>
- GOSSOP, Michael. *Léčba problémů spojených se zneužíváním drog : důkazy o účinnosti*. 1.vydání v jazyce českém. [s.l.] : Úřad vlády Česk republiky, 2009. 104 s. ISBN 978-80-87041-81-9
- HUSA, Petr. Novinky v léčbě chronické hepatitidy B. *Bulletin HPB chirurgie* [online]. 2002, supplement, [cit. 2010-08-04]. Dostupný z WWW: <<http://www.hpb.cz/index.php?pId=02-sup-07>>
- ICMCK : Informační centrum pro mládež Český krumlov [online]. 12.1.2010 [cit. 2010-08-01]. Kdo dokáže pomoci. Dostupné z WWW: <http://www.icmck.cz/index.php3?page=listkat&submenu=17&subindex=1>
- KABELKOVÁ, Maria; VIECHOVÁ, Jana. *Drogový informační systém* [online]. 28.4. 2009 [cit. 2010-08-10]. Infekce u uživatelů drog. Dostupné z WWW: <http://www.drogy.net/clanek/pro-tisk/infekce-u-uzivatele-drogvirove-hepatitidy-u-uzivatele-drog_2009_04_28.html>
- KALINA, Kamil. *Vzdělávání : Systematické vzdělávání pro poskytovatele sociálních služeb v oblasti návykových nemocí* [online]. 2006 [cit. 2010-08-07]. Drogové závislosti- základní kurs. Dostupné z WWW:<http://vzdelavani.sananim.cz/files/studijni%20materialy.doc>.
- Kolektiv autorů sdružení SANANIM. *Drogy : otázky a odpovědi*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2007. 198 s. ISBN 978-80-7367-223-2
- KREKULOVÁ, Laura; ŘEHÁK, Vratislav. *Virové hepatitidy : prevence, diagnostika a léčba virových hepatitid v první linii*. vydání 1. Praha : TRITON, 1998. 59 s. ISBN 80-85875-92-6
- MALÍKOVÁ, Jana. *Www.policie.cz* [online]. 16. června 2010 [cit. 2010-08-04]. Tiskové zprávy. Dostupné z WWW: <<http://www.policie.cz/clanek/stanovisko-mv-a-policie-cr-k-testovani-extaze.aspx>>
- Medicoprevent* [online]. 2010 [cit. 2010-08-03]. Hepatitida typu B. Dostupné z WWW: <<http://www.medicoprevent.cz/?hepatitida-typu-b,18>>
- MINAŘÍK, Jakub. *Drogy.net : drogový informační server* [online]. 18.4.2007 [cit. 2010-07-27]. Ilegální drogy. Dostupné z WWW: <www.drogy.net>.

- MORAES, Francis. *Heroin helper* [online]. 2005 [cit. 2010-08-15]. How to smoke heroin. Dostupné z WWW: <<http://www.heroinhelper.com/user/admin/smoke.shtml>>
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, Světová zdravotnická organizace. *Poziční dokument o drogách, věznicích a harm reduction*. 1.vydání v jazyce českém. Praha : Úřad vlády České republiky, 2006. 48 s. Dostupné z WWW: <http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/monografie/pozicni_dokument_o_drogach_veznicich_a_harm_reduction>. ISBN 80-86734-76-5
- NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost : současné poznatky a perspektivy léčby*. 3. aktualizované vydání. Praha : Portál, 2007. 170 s. ISBN 978-80-7367-267-6
- o.s. Prevent. *Občanské sdružení Prevent* [online]. 2010 [cit. 2010-08-08]. Substituční centrum Prevent. Dostupné z WWW: <<http://os-prevent.cz/jsc/index.html>>
- PÁLENÍČEK, Tomáš; KUBŮ, Pavel; MRAVČÍK, Viktor. *Nové syntetické drogy : Charakteristika a hlavní rizika*. 1.vydání. Praha : Úřad vlády České republiky, 2004. 36 s. ISBN 80-86734-26-9
- ŘÍMAN, Josef, et al. *Malá československá encyklopedie*. vydání 1. Praha : ACADEMIA, 1986
- sekreteriát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 až 2018 : znění předložené na jednání vlády dne 10.5. 2010. In Vláda České republiky. *Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 až 2018* [online]. Praha : [s.n.], 10.5. 2010 [cit. 2010-08-07]. Dostupné z WWW: <<http://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/dokumenty/narodni-strategie/narodni-strategie-protidrogove-politiky-na-obdobi-2010-az-2018-71880/>>
- StreetWork [online]. 17.9.06 [cit. 2010-08-01]. Kdo je streetworker?. Dostupné z WWW: <http://www.streetwork.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=184>
- STUDNÍČKOVÁ, Běla; PETRÁŠOVÁ, Barbora. *Výroční zpráva ČR - 2009 : Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog*. 1. vydání . Praha : Hygienická stanice hl. m. Prahy, 2010. 205 s. Dostupné z WWW: <<http://www.hygp Praha.cz/files/CR%202009.pdf>>. ISBN 978-80-254-6750-3
- Účinnost programů výměny sterilních jehel a stříkacích při snižování rizika nákazy HIV/AIDS mezi injekčními uživateli drog : *Odborné podklady pro činnost*. 1. vydání v jazyce českém. Praha : Úřad vlády České republiky, 2004. 83 s. Dostupné z WWW: <http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/monografie/ucinnost_programu_vymeny_sterilnich_jehel_a_strikacek>. ISBN 80-86734-74-9
- www.drogmem.cz [online]. 2010, c2010 [cit. 2010-08-01]. Mobilní toxikologická laboratoř. Dostupné z WWW: <<http://www.drogmem.cz/sub/projekty/mobilni-toxikologicka-laborator/>>
- www.drogy-info.cz [online]. 23.4.2003, 04.10.2005 [cit. 2010-07-29]. H. Dostupné z WWW: <http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/h/harm_reduction>
- ZÁBRANSKÝ, Tomáš. *Drogová epidemiologie*. 1. vydání. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. 95 s. ISBN 80-244-0709-4

ZELINKA, Tomáš. *Zkušenost ověřená praxí* [online]. 20.5. 2009 [cit. 2010-08-08].
Příprava dávky. Dostupné z WWW: <[http://www.xtp.cz/index.php?text=86-
priprava-davky](http://www.xtp.cz/index.php?text=86-priprava-davky)>.

8. KLÍČOVÁ SLOVA

prevence

drogová závislost

výměnný program

virová hepatitida B

virová hepatitida C

prevention

drug addiction

needle exchange programme

B type hepatitis

C type hepatitis

