

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

**Vnímání zdravotních rizik intravenózní aplikace psychoaktivních látek
ve skupině drogově závislých**

Diplomová práce

Jméno autora: Bc. Michaela Prokšová

Jméno vedoucího práce: MUDr. Dana Dvořáková

24.5.2010

Abstract

The addiction psychoactive substances currently represents a major problem. The number of users of such substances has been increasing. The intravenous application of psychoactive substances is associated with many health risks. Transmission and spreading of infection is associated mainly with frequent sharing and use of needles, syringes and other instruments among the users. In recent years the spreading of hepatitis (particularly VHC) has been reported as one of serious consequences of addiction to psychoactive substances, particularly in case of intravenous application. Protection against the spreading of diseases consist mainly in the prevention.

The objective of the thesis is to verify whether the people addicted to psychoactive substances are aware of risks of transmission and spreading of infectious diseases (particularly VHC) as a result of intravenous application.

The research was conducted on a group of drug addicts intercepted in the network of contact center and on a group of drug addicts in a therapeutic program of a psychiatric facility. I have used the method of inquiry in the form of questionnaires.

In the thesis I set five hypotheses. The first, the third and the fifth hypotheses have been confirmed. The second and the fourth hypotheses have not been confirmed.

The results of the research may be used by facilities providing low-threshold services as a part of secondary and tertiary prevention and harm reduction. It may also serve as source of information for workers dealing with anti-drug issues.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci na téma *Vnímání zdravotních rizik intravenózní aplikace psychoaktivních látek ve skupině drogově závislých* jsem vypracovala samostatně 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 zveřejňováním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě/v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne 21.5.2010

.....

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat MUDr. Daně Dvořákové za vedení diplomové práce. Můj dík též patří všem respondentům, kteří se podíleli na vyplňování dotazníků. A děkuji své rodině za podporu při studiu.

Obsah

Obsah -----	5 -
Úvod -----	7 -
1. Současný stav -----	8 -
1.1 Vymezení základních pojmů -----	8 -
1.2 Základní rozdělení psychoaktivních látek podle účinku na psychiku ----	12 -
1.2.1 Stimulancia-----	12 -
1.2.2 Halucinogeny -----	15 -
1.2.3 Tlumivé látky -----	17 -
1.3 Primární, sekundární a terciární prevence z pohledu bio-psycho-sociálně-spirituální modelu závislosti -----	22 -
1.3.1 Primární prevence -----	22 -
1.3.2 Sekundární prevence -----	23 -
1.3.3 Terciální prevence-----	24 -
1.4 Infekční komplikace spojené s nitrožilním (intravenózním) užíváním ---	25 -
1.4.1 Lokální infekční onemocnění spojené s aplikací drog-----	26 -
1.4.2 Infekce orgánů a orgánových soustav spojené s aplikací drog -----	26 -
1.4.3 Krví přenosné infekční onemocnění spojené s aplikací drog -----	27 -
1.4.3.1 HIV/AIDS-----	28 -
1.4.3.2 Infekční žloutenka typu B (VHB)-----	31 -
1.4.3.3 Infekční žloutenka typu C-----	33 -
1.5 Léčba -----	35 -
1.5.1 Farmakologická léčba-----	36 -
1.5.2 Psychoterapie -----	36 -
1.5.3 Kognitivně-behaviorální terapie -----	37 -
1.5.4 Stávající služby zaměřené na uživatele drog v ČR-----	37 -

2. Cíle práce a hypotézy	- 40 -
2.1 Cíle práce	- 40 -
2.2 Hypotézy	- 40 -
3. Metodika	- 41 -
3.1 Metodika práce	- 41 -
3.1.1 Teoretická část	- 41 -
3.1.2 Praktická část	- 41 -
3.2 Charakteristika souboru	- 42 -
4. Výsledky	- 43 -
5. Diskuze	- 108 -
6. Závěr	- 119 -
7. Klíčová slova	- 121 -
8. Seznam použité literatury	- 122 -
9. Přílohy	- 129 -

Úvod

Jako téma své diplomové práce jsem si vybrala závislost na psychoaktivních látkách, která v současnosti představuje velký problém. Přibývá jejich uživatelů. Drogovou závislost lze charakterizovat jako soubor somatických a psychických změn, které vznikají v souvislosti s opakovaným užíváním drog.

Ve své diplomové práci jsem se zaměřila na zdravotní rizika spojená s nitrožilní aplikací psychoaktivních látek. Šíření a přenos infekcí je spojeno především častým sdílením či opakovaným používáním jehel, stříkaček a dalšího náčiní (lžička, filtry, vata, voda z výměnného programu atd.) mezi uživateli. Onemocnění, která vznikají v souvislosti s užíváním drog, mohou představovat vážnější problém než závislost na psychoaktivních látkách. Může se jednat o neléčitelné choroby (infekce HIV/AIDS). V posledních letech bylo zaznamenáno rozšíření hepatitid (zejm. VHC) jako jeden z vážných důsledků závislosti na psychoaktivních látkách, a to zejména při jejich intravenózní aplikaci. Jejich léčba je velice problematická. Aktivní uživatelé často nedodržují léčebný režim. U abstinujících mohou vedlejší účinky léčby opět vyvolat abúzus.

Ochranou před šířením těchto onemocnění je především prevence. Je velice důležité, aby uživatelé psychoaktivních látek znali rizika přenosu a šíření infekčních onemocnění. Uplatňují se strategie harm reduction, jako programy redukující negativní dopad abúzu.

Rozvíjí se léčba závislostí na psychoaktivních látkách, včetně substitučních programů. V současné době představuje dominantní způsob léčby farmakoterapie.

1. Současný stav

Drogy byly nejprve užívány léčiva, později jako opojné prostředky. Naši předkové přistupovali k opojným vlastnostem drog většinou s úctou a respektem jako k božským silám. Ale i oni těmto silám mnohdy podléhali. **(10)** Během 20. století došlo k neobyčejnému rozmachu užívání léků a drog. **(20)** Nejvyhledávanějšími drogami v Evropě byly stimulanty a uklidňující léky. **(6)**

Drogová závislost představuje celosvětový závažný problém. Z tohoto důvodu jsou příčiny a mechanismy jejího rozvoje již desítky let intenzivně studovány. Klade se důraz na studium biologických (farmakologických) aspektů závislosti, jejichž poznání by mohlo přispět k prevenci a léčbě závislostí na psychoaktivních látkách. **(10)**

1.1 Vymezení základních pojmů

Abstinenční syndrom

Souhrn příznaků, které jsou důsledkem odebrání, resp. nedostatku drogy, na níž je vytvořena závislost. Abstinenční syndrom se může projevovat různými způsoby a různou intenzitou. **(56)**

Rozlišuje se:

- a) **psychický abstinenční syndrom** – projevuje se např. neklidem, podrážděním, úzkostí, skleslostí, útlumem, psychickou labilitou, depresivním laděním aj;
- b) **somatický abstinenční syndrom** – představuje soubor nepříjemných tělesných projevů, např. nutkání ke zvracení, žaludeční křeče, bolesti svalů a kloubů, atd. **(56)**

Abúzus

Nadměrné užívání, zneužívání, nejčastěji nadužívání drog nebo také jejich užívání v nevhodnou dobu (např. v těhotenství, v práci). Tento stav může být jednorázový, málo častý nebo trvalý, pravidelný. Týká se také tabáku, alkoholu, některých léků, kofeinu. **(56)**

Akutní intoxikace

Jde o přechodný stav po aplikaci psychoaktivní látky. Dochází k poruchám na úrovni vědomí, vnímání, poznávání, emotivity či chování. Projevuje se podle druhu psychoaktivní látky. **(21)**

Droga

Pod pojmem droga se často rozumí psychoaktivní látka. Ještě častěji jde o synonymum pro drogy nezákonné. **(52)**

Droga je původní označení pro rostlinný či živočišný materiál určený k léčebnému použití. V současné době také označení jako látka přírodní či syntetická, která má dvě základní vlastnosti:

- a) má vliv na prožívání reality (psychotropní efekt drog – výsledek účinku drog na psychiku člověka spočívající především ve změně reality);
- b) může vyvolat závislost. **(56)**

Flashback („flešbek“)

Čili *zpětný záblesk* – návrat příznaků intoxikace v době abstinence. **(36)** Flashback může nastat i rok či dva po poslední dávce. Nejčastěji k němu dochází po pervitinu, halucinogenech a marihuaně. **(11)**

Harm reduction (HR)

Harm reduction můžeme definovat jako soubor praktických strategií, které redukuje negativní dopady užívání psychoaktivních látek. Zároveň zahrnuje spektrum strategií od bezpečnějšího užívání až po strategie vedoucí k abstinenci. Programy HR se snaží pracovat s klienty „tam, kde právě jsou“. Zaměřují se na okolnosti užívání a na užívání samotné. **(23)**

Infekční onemocnění

Proces, při kterém je porušena rovnováha organismu po té, co mikroorganismy napadnou hostitele a vyvolají místní či celkovou reakci. Mikroorganismy mohou být

patogenní, tzn. že vyvolají infekci (pokud je dostatečná infekční dávka, tj. počet mikroorganismů nutný k vyvolání infekce). Příležitostné (oportunní, fakultativní) infekce se uplatní při oslabení imunitního aparátu, např. při onemocnění AIDS. (9)

Intravenózní (nitrožilní, injekční) užívání/ uživatel psychoaktivních látek

IUD (angl. IDU – Injection Drug User) je zkratka pro injekční uživatele a nebo injekční užívání drog. Nahrazuje termín – nitrožilní uživatel/ užívání drog (IVDU – intravenous drug user). Injekci je možné aplikovat nejen nitrožilně (intravenózně - i.v.), ale také do svalů (intramuskulárně – i.m.) nebo podkožně (subkutánně – s.c.). (8)

Intravenózní aplikace je nejrizikovější. Dochází k narušení integrity organismu a aplikaci látky s nežádoucí příměsí a mikroorganismy do krevního řečiště. Dostatečná dávka choroboplodných zárodků vede k rozvoji místní či celkové infekci. (23)

Návyková látka

Návykové látky jsou *omamné a psychotropní látky uvedené v přílohách zákona č. 167/1998 Sb. o návykových látkách.* (56)

Odvykací stav

Jde o různě závažné a různě kombinované příznaky, k nimž dochází při částečném či úplném vynechání látky po té, co byla látka dlouhodobě nebo opakovaně užívána a nebo byla užívána ve vysokých dávkách. Odvykací stav může být komplikován křečovými záchvaty a nebo deliriem. (21)

Psychoaktivní látka

Psychoaktivní látky jsou takové látky, které mohou měnit psychický stav. Často subjektivně žádoucím způsobem. Důsledkem jejich užívání může být:

a) *akutní intoxikace* – jako přechodná změna psychických a fyziologických funkcí, může mít charakter poruchy;

b) *zneužívání (abúzus)* – psychické nebo somatické změny (resp. Poškození, která vznikají v důsledku dlouhodobého užívání látky);

c) *závislost na užívání psychoaktivní látky* – je onemocněním, které vede k postupnému narušení somatických, psychických a sociálních funkcí. **(53)**

Syndrom drogové závislosti

Syndrom závislosti lze definovat jako soubor psychických (kognitivních, behaviorálních a emočních) a somatických změn, jenž vznikají jako důsledek opakovaného užívání psychoaktivní látky. Závislost je možné chápat jako životní styl, jehož dominantou je zaměření na tuto látku. Projevuje se určitými příznaky, jenž přetrvávají déle než 12 měsíců:

Craving (bažení) - silná potřeba získat a užívat tuto látku.

Neschopnost sebeovládání a kontroly - ve vztahu k jejímu užívání.

Růst tolerance - potřeba stále většího množství látky a nebo častějších dávek.

Abstinenční syndrom - viz výše.

Potřeba drogy je dominantní - omezení všech ostatních zájmů a potřeb.

Potřeba užívání drogy přetrvává, přestože člověk ví o jejím škodlivém vlivu.

(56)

Jednotlivé psychoaktivní látky vyvolávají různé typy závislostí:

- a) **biologická (somatická) závislost** – stav adaptace organismu na příslušnou látku, zároveň je doprovázený zvyšující se tolerancí. Při vysazení látky se projevuje abstinčním syndromem;
- b) **psychická závislost** – obtížně přemožitelná touha vzít si dávku drogy, potřeba užívat opakovaně a s přesvědčením, že když by se tak nestalo, bude se cítit špatně. Návyk užívat drogu vzniká, protože přináší člověku uspokojení. **(53)**

Stav drogové závislosti je již několik let řazen mezi chronická onemocnění centrálního nervového systému. Některé závislosti mají přesná označení v Mezinárodní klasifikaci nemocí (např. závislost na nikotinu má označení MKN-10, F 17.2). Drogové závislosti jsou tedy posuzovány jako onemocnění, která je možné diagnostikovat, léčit a kterým je možno předcházet. **(10)**

Drogová závislost je spojena s negativními důsledky pro postiženého jedince či společnost. Na doporučení WHO nahrazuje tento termín dřívější pojmy narkomanie, toxikomanie. **(56)**

Škodlivé užívání

Je to vzorec užívání poškozující zdraví. Poškození může být tělesné nebo duševní. Tato diagnóza vyžaduje, aby užívání mělo za následek aktuální poškození tělesného či duševního zdraví uživatele. Škodlivé užívání je okolím často kritizováno a vyvolává nepříznivé sociální důsledky (např. zatčení, manželské spory). **(21)**

Tolerance

Tolerance je stav, kdy si tělo zvykne na drogu natolik, že uživatel musí brát k dosažení stejného účinku stále větší dávky. **(11)**

1.2 Základní rozdělení psychoaktivních látek podle účinku na psychiku

1.2.1 Stimulancia

Stimulancia (budivé látky, popř. psychomotorické stimulanty) jsou chemicky různorodá skupina látek, vyvolávající duševní i tělesné povzbuzení. Při užití dochází k různé míře stimulace organismu od pocitů svěžesti až po nekontrolovatelné vzrušení. Mají velký stimulační účinek na centrální nervový systém. **(29)**

Legální stimulancia

1/ Nikotin

Všechny tabákové výrobky mohou být smrtící a návykové. Jejich užívání přináší zbytečné riziko nemoci, oslabení a smrti. Začne-li se s kouřením v mladším věku, zvyšuje se riziko úmrtí na nemoci, jejichž příčina souvisí s kouřením. A zkracuje se tak očekávaná délka života. **(52)**

Tabák obsahuje mnoho škodlivin. Z výzkumu vyplývá, že každý druhý kuřák umírá na následky kouření. Návykovou látkou, jenž je v tabáku obsažena je nikotin. **(33)**

Nikotin je silně toxická, bezbarvá látka. Jde o rostlinný alkaloid. Užívání nikotinu jako psychotropní látky je vázáno na tabák, resp. jeho kouření. Jiné aplikační formy (speciální žvýkáci tabák či šňupání) u nás nejsou příliš rozšířené. Smrtelná dávka se pohybuje kolem 80 mg. V jedné cigaretě jsou 2 mg nikotinu. Většina se spálí a do těla se dostane jen malé množství. Kouř, který kuřáci vdechují do plic, obsahuje obrovské množství různých chemických sloučenin ve formě plynů a tuhých částí. Tuhé částice obsahují nikotin, dehet a benzen. Plynná část obsahuje oxid uhelnatý, formaldehyd a čpavek. Z chemikálií obsažených v tabákovém kouři bylo doposud rozpoznáno asi 60 látek - známé nebo předpokládané karcinogeny (látky, které jsou schopné vyvolat některý druh rakoviny). Nikotin (resp. tabák) vyvolává velmi silnou – psychosociální – závislost, související se stylem užívání a zvyklostmi uživatelů. Při dlouhodobém užívání vzniká na nikotin i fyzická závislost. **(29)**

2/ Kofein

Kofein je stimulantem centrální nervové soustavy. Povzbuzuje srdeční činnost, uvolňuje dýchací svaly a je diuretikem. Je návykový. **(35)**

Nelegální stimulancia

1/ Amfetamin

Hlavním důvodem užívání amfetaminů je potřeba cítit se svěží a připravený vyrazit. Užitím se oddalují na dlouhé hodiny pocity ospalosti a hladu. Zrychluje se tep, dech, zrychlí se i nervový systém. Uživatel se tak stává velmi vnímavý, je plný energie. **(11)**

Po odeznění účinku je uživatel unavený, hladový a v depresi. Nálada se pohybuje od veselosti k úzkostlivosti, může se objevit pocit pronásledování (to může přerůst v závažné duševní onemocnění). Dlouhodobým užíváním dochází k poškození cévního systému či snížení imunity. **(11)**

2/ Pervitin (metamfetamin)

Chemicky je to metamfetamin, v účincích se velice podobá kokainu, proto v USA získal název „kokain chudých.“ (11)

Nejčastěji se prodává jako světlý prášek. Droga se přijímá šňupáním (sniffing), nitrožilně, někdy se kouří. **Intoxikace** se projevuje vzrušením, rozšířenými zornicemi (mydriáza), pocením, nadměrnou a bezúčelnou aktivitou (často stereotypní činnosti), hovorností, zvýšenou potřebou kouřit. Intoxikaci může doprovázet pocit pronásledování. Mezi další projevy užívání patří výrazné hubnutí. (36)

Po užití přichází euforie, snižuje se únava. Zrychluje psychomotorické tempo, krevní tlak, tep i dech. Pocit únavy ustupuje a organismus pracuje až do vyčerpání. Zlepšuje empatii a odstraňuje zábrany. Při intoxikaci chybí potřeba spánku. Doba účinku jedné dávky je v rozmezí 8-10 hodin. Po odeznění účinku přichází deprese, pocity vyčerpání a celková skleslost. (29) Uživatel je podrážděný, nesoustředěný, unavený (prospí i několik dní). (36)

Rizikem je rychle vyvolaná závislost. Dostavují se pocity pronásledování, intoxikovaný vnímá neexistující osoby. Dochází k častějším úrazům, agresí vůči druhým. Při dlouhodobém užívání hrozí např. poškození srdce, jater, riziko otrav - předávkování. Pervitin vyvolává náhlý prudký vzestup krevního tlaku, může tak způsobit mozkovou mrtvici nebo selhání srdce. Příměsi, které se do drogy dostávají při její výrobě (např. fosfor, či jód), zvyšují její toxicitu. (11)

3/ Kokain

Látka je získávána z jihoamerické rostliny koka, či připravovaná synteticky. (33) Jde o bílý prášek, který znečitlivuje sliznice. Typické je šňupání. Injekčně se téměř neaplikuje. Účinek přetrvává 30-90 minut. **Intoxikace** se tělesně projevuje vzestupem krevního tlaku, mydriázou, zrychlením tepu, nevolností a pocením. První užití je většinou spíše nepříjemné (třes rukou, mrazení, bledost, srdeční slabost). Opakované užívání se projevuje eufórií. Uživatel je veselý a touží po pohybu a zvýšeném výkonu. Halucinace mají příjemný charakter. Na pohled je kokainista plný energie, hovorný,

hyperaktivní. Mizí zábrany. Kokain je silné anorektikum (snižuje se chuť k jídlu). Závislost i tolerance vznikají poměrně rychle. (29)

Mezi některá **rizika** patří spánek ve dne, bdění v noci, záchvaty vzteku, sklon k násilí, ztráta váhy, záchvaty křečí, pocity pronásledování, problémy s pamětí, toxické psychózy, rychlý rozvoj závislosti, deprese a sebevražedné pokusy. K smrti často dochází srdečním nebo dechovým selháním. (33)

4/ Crack

Crack je forma kokainu určená ke kouření (většinou z vodní dýmky). V polovině 80. let 20. st. se stal nesmírně populární a to z důvodů levné výroby a levné nákupní ceny. **Účinky** se dostavují velice rychle - cca do 10 vteřin. Uživatelé prožívají nával euforie. Crack účinkuje ale jen 10 minut (tak dlouho hoří). **Rizika** - kouření cracku zvyšuje srdeční tep a krevní tlak. Může způsobit agresivní a paranoidní chování. Uživatelé mohou také prožívat pocity neklidu, podrážděnosti a úzkosti. Crack je vysoce návykový. (34)

1.2.2 Halucinogeny

1/ Konopné drogy

„Kanabis“ je termín pro všechny drogy vyrobené z indického konopí – včetně marihuany a hašiše. Tato psychoaktivní látka se řadí mezi halucinogeny – tedy látky, které narušují způsob, jakým mysl jedince vnímá okolní svět. Chemická látka v kanabisu, která toto narušené vnímání vytváří, se nazývá THC (delta-9-tetrahydrocannabinol). Množství THC obsažené v jednotlivých dávkách marihuany se liší. Obecně lze říct, že v poslední době se množství THC v pěstovaných rostlinách zvýšilo. (38)

Marihuana je zelená rostlina s listy podobnými tabáku. Má specifický zápach. (36) Obvykle jde o usušené květenství rostlin. (13) Nejčastěji se ručně balí do cigaretových papírků. (33) **Hašiš** je nejčastěji tmavohnědá pryskyřice ve formě hrudek. (36) Marihuana obvykle obsahuje podle druhu a kvality kolem 10mg THC. Drogy z konopí jsou z těla vylučovány jen velmi pomalu, protože mají tendenci ukládat

se v tukové tkáni. Lze prokázat 40-50% THC v buněčných membránách po 4-8 dnech a 1% dokonce ještě po 48-138 dnech (a to jen po vykouření jedné cigarety). (33)

Projevy intoxikace jsou zarudlé oči, poruchy rovnováhy, hlasitá mluva, bezdůvodný a nepřiměřený smích, zvýšená chuť k jídlu, typický pach po spálené trávě, později zhoršení hlavně krátkodobé paměti. (36)

Mezi rizika při dlouhodobějším přijímání látky patří kolísání nálad, zhorší se schopnost soustředění. U mužů může docházet k neplodnosti. Dalšími příznaky a důsledky užívání jsou neobratnost, podrážděnost, neochota přebírat zodpovědnost. Dále se objevují chronické záněty spojivek, dýchacích cest a hltanu. Z duševního pohledu dochází k povahové změnám a hrozí větší riziko duševních nemocí. Oslabuje také imunitní systém. Zvyšuje se riziko plicních onemocnění včetně tuberkulózy. Drogy z konopí zvyšují tepovou frekvenci a mohou ohrozit lidi s různým srdečním onemocněním. (11)

2/ Halucinogeny

Halucinogeny (psychedelika, delirogeny, fantastika) zahrnují široké spektrum přírodních a syntetických látek, které mění vnímání okolí od pouhého zostření až po halucinace. Při užívání halucinogenů je důležitý aktuální duševní stav (set) a okolnosti, za kterých uživatel vnímá osoby a místo kolem (setting). Intoxikace proběhne příznivě, pokud jsou set i setting dobré. A naopak – pokud jsou okolnosti nepříznivé, není příznivá ani intoxikace. Nepříznivý zážitek se nazývá „bad trip“. Užití halucinogenů může vést až k trvalému duševnímu poškození. (29)

LSD (*Dietylamid kyseliny lysergové*)

Jedna z neúčinnějších látek. Působí již v nepatrných dávkách (halucinace, trvající až 12 hodin, vyvolává u dospělého muže množství kolem 50 mg). (33)

V naší společnosti se nejčastěji objevuje v podobě malých čtvercových papírků s různými barevnými obrázky. (36) Jsou napuštěné drogou a se vkládají se do úst (tripy). (33) **Účinky** se dostavují po půlhodině nebo hodině. Mají dlouhodobé trvání a to

šest i více hodin. **(13) Intoxikace se projevuje** zrudnutím v obličeji, zvýšenou potřebou kouřit, nesmyslné chování, po odeznění účinků mohou nastoupit duševní potíže. **(36)**

Na LSD závislost vzniká jen zřídkakdy. Nehrozí, že by docházelo k opakovanému užívání v krátkodobých intervalech. Ale existují zde jiná nebezpečí. **(20) Rizika** - LSD je nebezpečné duševnímu zdraví. Člověk pod vlivem drogy se může stát nebezpečným sobě i druhým. Může se dostavit flashback. **(33)**

Lysohlávky (Psilocybin)

Pojídají se přímo čerstvě utržené, sušené v medu a nebo se kouří (společně v cigaretě s marihuanou). Pije se z nich odvar. (pešek) První **příznaky intoxikace** se dostavují po 10 – 45 minutách. Zpočátku jde spíše o nepříjemné pocity. V lepším případě nastává euforie, v horším deprese a podrážděnost. Prohloubení intoxikace přináší zrakové halucinace. **Rizikem** je psychotický stav, který je spojený s deperonalizací, postupně se ztrácejí časoprostorové souvislosti. Nejsou výjimečné trvalé psychické následky ani sebevražedné pokusy. **(29)**

3/ Ecstasy (MDMA)

Pro svůj účinek je extáze řazena mezi stimulantia a halucinogeny. Někdy se označuje jako empatogen (její uživatelé prožívají pocity pochopení, sounáležitosti či přátelství). **(29)** Nejčastěji se prodává a užívá ve formě tablet. Mezi **projevy intoxikace** patří nespavost, podrážděnost, neklid, někdy i pocity pronásledování nebo halucinace. **(33)**

Vzniká psychická závislost. Objevují se **rizika** psychických poruch (např. deprese), zhoršení paměti. Vysoké riziko přehřátí organismu, tepelný šok a dehydratační kolaps při zvýšené aktivitě (tanec). **(36)**

1.2.3 Tlumivé látky

Legální tlumivé látky

1/ Alkohol

Alkohol (etanol, etylalkohol, C₂H₅OH) je sloučenina získaná kvašením cukru. **(29)** V celosvětovém měřítku je alkohol jednou z nejstarších a nejrozšířenějších drog.

Česká společnost je tradičně velmi tolerantní nejen k pravidelnému pití alkoholických nápojů, ale také vůči excesivnímu pití. **(52)**

Psychoaktivní účinky alkoholu závisí zejména na množství, formě a způsobu užití alkoholického nápoje. Na výsledném efektu, tj. projevech chování, se podílejí vlivy biologické (zdravotní stav, kondice, osob dispozice), vlivy psychologické (očekávaný efekt) a vlivy sociální (působení prostředí, ve kterém dochází k pití, včetně působení společnosti a dalších osob). **(21)**

Alkohol působí na centrální nervový systém, který tlumí (navzdory tomu, že díky uvolnění po užití, je alkohol považován za životabudič). Oslabuje vnímání bolesti, vysoké koncentrace alkoholu tlumí centra pro krevní oběh a dýchání a to může být smrtelné. Obzvláště nebezpečná je kombinace s jinými tlumivými látkami. **(29)**

Při užívání ve velkých dávkách a v delších časových obdobích způsobuje alkohol poškození všech tělesných systémů – kardiovaskulárního (vysoký krevní tlak), zažívacího (zánět a vředová choroba trávicího traktu), jaterního (cirhóza), pohybového (dna), nervového (periferní neuropatie) a duševního (alkoholová závislost, demence, deprese, úzkostné poruchy). **(3)**

Abstinenční alkoholový syndrom má dvě závažné komplikace - alkoholové abstinenční epileptické záchvaty a delirium tremens. Oba mohou být smrtelné. **(3)** Delirium tremens (alkoholové delirium) je doprovázené výrazným třesem. Přítomny bývají děsivé a velmi živé halucinace (bílé myšky, nejčastěji odporný hmyz apod.). **(56)**

2/ Léky

Léky tvoří širokou skupinu látek. Závislost může vyvolat mnoho preparátů, které ovlivňují centrální nervový systém. **(29)**

Benzodiazepiny

V medicíně se jedná o nejpoužívanější psychofarmaka. K jejich účinku patří např. účinek sedativní, hypnotický, antiepileptický, protikřečový. Bývají často zneužívána jak užívateli drog, tak i běžnou populací. Nebezpečná je kombinace

s alkoholem. Závislost vzniká plíživě, má psychickou i fyzickou složku. (29) Riziko předávkování s bezvědomím a následným úmrtím. (36)

Barbituráty

Jsou to léky se sedativním, hypnotickým, antiepileptickým a protikřečovým účinkem. Dnes se relativně málo používají. Jsou nebezpečnější než skupiny benzodiazepinů, zvláště při předávkování, které bývá častěji smrtelné. Vznik závislosti je také plíživý a celkem snadný. (29)

Antidepresiva

Léky, které zlepšují patologicky změněnou náladu. Jsou hojně užívány (depresivní epizodu zažilo ve svém životě asi 5-10% lidí). Závislost vzniká velmi zřídka, protože účinek nastupuje až po několika dnech či týdnech. (29)

Antipsychotika

Léky užívané při léčbě psychotických poruch, které patří mezi nejtěžší duševní onemocnění. Zneužívání této skupiny je méně časté. (29)

3/ Organická rozpouštědla (těkavé látky)

Škodlivě se užívají vdechováním. Mohou to být roztoky těkavých látek, dále se mohou zneužívat některá lepidla. (33) Typický zástupce je toluen. (29)

Intoxikace se projevuje zápachem po chemikáliích z dechu i z oděvu. Člověk zneužívající těkavé látky obvykle působí neduživě, bývá pobledlý a je mu špatně. Je jakoby „duchem nepřítomný“. Má zarudlé oči, rozšířené zornice a nepřítomný pohled. Výslovnost je nezřetelná. (33)

Rizika: jsou zřejmě nejnebezpečnější skupinou látek. Snadno dochází k předávkování. Jejich užívání vede k poškození mozku a s tím souvisejícím úbytkem rozumových schopností. Těkavé látky rozpouštějí látky tukové povahy, to znamená, že poškozují molekuly bílkovin. Pravidelní uživatelé mají vážně poškozeny některé

vnitřní orgány (mozek, játra, ledviny, kostní dřeň). **(29)** Uživatelé mají zhoršené jaterní testy, dále vyrážku kolem úst a nosu. **(11)**

Nelegální tlumivé látky

Opioidy – opiáty

Tyto látky jsou odvozeny od opia – zaschlé šťávy nezralých makovic. Pojmeme opiáty se označují látky, které se svou chemickou strukturou podobají morfinu (morfin je hlavním alkaloidem opia). **Intoxikace:** opioidy mají tlumivý účinek na CNS. Ovlivňují také tělesné funkce. Dochází k útlumu hladkého svalstva (zácpa, retence moči). Snižují zájem o sexuální aktivity. Způsobují depresi dýchacího centra a zároveň tlumí kašlací reflex. To může při zvracení vést ke vdechnutí žaludečního obsahu či k těžkému zápalu plic. Opiáty jsou velice návykové, vzniklá závislost je jak psychická, tak i fyzická. **(29)**

Zřejmě nejvýznamnějším **rizikem** je předávkování, ke kterému může dojít již při prvním užití. Vzhledem ke kolísající kvalitě drogy, jsou předávkováním ohroženi i zkušenější uživatelé. **(29)**

Braun

Pokoutně vyráběná látka nejčastěji z kodeinu. Aplikace nitrožilně a užívání poměrně rychle vyvolává závislost. V posledních letech bylo zaznamenáno jisté zatlačení do pozadí v tuzemsku vyráběného „braunu“ importovaným heroinem. **(33)**

Heroin

Heroin se užívá různými způsoby, tj. kouřením, šňupáním, polykáním i nitrožilním užíváním. **Intoxikace** se projevuje vyvoláním euforie, ta ale není spojena s povzbuzením a aktivitou. Má spíše tlumivý charakter.. **(13)** Heroin se také inhaluje z aluminiové fólie. **(29)**

Rizika: je 2,5x silnější než morfin. Původně se připravoval jako nenávyková náhražka morfinu. Heroin je jednou z nejnebezpečnějších návykových látek vůbec. Může vyvolat ve velmi krátké době duševní i tělesnou závislost. **(33)**

Kodein

Patří mezi skupinu opioidů. V lékařství se nejčastěji používá jako lék proti kašli, na psychiku člověka působí slaběji než morfin nebo heroin. Kodein většinou slouží jako surovina k výrobě dalších drog. **(33)**

Metadon

Roztok určený k orálnímu podání, používá se při substituční léčbě. Je dostupný pouze ve specializovaných substitučních centrech. Není k dispozici na lékařský předpis. K jeho zneužívání dochází málokdy. **(29)** Účinek nastupuje pomalu, vyvolává minimální euforii . **(23)**

Opium

Je získáváno z makovic, obsahuje vedle dalších látek asi 10% morfinu a kodein. **(33)** Dá se kouřit, nejčastěji se aplikuje injekčně. V místě vpichu vyvolává silné reakce a může dojít ke vzniku abscesům (dutinám vyplněným hnisem). **(29)**

Subutex

Účinnou látkou je buprenorfin, jehož účinky jsou podobné opioidům. Nejedná se jen o lék, ale také o látku, která při užívání vede k závislosti. Dobře se vstřebává z dutiny ústní, a proto se nechává tableta rozpustit pod jazykem. Při polknutí je v trávicím traktu vlivem enzymů měněn na neúčinné metabolity. Protože se jedná o lék, neobsahuje škodlivé příměsi, které se běžně vyskytují v ilegálně vyráběných drogách. Je pouze na lékařský předpis a užívá se k substituční léčbě. Při nitrožilní aplikaci může dojít k vážnému poškození. **(29)**

1.3 Primární, sekundární a terciární prevence z pohledu bio-psycho-sociálně-spirituální modelu závislosti

1.3.1 Primární prevence

Cílem primární prevence je odradit od prvního užití drogy nebo alespoň co nejdéle odložit první kontakt s drogou. **(21)** Specifický cíl je předcházení užívání mezi rizikovou populací. Programově má primární prevence podporovat zrání jedince, aby co nejbezpečněji prošel cestu nalezení vlastní identity. Má rozvíjet dílčí předpoklady bio-psycho-sociálně-spirituální komplexity člověka. Působit na celou společnost diferencovaně, se zaměřením na cílové skupiny. **(23)**

Cílovou skupinou primární prevence je ta část populace, která drogy dosud neužívá. **(41)**

Biologické předpoklady

Biologický předpoklad zahrnuje například přiměřený zájem o své tělo, starost o výživu, fyzické zdraví, pohyb, prevence úrazů atd. Stává se, že psychoaktivní látky jsou zpočátku užívány jako analgetika pro chronickou či špatně léčenou bolest. Nerozpoznané poruchy příjmu potravy, např. obezita, se „léčí“ pomocí amfetaminů. **(23)**

Psychologické předpoklady

Mezi nejčastější faktory stojící na počátku abúzu jsou prožitky nudy, nízké sebevědomí a nesamostatnost. **(42)** Jedinec, pokud není svou rodinou veden k samostatnosti, si tak samostatnost prosazuje v oblastech, kam rodiče nemohou proniknout – ve změněných stavech vědomí. Primární prevencí je tady učení se intimitě ve vztazích, sdílení hodnot s druhými, otevřené komunikaci. Učení se asertivitě, hranicím, tvorbě vlastních programů a organizace volného času. **(23)**

Sociální předpoklady

Nejčastější rizikové faktory abúzu drog jsou v této oblasti pocity vyčlenění z komunity lidí, rasová odlišnost, touha identifikovat se se silnější skupinou. Primární

prevencí je péče o minority. Rozvoj dobrovolnosti a dobročinnosti, soucítění s druhými.
(23) Podpora sociální integrity a rodinných hodnot. (42)

Spirituální předpoklady

Rizikovým faktorem abúzu bývá absence smyslu života, duchovní autority a duchovních hodnot. Nevyvážené zaměření k materiálním ziskům. Iluzivní štěstí v dopřávaném maximu požitků. Nerozvíjení pokory. Absence přechodových rituálů.
(23)

1.3.2 Sekundární prevence

Sekundární prevence spočívá v předcházení vzniku, rozvoji a přetrvávání závislosti u osob, které jsou už užíváním drogy zasaženi nebo se stali na ní staly závislími. Obvykle bývá používána jako souhrnný název pro včasnou intervenci, poradenství a léčení. **(21)**

Léčba se člení na léčbu směřující k abstinenci, výjimečně na léčbu vedoucí ke kontrolovanému užívání a v posledním směru na léčbu s udržovací substitucí, zde je podávána substituční látka v terapeutickém záměru (například u opiátové substituce buprenorfinem či metadonem). Při tomto typu léčby není vždy cílem abstinence. Léčebné působení se nezaměřuje pouze na jedince, ale také směřuje na jeho rodinu. Využívá i nemedicínské přístupy jako jsou resocializace, reedukace, atd. **(23)**

Cílovou skupinou sekundární prevence je část populace, která drogy již užívá.
(41)

Biologické předpoklady

Do této oblasti patří léčba medicínsky ovlivnitelných nemocí, které:

1. *otevřely cestu k abúzu*, jako to vidíme u abúzu stimulancí při léčeném bronchiálním astmatu;
2. *dále udržují abúzus*, jak tomu bývá při opakujících se relapsech pro somatické komplikace odvykacích stavů, fyzické následky abúzu psychoaktivních látek – od dermatitid pervitinistů, až po problémy narušené imunity a vážné důsledky poruchy zdraví jako následku virových hepatitid nebo HIV pozitivitu. **(23)**

Psychologické předpoklady

Obvykle sestavujeme kompletní anamnézu jedince. Mapují se souvislosti mezi psychologickými problémy klienta a rozvojem abúzu. Psychodiagnostika slouží k identifikaci následných psychických změn, tj. poruch osobnosti, panických poruch, depresivní symptomatiky atd., které se projevují poruchami vnímání a bludnými myšlenkami a interpretacemi. Pracuje se na tzv. náhledu těchto souvislostí a na získávání odpovědnosti jedince za své chování. Jednotlivé psychoterapeutické techniky tím zapojuje do systému skupinové psychoterapie a terapeutické komunity. **(23)**

Sociální předpoklady

Sociální předpoklady v léčbě představuje sociální práce. Podporuje se sociální neintegrace – hledání zaměstnání, bydlení či splácení dluhů. **(41)** Součástí léčby je resocializace, která představuje jedno z výrazných měřítek efektu léčby. **(23)**

Spirituální předpoklady

Spirituální předpoklady jsou zahrnuty v léčebných systémech, které jsou například zahrnuty na filozofii „Anonymních alkoholiků“. Jsou to programy, které se zaměřují na aspekty životního stylu, na aspekty víry v Boha, lidské sounáležitosti, soucítění a pokory. Terapeuticky se využívají meditační techniky, holotropní dýchání či jógická cvičení. **(23)** Jde o znovunalezení smyslu života. Během procesu uzdravování je považováno za vysoce podpůrné. **(42)**

1.3.3 Terciální prevence

Pod pojmem terciální prevence rozumíme předcházení vážnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození z užívání drog. Řadí se sem sociální rehabilitace, doléčování, podpora v abstinenci a v prevenci zdravotních rizik u neabstinujících klientů. **(21)**

Biologické předpoklady

Biologické předpoklady spočívají v elementární péči o zdraví uživatelů drog. Zejména jde o předcházení vážným přenosným onemocněním díky programům výměny jehel a stříkaček a díky poskytování informací o možných komplikacích ve formě flebitid a trombóz žil, abscesů, včetně léčby. Zprostředkovává se zdravotnická pomoc. Významný je také zájem o bezpečný sexuální život těchto jedinců. **(23)**

Psychologické předpoklady

Psychologickou pomocí je komplex doléčovacích aktivit, edukace rodiny, prevence relapsu. **(23)** Individuální, skupinové a rodinné poradenství, motivační trénink. **(41)**

Sociální předpoklady

Terciární prevence využívá především přístupů u úrovně sociální. K sociální práci patří pomoc při hledání bydlení, zaměstnání, kontakt s úřady. Také zprostředkování chráněného bydlení a chráněné pracovní aktivity. **(23)**

Spirituální předpoklady

Do této oblasti spadá podpora hledání smyslu života. Dále zvláštní úloha pomoci nemocným s terminálním stádiem nemoci AIDS a umírajícím. **(42)** V tomto aspektu se propojuje dimenze spirituální, jejíž se snaží nalézt smíření se smrtí, s psychologickou pomocí. **(23)**

1.4 Infekční komplikace spojené s nitrožilním (intravenózním) užíváním

Vzhledem ke způsobu života, resp. životnímu stylu, a hlavně rizikové aplikaci drog jsou lidé závislí na psychoaktivních látkách nuceni vyhledat lékařskou pomoc častěji než jejich vrstevníci. S touto skupinou lidí se setkává zdravotnický personál ve všech lékařských oborech. Ale infekční nemoci jsou jejich největším zdravotním problémem. Lidí závislých na psychoaktivních látkách se týká celé spektrum infekčních nemocí – virových, bakteriálních, parazitárních i mykotických. Nejčastěji se řeší infekce

související s nitrožilní (intravenózní) aplikací návykových látek, nízkým hygienickým standardem a promiskuitním sexuálním životem. (58)

1.4.1 Lokální infekční onemocnění spojené s aplikací drog

Intravenózní aplikaci přiznává 70 až 80 % uživatelů drog. Při tomto způsobu užití hrozí kromě použití společných potřeb k aplikaci ještě riziko opakovaných nesterilních vstupů s opakovaným zanesením mikroorganismů do krevního řečiště. To zvyšuje pravděpodobnost uchycení mikroorganismů na výstelce cév a nebo vytvoření infekčního ložiska. (58)

V místě aplikace vzniká často *zánět*. Obvykle jde o kožní infekce a infekce měkkých tkání. Pro povrchové záněty jsou typické zarudnutí, otok a hnis. Horečka a schvácenost bývají přítomny jen zřídka. (23)

Absces – dutina vyplněná hnisem, která vzniká zkapalněním postižené tkáně. Pokud je uložen povrchově, bývá viditelný jako vyklenutí kůže. Místo postižení může být horké, zarudlé a pohmatově jako tekutinou vyplněné. (23)

Flegmona – není ohraničená, šíří se do okolí. Na povrchu kůže vypadá jako jazykově se šířící bolestivé zarudnutí. Při rozvinuté infekci dochází k celkovým komplikacím. Může ohrozit na životě, proto je nutná amputace postižené končetiny. (23)

Erysipel (růže) – akutně probíhající infekce kůže s celkovými příznaky. Zánět se šíří jazykově s přesným ohraničením. Často recidivuje na stejném místě. (58)

Poleptání plic – charakteristické při inhalaci organických rozpouštědel. (23)

1.4.2 Infekce orgánů a orgánových soustav spojené s aplikací drog

Jako komplikace kožních bakteriálních infekcí a nitrožilního užívání vznikají těžké bakteriální infekce, které probíhají až pod obrazem sepse (celková infekce s těžkými příznaky). Ty mohou během krátké doby ohrozit na životě. (58)

Kardiovaskulární soustava

Injekční užívání psychoaktivních látek vede k **poškození cévního systému**. Opakovaně probíhající záněty vedou ke ztlustění cévních stěn a zúžení cévy. Aplikace do cév dolních končetin může vést k **zánětu hlubokých žil dolních končetin**. Dochází

k zamezení odtoku krve z postižené končetiny a jejímu odúmrťí. Při utržení krevní sraženiny může dojít k masivní plicní embolii a srdečnímu selhání. Noha postižená zánětem hlubokého systému má větší objem (otok), ve srovnání s druhou končetinou, a namodralou barvu. Zánět je doprovázen tupou bolestí v lýtku a chodidle. Onemocnění je indikací k okamžité aplikaci. **(23)**

Méně častou komplikací kardiovaskulární soustavy je **bakteriální endokarditida**. Je vyvolána bakteriemi, které se zachytí na endokardu **(23)** (blána pokrývající vnitřek srdeční dutiny, nitroblána srdeční) **(46)** při proudění krve. Stav je doprovázen celkovou septickou reakcí. **(23)**

Infarkty myokardu postihují uživatele stimulancí. Mohou se rozvinout náhle. **Arytmie** vznikají především při abúzu stimulancí. Může také dojít k selhání srdce jako pumpy. **(23)**

Dýchací soustava

Rozsáhlé akutní či chronické **poškození plic** (nebo zástava dýchání) vede k nedostatku kyslíku, a tím i k poškození mnoha orgánů (nejcitlivější je nervová tkáň), příp. k úmrťí. **(23)**

1.4.3 Krví přenosné infekční onemocnění spojené s aplikací drog

Rizika při poranění odhozenými jehlami

Riziko infekce viry HIV a hepatitid po poranění kontaminovanou jehlou opravdu existuje. Pravděpodobnost přenosu touto cestou se udává 0,1 až 0,3 % pro HIV, 10 až 20 % pro hepatitidu B a 1 až 3 % pro hepatitidu C. Udávaná rizika platí při poranění bezprostředně po použití jehly. V případě delšího odstupu, kdy je jehla vystavena vlivům prostředí (chlad či teplo, vyschnutí, sluneční záření), riziko infekce při poranění významně klesá. **(26)**

1.4.3.1 HIV/AIDS

Definice HIV/AIDS

Virus lidské imunodeficiency (HIV) způsobuje ztrátu obranyschopnosti u člověka. Tento virus infikuje v organismu zejména určitou skupinu bílých krvinek, T lymfocytů, ve kterých se množí, později je i zabíjí a snižuje tak jejich počet v těle nakaženého člověka. Virus HIV byl identifikován v roce 1983. **(32)**

Virus HIV vyvolává onemocnění AIDS (anglického pojmenování Acquired Immune Deficiency Syndrome, které vyjadřuje podstatu onemocnění). Jedná se o Syndrom získaného imunodeficitu, který vede ke ztrátě imunity. Poprvé bylo toto onemocnění rozpoznáno v roce 1981. **(32)**

Mezi injekčními uživateli psychoaktivních látek se AIDS poprvé objevil ve druhé polovině 80. let. **(14)** Vyskytuje se ve dvou typech HIV-1 a HIV-2. Liší se ve složení povrchových struktur. Oba typy se také odlišují geografickým výskytem, patogenitou, klinickým obrazem a některými epidemiologickými charakteristikami. V Evropě a na americkém a asijském kontinentu se vyskytuje převážně HIV 1, HIV 2 zůstává lokalizován zejména v oblastech západního pobřeží Afriky. **(37)**

Přenos HIV/AIDS

Člověk je přenašečem viru hned od proniknutí viru HIV do krve. A to již v době, kdy ještě není prokazatelná HIV pozitivita testem. Nakažlivý je pak po celý život. Nejvíce však v prvním a posledním stádiu infekce. **(27)**

Virus HIV mimo organismus přežívá velmi špatně a pouze krátkodobě. Je velmi citlivý na teplo, přičemž teplotu 60 °C nepřezijí. Aby virus mohl organismus infikovat, musí do něj proniknout a přijít do styku s krví vnímavého jedince. Virus se vyskytuje především v krvi, spermatu, preejakulátu a vaginálních sekretech infikovaných osob. Tyto tekutiny jsou prostředníkem přenosu viru. Virus se v nepatrném nachází i v dalších tělních tekutinách (ve slinách, slzách, potu apod.). V nich se však většinou vyskytuje pouze ve velice nízkém množství, které k vyvolání infekce nestačí. **(40)**

V praxi dochází ke čtyřem způsobům přenosu:

- a) *pohlavním stykem - heterosexuálním, homosexuálním, vaginálním i análním;*
- b) *půjčováním injekčních stříkaček, jehel a dalších předmětů - např. holicí břitvy, nesterilní tetovací nástroje apod.;*
- c) *krevní transfuzí a injekčním podáváním krevních derivátů - v současnosti v České republice k tomuto způsobu přenosu prakticky nedochází;*
- d) *z infikované matky na plod ; (40)*

Průběh HIV/AIDS

Na průběh HIV infekce má vliv řada faktorů - především přímá interakce mezi virem a hostitelem. Obvyklá délka inkubační doby od okamžiku nákazy do propuknutí akutní HIV infekce je 2 až 6 týdnů. Poté nastupuje několikaleté bezpříznakové (asymptomatické) období. (4)

Podle současných znalostí nelze s určitostí říci, jestli se u všech HIV pozitivních osob onemocnění AIDS projeví. U většiny z nich dojde k rozvoji některého z příznaků HIV/AIDS obvykle do 10-15 let po infekci (expozici virem HIV). Za jak dlouhou dobu dojde k rozvoji onemocnění AIDS ovlivňuje celá řada faktorů (např. původní úroveň obranyschopnosti, životní styl). Zásadní úlohu v rozvoji infekce HIV hraje včasná a účinná léčba. (7)

Hlavní příznaky HIV/AIDS

Charakteristické je zvětšení objemu lymfatických uzlin, které trvá déle než tři měsíce. Úbytek hmotnosti přesahující 10 % tělesné hmotnosti. Přetrvávající horečka. Noční pocení. Těžká forma herpetické infekce (způsobené virem a projevující se bolestivými puchýřky na kůži). Přetrvávající průjmy. Tyto příznaky nejsou specifické pouze pro infekci HIV, stejnými příznaky se může projevat mnoho dalších onemocnění. Na možnost infekce HIV ukazuje přetrvávání (několik týdnů) a neobjasněnost příznaků u člověka, který mohl být vystaven viru. (19)

Do deseti let od infekce HIV se u 60 % infikovaných osob zhroutlí imunitní systém a rozvinou se hlavní příznaky onemocnění. Tyto osoby jsou pak považovány

za pacienty s AIDS. K těmto projevům dochází, když je těžce poškozen imunitní systém. **(18)**

AIDS se vyznačuje třemi skupinami symptomů způsobených:

1. **Oportunními infekcemi** - je-li imunita organismu oslabena, chopí se mikroorganismy z našeho prostředí příležitosti (latinsky *opportunitas*), napadnou ho a vyvolají těžké infekce, které označujeme jako "oportunní";
2. **Nádorovými onemocněními** - lymfomy a Kaposiho sarkom;
3. **Dalšími projevy** - neurologická postižení, syndrom chřadnutí atd. **(18)**

Léčba HIV/AIDS

Onemocnění je nevyléčitelné. V současné době existuje vysoce účinná protivirová léčba, která významně oddálí rozvoj pozdních stádií onemocnění a zlepší kvalitu života nemocných. Pacienti jsou léčeni v AIDS centrech. Základní vyšetření protilátek proti HIV může zajistit každý lékař. Lze se nechat testovat i anonymně. Onemocnění podléhá povinnému hlášení. **(23)**

Prevence HIV/AIDS

Prevence HIV/AIDS je nezbytná investice do budoucnosti celé naší společnosti. Pravdou je, že některé skupiny jsou ve větším ohrožení než jiné, protože se chovají rizikověji. A nebo také proto, že zůstávají mimo dosah preventivních aktivit zaměřených na běžnou populaci. **(51)**

Prevence HIV/AIDS ve skupině závislých na psychoaktivních látkách je snaha zabránit přenosu HIV při intravenózní aplikaci drog. Důležitou úlohu zde hraje informovanost. Je třeba zdůrazňovat nutnost používání sterilních jehel a stříkaček, možnosti využití, výměnného programu a návštěv kontaktních center. **(27)**

Ovšem pouze informovanost nestačí. Za základní předpoklad všech programů prevence HIV je v současné době *zpřístupnění* sterilních jehel a stříkaček nitrožilním uživatelům drog. **(31)**

V ČR je v posledních letech ročně nově registrováno více než 100 osob nakažených virem HIV. Předpokládáme však, že skutečný počet nakažených může být dva až pětkrát vyšší! Dle odhadu Evropského střediska pro prevenci a kontrolu nemocí (ECDC) je počet nakažených v ČR vyšší o 25 % z již prokázaných/známých případů HIV infekce. (7)

Žádná jiná dosud známá nákaza neměla tak mezinárodní charakter. Někteří lidé si možná myslí, že v důsledku objevení nových léků se naléhavost hrozby AIDS snížila. To však není pravda. Žádný lék dosud nalezen nebyl. Šíření viru HIV nebylo v žádné zemi zastaveno. (1)

1.4.3.2 Infekční žloutenka typu B (VHB)

Akutní hepatitida B

Akutní hepatitida B je ohraničené virové jaterní onemocnění. Vyznačuje se akutním zánětem a nekrózou jaterních buněk. Onemocnění obvykle trvá přibližně 1 až 6 týdnů. Přibližně 30 až 50 % pacientů má klinicky zřetelnou akutní hepatitidu B a je většinou hospitalizováno. (48) Typické jsou chřipkové příznaky jako únava, bolesti hlavy, svalů, zvýšená teplota. (47) 50 až 70 %, tj. většina, pacientů nemá zřetelnou akutní fázi hepatitidy B a onemocnění u nich proběhne jako tichá infekce s minimálními subjektivními příznaky. (48) To usnadňuje její šíření. (26)

Chronická hepatitida B

Někteří lidé s akutní hepatitidou B se neuzdraví a přecházejí do chronické hepatitidy. Ta je definována jako přetrvávající infekce HBV (déle než 6 měsíců) se známkami jaterního zánětu a virové infekce. (48) Její průběh může být asymptomatický (bezpříznakový) a nebo se projevuje jen nespecifickými symptomy (např. únava). (5)

Přenos hepatitidy B

V praxi dochází ke čtyřem způsobům nákazy VHB:

a) *parenterálně krví* - tento způsob přenosu je mezi uživateli psychoaktivních látek častý. (26) Riziková je tetování, piercing i akupunktura. (28)

b) sexuální stykem - ohroženi jsou i partneři závislých osob (VHB patří mezi nejčastěji sexuálně přenosné onemocnění). **(26)**

c) tělesnými sekrety a tekutinami. **(28)**

d) z matky na plod (tj. vertikálně). **(28)**

Potvrzení diagnózy

Pro potvrzení či vyvrácení diagnózy se zhodnotí rizikové faktory a příznaky onemocnění. Dále se provede vyšetření krve. V krvi lze nalézt zvýšení hodnot jaterních enzymů a nález viru způsobující hepatitidu B či protilátky proti tomuto viru. **(47)**

Diagnostika virových hepatitid u uživatelů psychoaktivních látek bývá obtížnější. Přibližně 40 % aktivních uživatelů má abnormální hodnoty jaterních testů v důsledku toxického poškození jater. **(26)**

Léčba VHB

Včasná diagnostika infekce VHB je nezbytným předpokladem pro úspěšnou léčbu. Chronická hepatitida VHB je léčena protivirovými léky, z nichž byl nejvíce vyzkoušen interferon. **(48)** Akutní VHB je léčena symptomaticky. Dodržuje se klidový režim, dieta bez alkoholu, přepalovaných tuků, častější stravování a menší porce potravin. **(28)**

Vhodnými doplňky léčby jsou vitamíny (B, C, E) a hepatoprotektiva. To jsou léky, které příznivě působí na jaterní buňky. Ačkoliv nemají protivirový účinek, jsou pro pacienta prospěšná, protože ochraňují buňky jater. **(48)**

Komplikace VHB

Nejčastější komplikací chronické VHB je jaterní cirhóza. Někdy hepatocelulární karcinom (rakovina jater). Jaterní cirhóza vzniká za 5 až 20 let po akutní VHB a má ji 15 až 20 % nemocných, kteří se infikovali v dospělém věku. Cirhóza po chronické hepatitidě B vzniká rychleji než po infekci VHC. **(48)**

Prevence VHB

VHB je mezi uživateli psychoaktivních látek relativně častá. **(26)** Primární prevence proti hepatitidě B je očkování. Očkování zvyšuje všeobecnou imunitu a je hlavním nástrojem kontroly infekce VHB. V současné době jsou vakcíny proti hepatitidě B zcela bezpečné. Jejich účinnost přesahuje 90 %. **(48)**

1.4.3.3 Infekční žloutenka typu C

Studie ukazují, že nitrožilní uživatelé psychoaktivních látek patří mezi hlavní rizikové skupiny infekce VHC. Jejich skupina představuje velkou rezervu infekce VHC. Ke kontaktu uživatelů s HCV dochází většinou v prvních 2 letech abúzu. **(49)**

V České republice je v posledních letech výskyt hepatitidy C stabilizovaný. V roce 2006 bylo hlášeno 1022 případů, z toho 70 % intravenózních uživatelů psychoaktivních látek. **(23)**

Akutní hepatitida C

Klinický průběh akutní hepatitidy C probíhá velmi často jako mírné a nebo zcela bezpříznakové onemocnění. Někdy se objevuje nevolnost, únava a mírně zvětšení jater. Průměrná inkubační doba je 7 až 8 týdnů. Pouze 25 % pacientů má žloutenku a méně než 10 % infikovaných má závažnější onemocnění. **(49)**

Chronická hepatitida C

Chronická hepatitida C je definována jako zánětlivé onemocnění jater způsobené virem hepatitidy C, trvající déle než 6 měsíců. **(16)** Více než 50 % případů akutní hepatitidy C přechází do chronicity. Do chronické VHC inklinují především starší pacienti a osoby s porušenou imunitou. Mechanismus, jak virus vyvolává chronicitu infekce, zatím není znám. Většina pacientů nemá žádné příznaky onemocnění. Pokud se v průběhu chronické hepatitidy C objeví žloutenka, je to známka pokročilého onemocnění (většinou cirhózy). **(49)**

VHC se vyskytuje v šesti základních typech. V České republice je významný genotyp 1 (80 % výskytu) a genotyp 3. Ostatní se vyskytují jen sporadicky. **(23)**

Přenos hepatitidy C

V praxi dochází ke čtyřem způsobům nákazy VHC:

- a) parenterálně krví – přenos injekčními stříkačkami, jehlami a dalšími pomůckami k aplikaci (voda, vata, filtry, lžičky atd.) kontaminovanými infikovanou krví;*
- b) sexuální stykem – přenos vaginálním pohlavním stykem se na přenosu HCV podílí v malé míře (riziko narůstá s poškozením sliznic), anální pohlavní styk se ale při přenosu uplatnit může;*
- c) z matky na plod – riziko 2 až 5 %. (23)*

Potvrzení diagnózy VHC

Pro potvrzení či vyvrácení diagnózy se zhodnotí rizikové faktory a příznaky onemocnění. Dále se provede vyšetření krve. V krvi lze nalézt zvýšení hodnot jaterních enzymů a nález viru způsobující hepatitidu C či protilátky proti tomuto viru. (47)

Diagnostika virových hepatitid u uživatelů psychoaktivních látek bývá obtížnější. Přibližně 40 % aktivních uživatelů má abnormální hodnoty jaterních testů v důsledku toxického poškození jater. (26)

Léčba VHC

Důležitá je včasná diagnostika infekce VHC. Z léků s protivirovým účinkem byl u hepatitidy C nejvíce vyzkoušen interferon. Chronická VHC by měla být vždy léčena. K léčbě by měli být vybráni pacienti, u kterých je záruka spolupráce a pravidelných kontrol. (49)

Léčba chronických stádií infekce VHC ve skupině intravenózních uživatelů v České republice je vysoce účinná. Téměř 90 % infikovaných, kteří absolvují léčbu v doporučeném rozsahu, se plně uzdraví. Potenciálním kandidátem protivirové léčby je podle současných platných doporučení každý pacient infikovaný hepatitidou C. K optimálnímu léčebnému efektu je důležitá psychosociální stabilizace pacienta se stabilizací jeho závislosti (např. substituční léčbou, včetně spolupráci s hematologem). (23) Vzhledem k tomu, že v současné době tvoří intravenózní uživatelé podstatnou část

pacientů s chronickou hepatitidou C, je tato problematika velmi aktuální. (17) Léčba aktivních intravenózních uživatelů se nepovažuje za vhodnou. (23)

Léčba akutní hepatitidy C interferonem zatím není jednoznačně vyřešena. Ačkoli je u léčených pacientů nižší výskyt chronické hepatitidy než u neléčených, není rutinně doporučována, protože rozdíl není statisticky významný. V akutní fázi by měla většinou stačit všeobecná léčba. (49)

Komplikace VHC

Po 10 až 20 letech trvání infekce vzniká u 20 až 44 % pacientů jaterní cirhóza s následným rizikem hepatocelulárního karcinomu. (49)

Prevence VHC

Dosud nebyli vědci schopni vyvinout účinnou vakcínu proti HCV. To je částečně způsobeno schopností viru hepatitidy C měnit se (mutovat) a vyhnout se imunitní odpovědi. (15)

1.5 Léčba

Léčba závislosti je dlouhodobý a složitý proces. Pro všechny zúčastněné (klient, rodina, přátelé, sociální pracovníci, lékaři, terapeuti atd.) je důležité jednat tak, aby snaha žádného z nich nebyla znehodnocena či zničena. (55)

Oblast léčby a sociální rehabilitace závislých osob zahrnuje široké spektrum různých přístupů a metod. Některé lze vzájemně kombinovat. První podmínkou efektivnosti programu je jeho schopnost vyjít vstříc skutečným potřebám klienta. To znamená přizpůsobení individuálním rozdílům mezi klienty a jejich měnícím se potřebám. Žádný z programů nezahrnuje vše a nemůže splnit všechny kladené požadavky. Druhá podmínka efektivnosti programu je týmová práce se zastoupením profesionálů z různých oborů. (22)

Hlavními kritérii, kterými se obvykle měří účinnost léčby, jsou *chování z hlediska užívání psychoaktivních látek* (včetně typu, frekvence a množství užívání),

zdraví (psychické a tělesné zdravotní problémy) a *sociální fungování* (bydlení, zaměstnání, kriminalita). **(12)**

1.5.1 Farmakologická léčba

Obecné farmakologické postupy závislosti na psychoaktivních látkách jsou následující:

1. *Detoxifikace* - pomalé odstranění látky z těla, děje se postupným snižováním dávek drogy tak, aby se pokud možno zabránilo příznakům jejího odnětí (abstinenčním příznakům);
2. *Substituce* - náhrada drogy bezpečnější látkou tak, aby se zabránilo příznakům z odnětí drogy a tuto nahrazující látku postupně také odebrat;
3. *Prevence relapsů* - aplikace látky, která snižuje žádostivost po droze (včetně „anti-cravingových“ látek). **(10)**

1.5.2 Psychoterapie

Psychoterapie je odborné užívání psychologických prostředků a postupů při prevenci, léčbě a rehabilitaci poruch zdraví. Je to součást bio-psycho-sociálního přístupu ke zdraví. Do léčebné péče zahrnuje nejen klienta samotného, ale i osoby pro něj důležité (zejména jeho rodinu). Psychoterapie má širokou škálu využití. Očekává se od ní odstranění nebo zmírnění psychologicky ovlivnitelných potíží. Pokud je to možné, pak i příčin těchto potíží. V průběhu psychoterapie dochází ke změnám v chování a prožívání klienta. Smí ji provádět jen kvalifikovaný terapeut. Psychoterapie je jedním ze základních kamenů systému péče o osoby trpící závislostí. **(22)**

Prvním cílem psychoterapie je *odstranění chorobných příznaků, obnovení pracovní schopnosti, schopnosti požitku, schopnosti radovat se ze života atd.* Účelu je dosaženo, když vymizí symptomy, které tomu bránily. **(25)**

Druhým cílem psychoterapie je *reedukace, resocializace, reorganizace, rozvoj, či integrace pacientovy osobnosti.* Významnost zlepšení či vyléčení se posuzuje podle dosaženého stupně osobnostních změn (nikoli podle změn symptomatiky). **(25)**

1.5.3 Kognitivně-behaviorální terapie

KBT se využívá především pro vliv prevence relapsu. Prevence relapsu směřuje k orientaci na identifikaci skupiny faktorů, které závislost podporují. To může zahrnovat rizikové situace, podmíněné podněty k toužení po psychoaktivních látkách a zvyšujících pravděpodobnost relapsu. Zabývá se také tendencemi drogově závislých osob nevědomky se vystavovat těmto faktorům, ačkoliv se snaží abstinovat. (44)

Učí klienty, jak si tyto faktory začít uvědomovat a tím minimalizovat riziko vystavování se nebezpečným faktorům či riziku užití drogy. Cílem je dosažení a udržení abstinence. (44)

1.5.4 Stávající služby zaměřené na uživatele drog v ČR

Terénní programy (streetwork) jsou prvním článkem systému péče o drogově závislé. (23) Terénní práce spočívá ve vyhledávání kontaktů s cílovou skupinou – nečeká se na to, až jedinec začne hledat pomoc, ale sama vyhledává jedince, aby jim přímo v komunitě poskytla informace a služby. (43) Mezi typické služby nabízené terénním programem patří: výměna použitého injekčního materiálu za sterilní (včetně tzv. doplňků – filtr, voda atd.), poskytování kondomů a drobného zdravotního ošetření, krizová intervence v terénu a další. (24)

Nízkoprahová kontaktní centra Jsou dostupná místně i časově v daném regionu. Poskytují včasnou intervenci, poradenství, krizovou intervenci, sociální a zdravotní poradenství, služby harm reduction. (23) Dále potravinový a hygienický servis. Jsou zde podmínky pro dlouhodobější a cílenější práci s klientem. (30)

Ambulantní léčba může být nabízena a poskytována různými zařízeními. Na klienty klade již určité nároky. Na počátku je naplněn individuální plán léčby a jeho plnění je s klientem pravidelně revidováno. Součástí může být i rodinná terapie. (30) Výhodou AT léčby je fakt, že klient setrvává ve svém sociálním prostředí a nemusí přerušovat školu či zaměstnání. (23)

Denní stacionáře nabízejí intenzivní ambulantní léčbu formou celodenního programu. Rozsah je 2-3 měsíce. Léčba se skládá z individuální, skupinové a rodinné terapie. Klienti se denně vracejí do svého přirozeného prostředí. (30)

Substituční léčba probíhá v ambulantních zdravotnických zařízeních. Její podstatou je nahrazení ilegálně získané návykové látky preparátem – lékem, který má dlouhodobější účinek. Aplikuje se perorálně. Tato látka je předepisována či podávána lékařem. U nás se nejčastěji používá metadon (syntetický opiát v podobě tinktury) a buprenorfin (v podobě tablet) pro klienty s nižší tolerancí vůči opioidům. **(23)**

Přínos substituční léčby spočívá v tom, že závislí na opiátech mají možnost omezit rizikové chování a stabilizovat svůj sociální a zdravotní stav. Obecně je tato léčba určena uživatelům, pro které je těžké přestat drogu zcela užívat. Je žádoucí, aby substituční látky měly delší dobu působení než droga, kterou nahrazují. Tím se prodlužuje doba nástupu abstinčních příznaků a snižuje se tedy frekvence užívání. Pacient se může více soustředit na běžné denní aktivity a nemusí neustále shánět drogu. Tím substituce napomáhá snižovat trestnou činnost a podporuje změnu pacientova životního stylu. **(54)**

Nástup buprenorfinu (ve formě léku Subutex) a jeho průsaky na drogovou scénu významně snižují počty opiátových předávkování. To je způsobeno za prvé příznivějšími farmakologickými vlastnostmi buprenorfinu (než má heroin) a za druhé stabilní kvalitou farmaceutického produktu. **(57)**

Péče v **detoxifikačních jednotkách** je zaměřena na minimalizování odvykacích symptomů a zbavení organismu uživatele drog. Je možné využít medikaci. Zpravidla trvá 5-10 dní. Bezprostředně po absolvování detoxifikačního programu se nastupuje do zařízení poskytující dlouhodobou pobytovou léčbu. **(30)**

Psychiatrické léčebny poskytují pobytovou léčbu. Standardní krátkodobá léčba je v rozsahu 3-6 měsíců formou individuální, skupinové a rodinné terapie. **(30)**

Terapeutické komunity poskytují dlouhodobou pobytovou léčbu v délce zhruba 12 měsíců. V případě mladistvých (tj. zpravidla od 15 do 25 let) je délka léčby 6 až 8 měsíců. Léčba spočívá v zásadní změně životního stylu klienta. Program je zaměřen na skupinovou terapii s důrazem na vnímání vlastních emocí a pocitů. Součástí komunity jsou pravidelné pracovní a sportovní akce. Léčba v terapeutické komunitě není pro každého. Někteří klienti ji považují za příliš náročnou a nezvládnutelnou. **(39)**

Doléčovací centra se specializují na **následnou péči** a prevenci relapsu drog. Doléčovací program je v délce 6-12 měsíců. Poradenství, individuální a skupinová terapie. Některá centra poskytují i rodinnou a párovou terapii, pomoc při hledání bydlení a práce. Někdy je součástí chráněné bydlení či chráněná dílna. **(30)**

Poradenská činnost je v České republice poskytována především neziskovými organizacemi. Působí zde i několik organizací ve správě státu, krajů, obcí a církevních zařízení. **(45)** Ojedinělou službou v systému péče o uživatele drog je **právní poradna**, která nabízí uživatelům, kteří se dostali do konfliktu se zákonem a nebo řeší právní problémy, právní poradenskou službu a případné zastupování v právních sporech. Právní poradna poskytuje své služby také zaměstnancům zařízení pro uživatele drog. **(30)**

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Ověřit, zda si lidé závislí na psychoaktivních látkách uvědomují rizika přenosu a šíření infekčních onemocnění (především HCV) v souvislosti s nitrožilní aplikací.

2.2 Hypotézy

H1: Uživatelé psychoaktivních látek podceňují rizika spojená s i.v. aplikací.

H2: Většina (t.j. více než 50 %) i.v. uživatelů se dosud nenechala testovat.

H3: Pravděpodobnost infekce VHC u i.v. uživatelů psychoaktivních látek se zvyšuje v závislosti na způsobu aplikace psychoaktivní látky.

H4: Riziko infekce VHC se zvyšuje u uživatelů psychoaktivních látek v závislosti na délce užívání psychoaktivních látek.

H5: Muži se chovají rizikověji než ženy.

3. Metodika

3.1 Metodika práce

3.1.1 Teoretická část

Pro zpracování teoretické části diplomové práce byla použita sekundární analýza dat – monografií, internetových stránek a odborných sborníků.

3.1.2 Praktická část

Pro zpracování výzkumné části byl použit kvantitativní výzkum. Pro primární sběr dat byla použita metoda dotazování, technika dotazník. Tato metodika byla zvolena z několika důvodů. Sběr dat se takto odehrál v kratším časovém úseku a byl založen na dobrovolnosti. Respondenti mohli mít pocit větší anonymity. O účelu výzkumu byli dotazovaní informováni.

Výzkumu jsem byla osobně přítomna z důvodu rozdávání dotazníků a zodpovídání otázek při vyplňování. Klienty Kontaktního a doléčovacího centra pro drogovou závislost jsem oslovovala jednotlivě. Ozřejmila jsem jim smysl dotazníků. Celkem jsem požádala o vyplnění 53 osob. Návratnost byla 75 %, tj. 40 dotazníků. Výzkum v psychiatrické léčebně Červený Dvůr jsem měla telefonicky domluvený s terapeuti jednotlivých oddělení předem. Terapeutům jsem vysvětlila výzkumný záměr a na jeho základě mi sestavili dobrovolnou skupinu respondentů. Dotazované jsem tedy nežádala o vyplnění osobně. Před vyplněním jsem skupinku dobrovolných respondentů seznámila s účelem dotazníků. Návratnost byla 100 %. Výzkumný vzorek pacientů psychiatrické léčebny Červený Dvůr tvořilo 58 respondentů.

Celkový vzorek tvořilo 98 dotazovaných. Celková návratnost byla 87,5 %. Výzkum v byl uskutečněn v období od prosince 2009 do dubna 2010.

K dotazníku byl sepsán doprovodný text, vysvětlující jeho účel a informace o tom, jak dotazník vyplnit. V dotazníku byly použity otázky uzavřené, otevřené, polootevřené. Dotazník byl společný pro obě skupiny a byl rozdělen na čtyři části.

V první části – **Osobní a socioekonomické údaje** – byly zařazeny otázky identifikační, které sloužily k charakteristice zkoumaného souboru. Respondenti byli dotazováni na pohlaví, věk, bydlení, nejvyšší dosažené vzdělání a zaměstnání.

Ve druhé části – **Užívání a rizikové chování spojené s intravenózní aplikací psychoaktivních látek** – byly zařazeny otázky týkající se spektra a způsobu užívání drog, délky užívání a rizikového chování v souvislosti s abúzem.

Ve třetí části – **Informovanost o infekčních hepatitidách a HIV** – byly zařazeny otázky, ve kterých respondenti vypisovali své znalosti o cestách přenosu, klinickém obrazu a následcích hepatitid a HIV.

Ve čtvrté části – **Testování na infekční hepatitidy a HIV** – byly zařazeny otázky, které zjišťovali, zda byli respondenti testováni či netestováni na hepatitidy a HIV. Pokud byli testováni, zda byly výsledky negativní či pozitivní. Pokud nebyli testováni, zaměřovaly se otázky na důvody, proč se nenechali respondenti testovat. Dotazník uzavírala otázka zaměřená na očkování proti hepatitidě A a B.

3. 2 Charakteristika souboru

Výzkumný soubor byl tvořen dvěma skupinami respondentů ve věku od 18 do 43 let a zahrnoval 22 % (22) žen a 76 % (78) mužů.

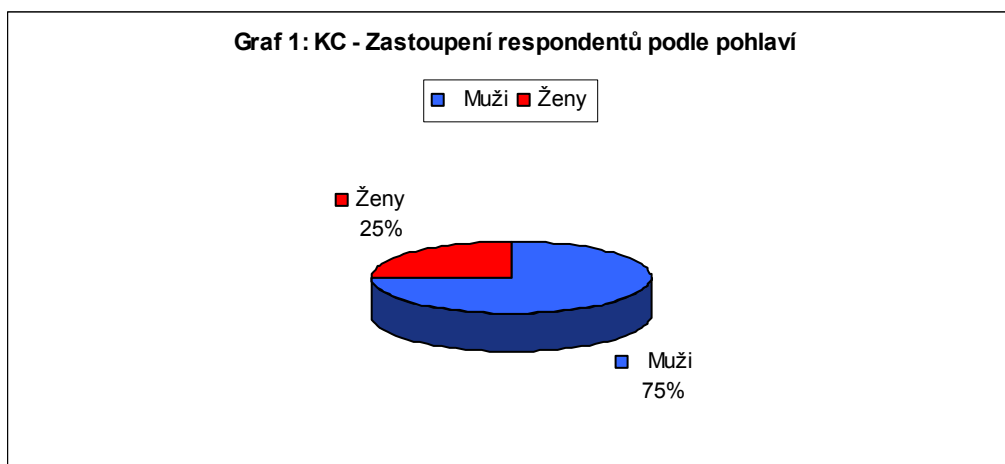
První byla skupina klientů výměnného programu Kontaktního a doléčovacího centra České Budějovice, o.s. Háječek. Celkem ji tvořilo 40 respondentů. Z toho 25 % (10) žen a 75 % (30) mužů. Více se pro neochotu nepodařilo získat.

Druhou skupinu tvořili pacienti Psychiatrické léčebny Červený Dvůr, kteří zde v době výzkumu byli léčeni z drogové závislosti (injekční uživatelé). Celkem ji tvořilo 58 respondentů. Z toho 21 % (12) žen a 79 % (46) mužů.

4. Výsledky

Otázka č. 1: Jste muž/žena?

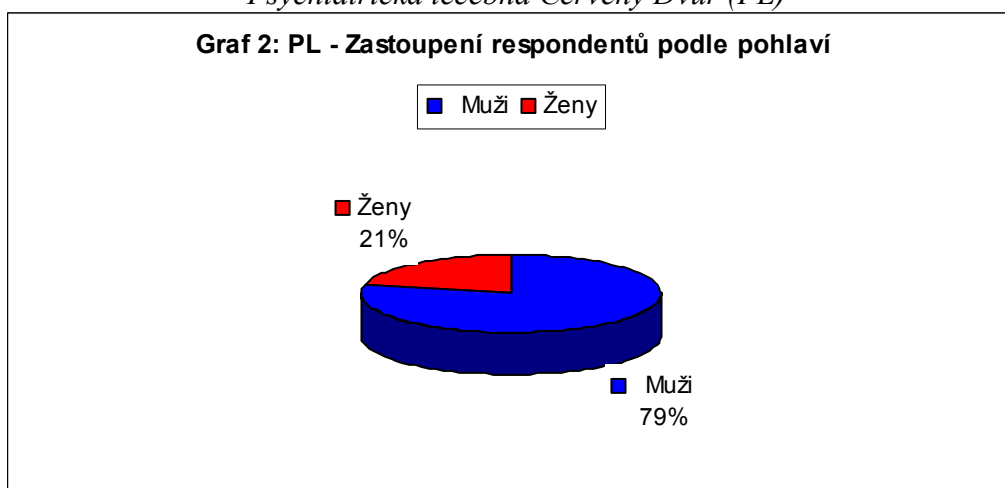
Kontaktní a doléčovací centrum pro drogovou závislost, o.s. Háječek (KC)



Zdroj: Vlastní výzkum

Z počtu 40 respondentů KC je 25 % (10) žen a 75 % (30) mužů.

Psychiatrická léčebna Červený Dvůr (PL)



Zdroj: Vlastní výzkum

Z počtu 58 respondentů PL je 21 % (12) žen a 79 % (46) mužů.

Otázka č. 2: **Kolik je Vám let?**

*V Kontaktním centru pro drogovou závislost, o.s. Háječek (KC) byl **průměrný věk žen 25 let a průměrný věk mužů byl 28,5 let.** Nejnižší uvedený věk ženy byl 18 let, nejvyšší 39 let. Nejnižší uvedený věk muže byl 18 let, nejvyšší 40 let.*

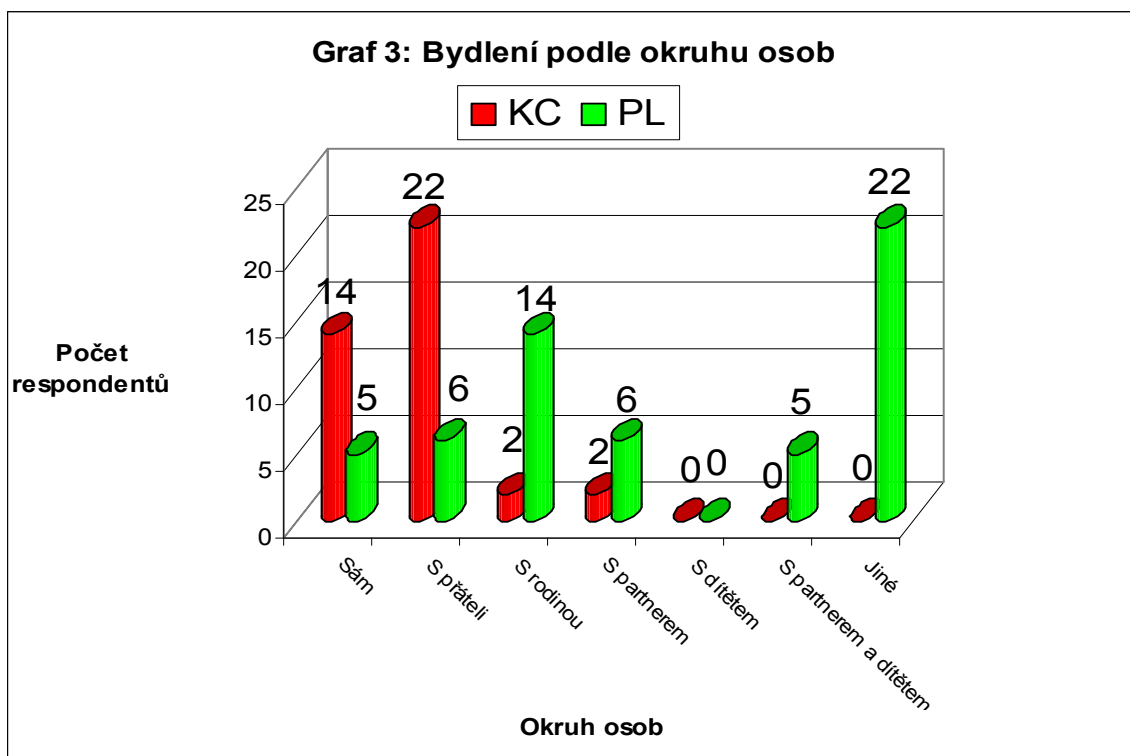
*V psychiatrické léčebně Červený Dvůr (PL) byl **průměrný věk žen 24 let a průměrný věk mužů byl 28 let.** Nejnižší uvedený věk ženy byl 21 let, nejvyšší 26 let. Nejnižší uvedený věk muže byl 19 let, nejvyšší 43 let.*

Porovnání:

Průměrný věk žen byl nejnižší v psychiatrické léčebně. U mužů byl průměrný věk nižší také v psychiatrické léčebně (ovšem jen o půl roku). Nejnižší uvedený věk ženy byl 18 let (KC) a nejvyšší 39 let (také KC). Nejnižší uvedený věk muže byl 18 let (KC). Nejvyšší uvedený věk muže byl 43 let (PL).

Otázka č. 3: Bydlíte:

a) sám / s přáteli / s rodinou / s partnerem / s partnerem a dítětem / s dítětem / jiné ...



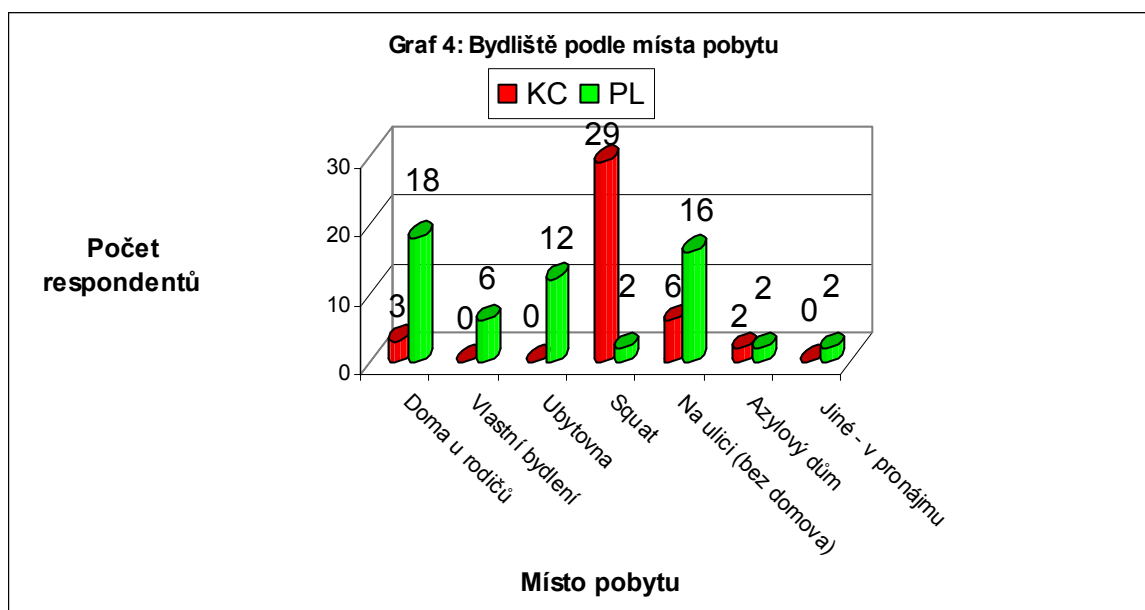
Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku, týkající se okruhu osob, odpovídali respondenti KC následovně: nejpočetnější okruh osob uvádělo 55 % (22) s přáteli, dále 35 % (14) respondentů žije samo, 5 % (2) bydlí s rodiči, 5 % (2) bydlí s partnerem. Ostatní možnosti nebyly uvedeny.

Respondenti PL odpovídali: 38 % (22) jiné (tj., pobyt v PL), s rodinou 24 % (14), dále byly odpovědi s přáteli 10 % (6) a s partnerem 10 % (6), 8,5 % (5) sám a 8,5 % (5) s partnerem a dítětem. Ostatní možnosti nebyly uvedeny.

Porovnání: Dvě nejčastější odpovědi z obou zařízení byly squat 28,5 % (28) a jiné (pobyt v PL) 22,5 % (22). Na třetím místě byla odpověď sám 32,5 % (19). Dále 16 % (16) s rodinou, 8 % (8) s partnerem.

b) doma u rodičů / vlastní bydlení / ubytovna /squat / na ulici (bez domova) / azylový dům / jiné ...



Zdroj: Vlastní výzkum

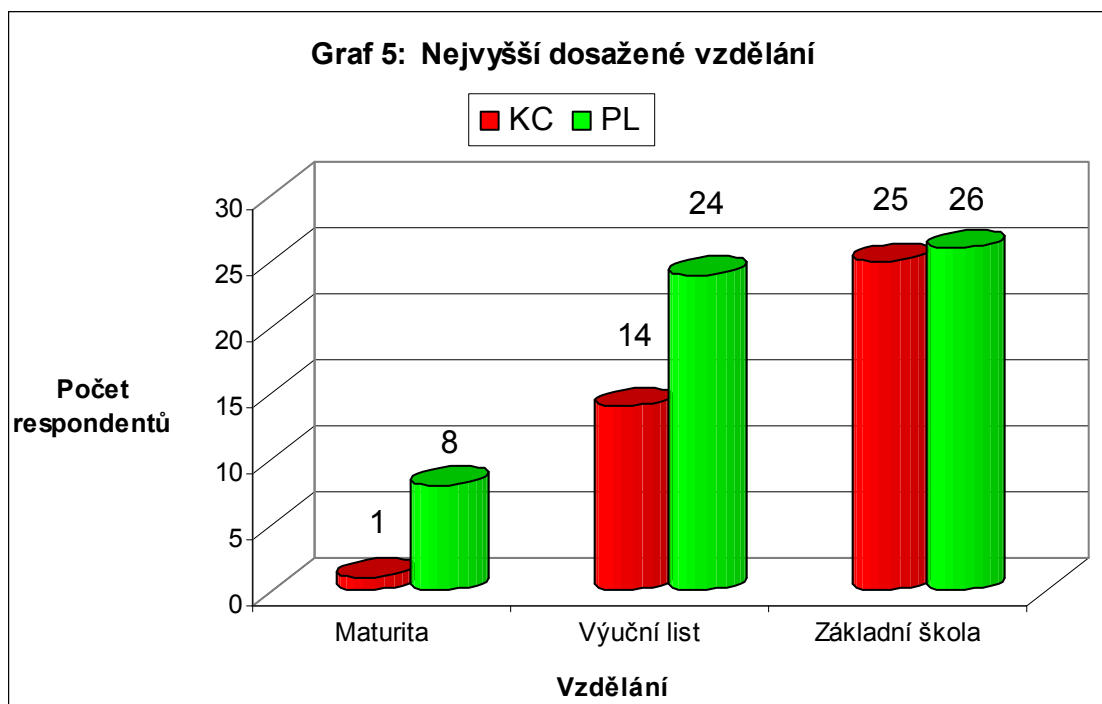
Na otázku, týkající se místa pobytu, uvedli respondenti KC tyto odpovědi: 72,5 % (29) žije na squatě!, 15 % (6) na ulici, 7,5 % (3) doma u rodičů, 5 % (2) v azylovém domě. Ostatní možnosti nebyly zaškrtnuty.

Respondenti PL odpovídali takto: 31 % (18) doma u rodičů, 27,5 % (16) na ulici, 20,5 % (12) ubytovna, 10 % (6) vlastní bydlení, 3,5 % (2) squat, 3,5 % (2) azylový dům a 3,5 % (2) pronájem.

Porovnání: Nejvíce respondentů žije na squatě, a to 30,5 % (31). Bez domova je 22, 5 % (22) dotazovaných. S rodiči bydlí 21,5 % (21) respondentů. 12 % (12) žije na ubytovně, 6 % (6) ve vlastním bydlení, 4 % (4) v azylovém domě a 2 % (2) v pronájmu.

Podotázka: Okres: Všech 30 dotazovaných kontaktního centra odpovědělo České Budějovice. Respondenti PL odpovídali takto: Praha 20krát, 10krát České Budějovice, 3krát Louny, 3krát Karlovy Vary, 3krát Plzeň, 2krát Kolín, 2krát Litoměřice, 1krát Děčín, 1krát Cheb, 1krát Most, 1krát Náchod, 1krát Ústí nad Orlicí, 10 neodpovědělo.

Otázka č. 4: Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:



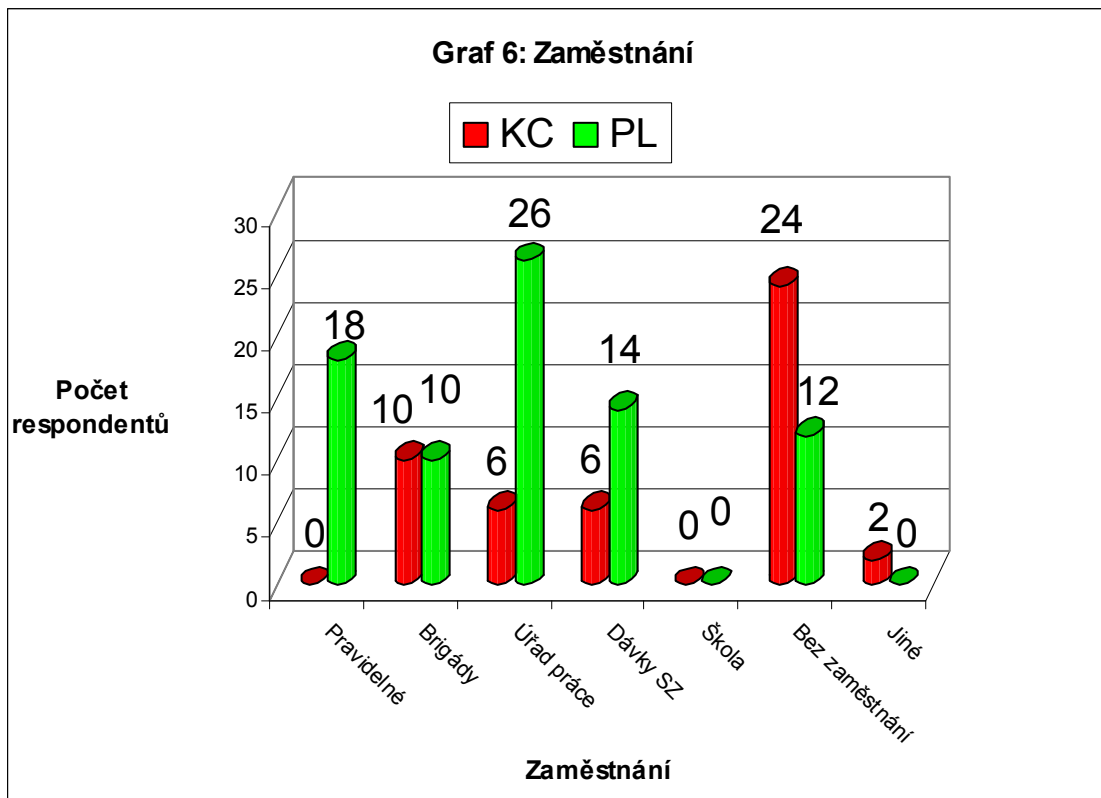
Zdroj: Vlastní výzkum

62,5 % (25) respondentů KC má základní vzdělání, 35 % (14) výuční list a 2,5 % (1) maturitu.

45 % (26) respondentů PL má základní vzdělání, 41 % (24) výuční list a 14 % (8) maturitu.

Porovnání: V obou zařízeních (KC a PL) převládá základní vzdělání 52 % (51) respondentů. 39 % (38) dotazovaných vystudovalo odborné učiliště a 9 % (9) respondentů má maturitu.

Otázka č. 5: **Zaměstnání:** (platnou odpověď zakroužkujte, můžete vybrat více odpovědí)
Pravidelné / brigády (příležitostná práce) / registrace na úřadu práce / dávky sociálního zabezpečení (např. hmotná nouze, důchod atd.) / škola / bez zaměstnání / jiné ...



Zdroj: Vlastní výzkum

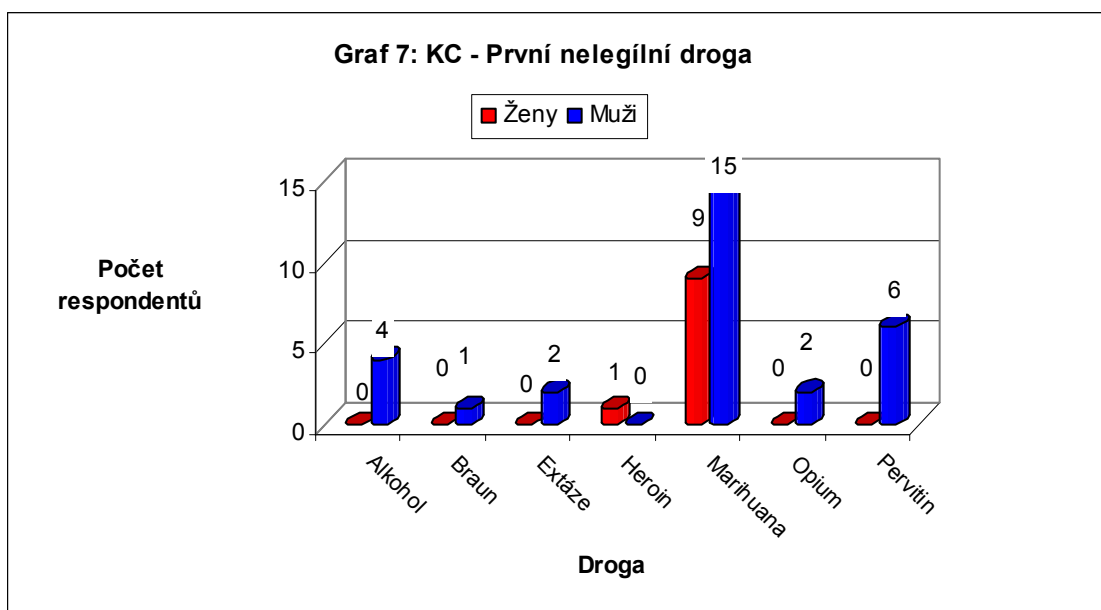
Nejčastější odpověď respondentů KC byla 22krát *bez zaměstnání*, 10krát *příležitostně (brigády)*, 6krát *registrace na úřadě práce* a 6 *dávky sociálního zabezpečení*. 2krát uvedli, že mají práci „načerno“.

Nejčastější odpověď respondentů PL byla 26krát *registrace na úřadě práce*, 18krát *stále zaměstnání*, 14krát *dávky sociálního zabezpečení*, 12krát *bez zaměstnání*.

Porovnání: V obou zařízeních nejvíce respondentů odpovědělo, že je *bez zaměstnání*, a to 36krát. Na druhém místě je 32krát *registrace na úřadu práce*, 20krát byla uvedena *příležitostná práce*, 18krát *pravidelné zaměstnání* (pouze respondenti PL). 2krát *práce „načerno“*.

Otázka č. 6: Vaše první nelegální droga a v jaké věku jste ji užil/a:

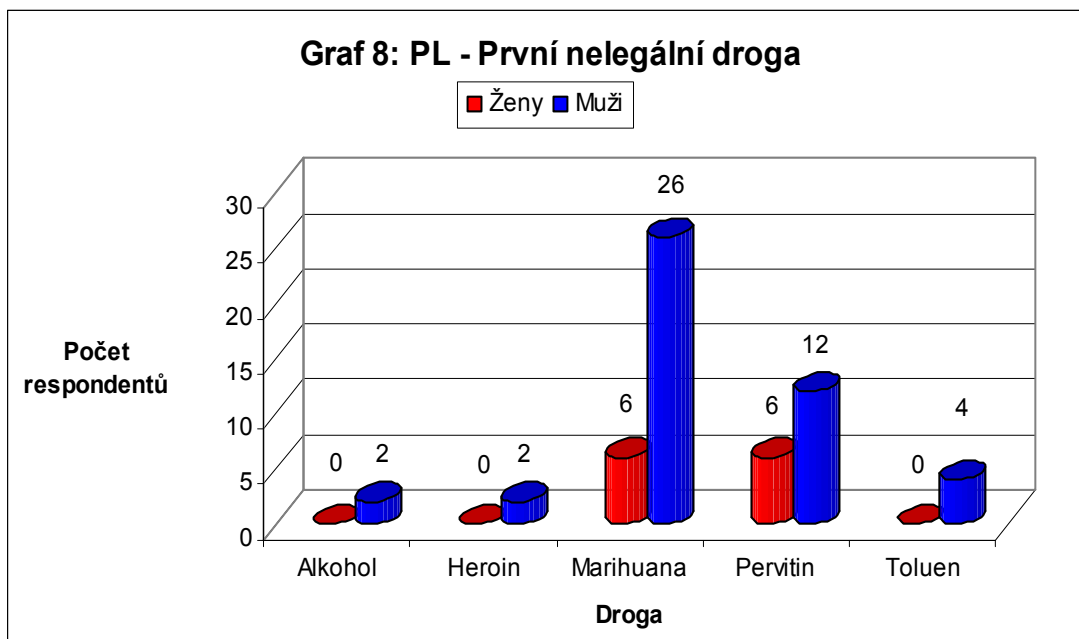
Kontaktní a doléčovací centrum pro drogovou závislost, o.s. Háječek (KC)



Zdroj: Vlastní výzkum

90 % (9) respondentek KC uvádí jako svou první nelegální drogu *marihuanu*. 10 % (1) uvádí *heroin*. Průměrný věk žen prvního užití byl 14,5 roku.

50 % (15) respondentů KC uvádí jako svou první nelegální drogu *marihuanu*. 20 % (6) uvádí *pervitin*, 13,5 % (4) *alkohol* (ačkoli to není nelegální droga), 6,5 % (2) *opium*, 6,5 % (2) *extázi* a 3,5 % (1) *braun*. Průměrný věk mužů prvního užití byl 13,5 roku.



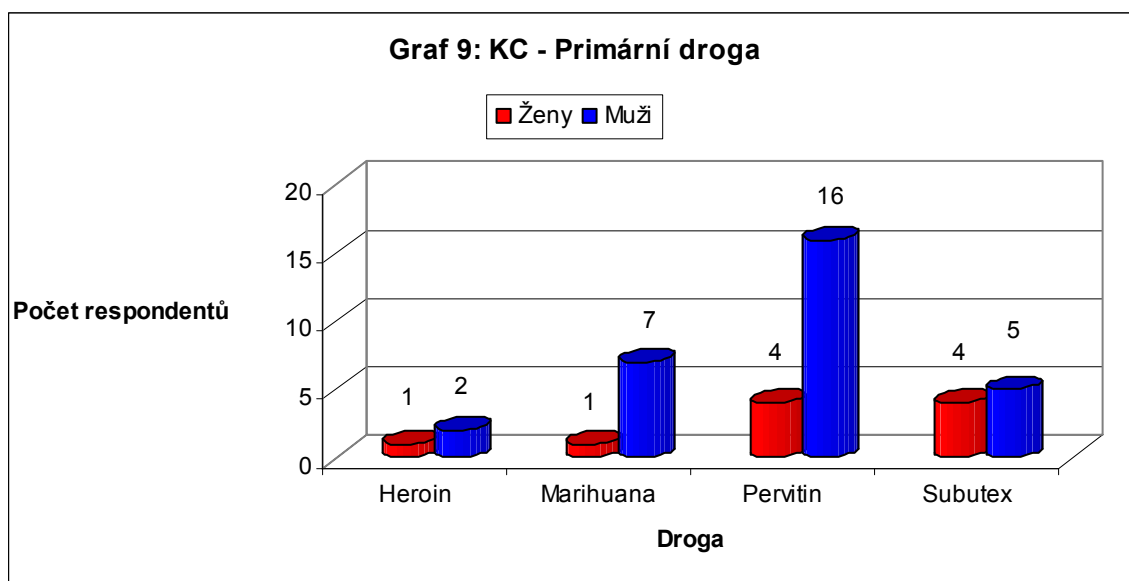
Zdroj: Vlastní výzkum

50 % (6) respondentek PL uvádí jako svou první nelegální drogu *marihuanu* a 50 % (6) uvádí *pervitin*. Průměrný věk žen prvního užití byl 13 let.

56,5 % (26) respondentů PL uvádí jako svou první nelegální drogu *marihuanu*. 26 % (12) uvádí *pervitin*, 8, 5 % (4) *toluén*, 4,5 % (2) *heroin* a 4,5 % (2) *alkohol* (ačkoli to není nelegální droga). Průměrný věk mužů prvního užití byl 15 let.

Otázka č. 7: Vaše primární droga:

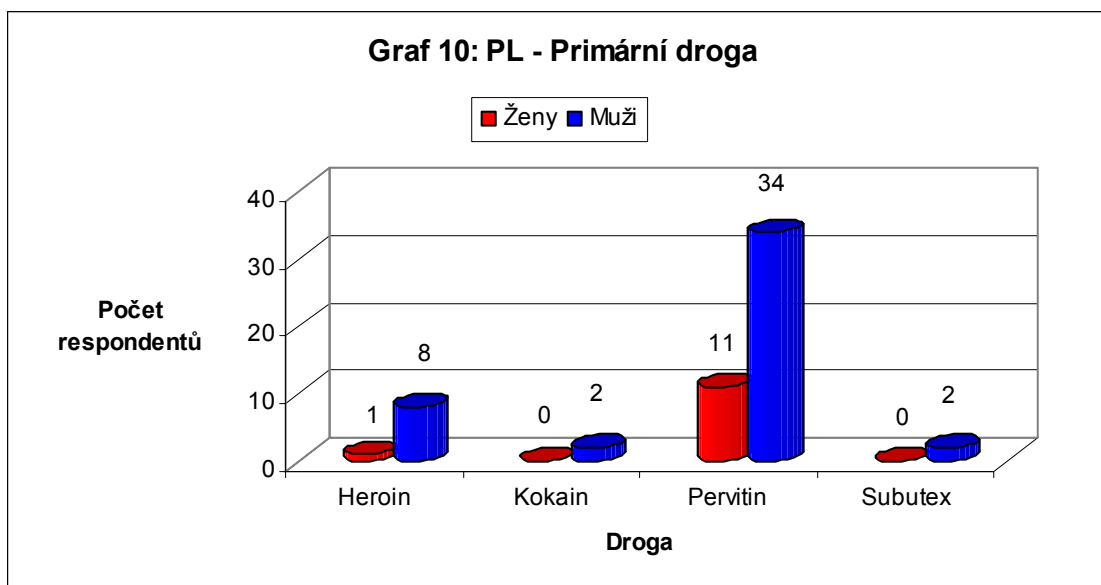
Kontaktní a doléčovací centrum pro drogovou závislost, o.s. Háječek (KC)



Zdroj: Vlastní výzkum

40 % (4) respondentek KC uvádí jako svou primární drogu pervitin a stejný počet 40 % (4) uvádělo Subutex. 10 % (1) žena uvádí heroin a 10 % (1) uvádí marihuanu.

53 % (16) respondentů KC uvádí jako svou primární drogu pervitin, 23 % (7) marihuanu, 16,5 % (5) Subutex a 6,5 % (2) heroin.



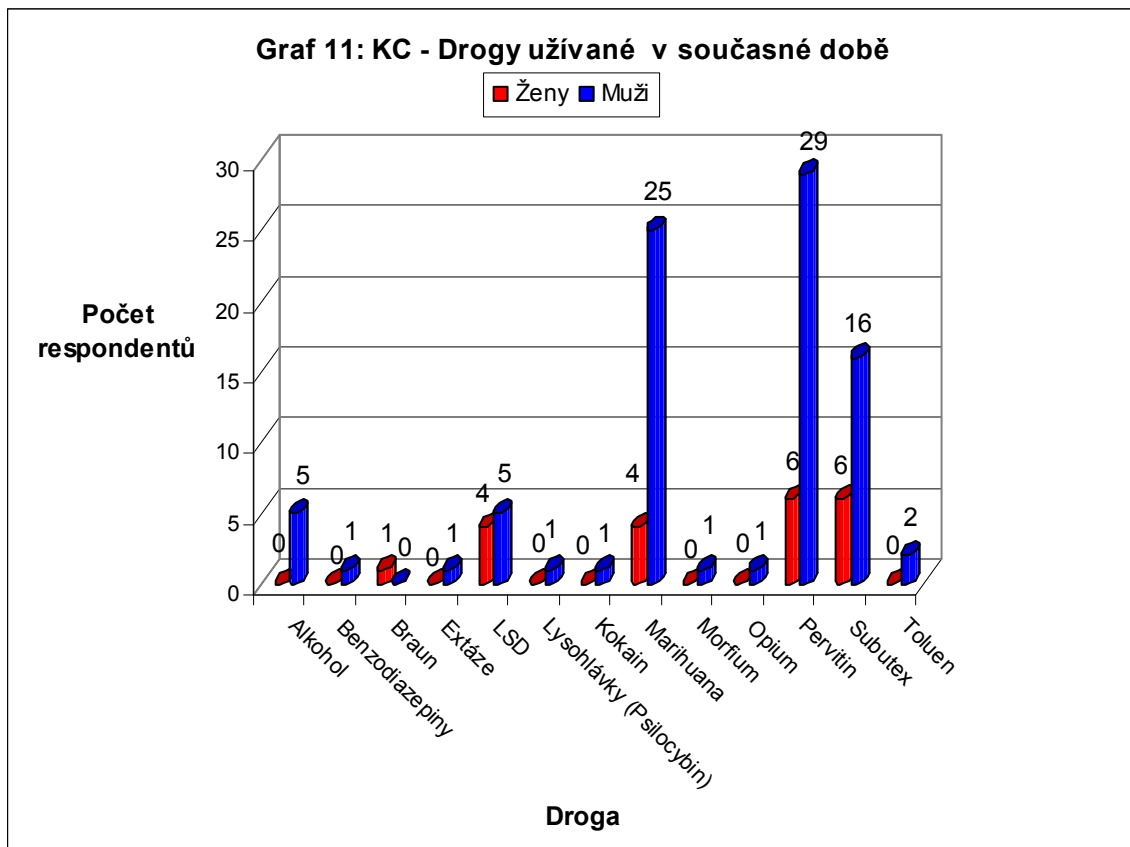
Zdroj: Vlastní výzkum

91,5 % (11) respondentek PL uvádí jako svou primární drogu pervitin. 8,5 % (1) žena uvádí heroin.

74 % (43) respondentů PL uvádí jako svou primární drogu pervitin, 17 % (8) heroin, 4,5 % (2) Subutexu a 4,5 % (2) heroin.

Otázka č. 8: Drogy užívané v současné době:

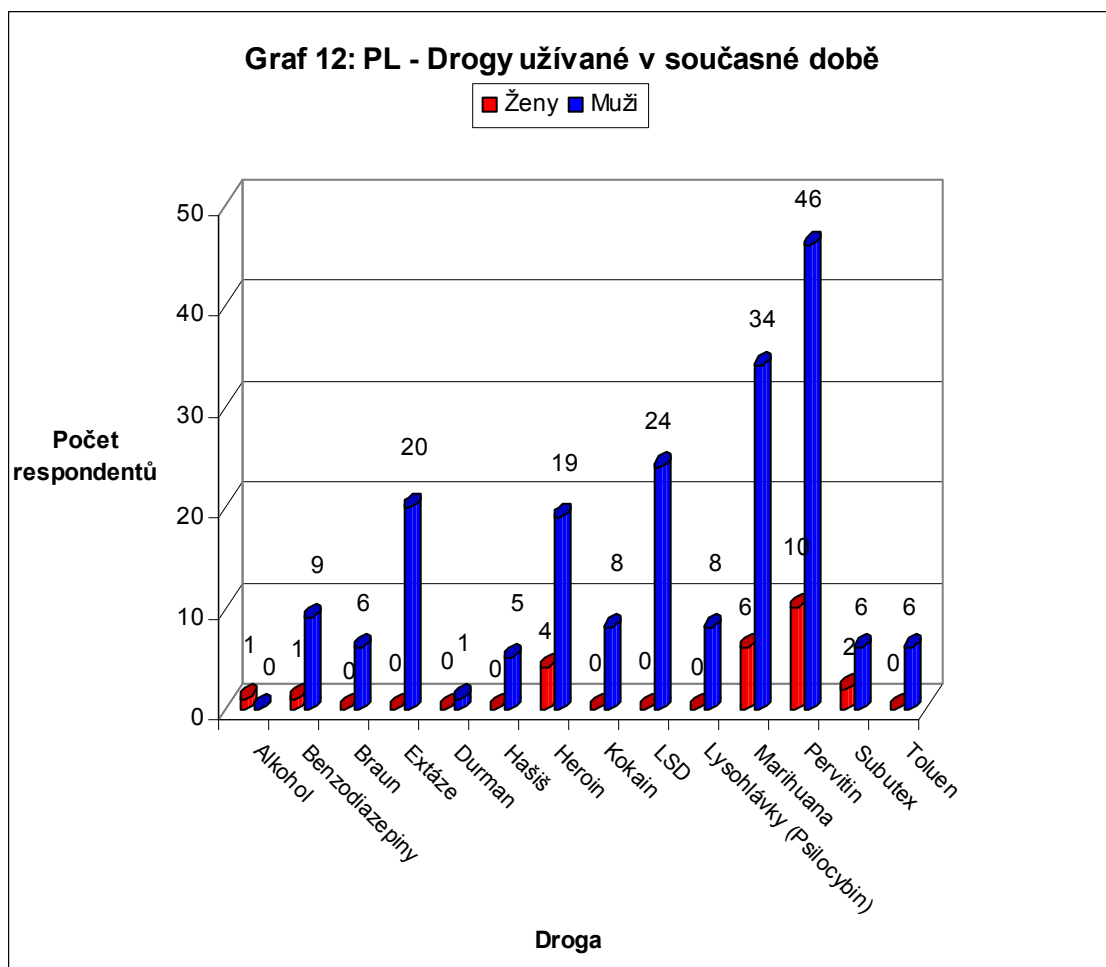
Kontaktní a doléčovací centrum pro drogovou závislost, o.s. Háječek (KC)



Zdroj: Vlastní výzkum

Respondentky KC odpovídaly 6krát pervitin, 6krát Subutex, 4krát LSD, 4krát marihuana, 1krát braun.

Respondenti KC odpovídali 29krát pervitin, 25krát marihuana, 16krát Subutex, 5krát alkohol (ačkoli to není nelegální droga), 5krát LSD, 2krát toluen, 1krát benzodiazepiny, 1krát extáze, 1krát lysohlávky, 1krát kokain, 1krát morfium a 1krát opium.



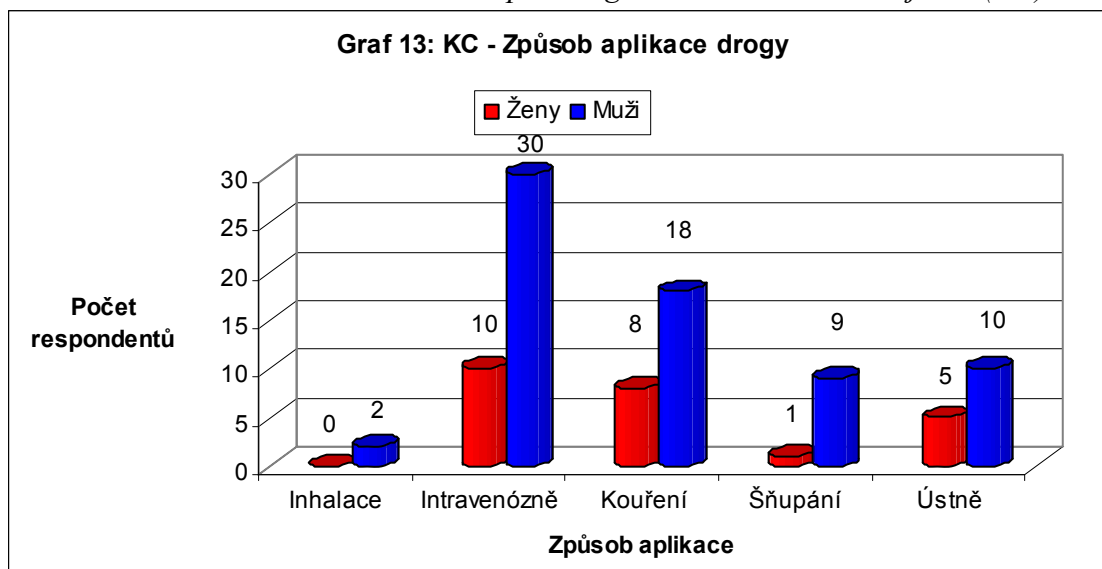
Zdroj: Vlastní výzkum

Respondenty PL odpovídaly 10krát pervitin, 6krát marihuana, 4krát heroin, 1krát alkohol (ačkoli to není nelegální droga), 1krát benzodiazepiny.

Respondenti PL odpovídali 46krát pervitin, 34krát marihuana, 24krát LSD, 20krát extáze, 19krát heroin, 9krát benzodiazepiny, 8krát kokain, 8krát lysohlávky, 6krát braun, 6krát Subutex, 6krát toluen, 5krát hašiš, 1krát durman.

Otázka č. 9: **Drogu užívám / užíval/a:** (platnou odpověď zakroužkujte, můžete vybrat více odpovědí) **injekčně do žíly / ústně / šňupání (sniff) / kouření / inhalace rozpouštědel / jinak, jak:**

Kontaktní a doléčovací centrum pro drogovou závislost, o.s. Háječek (KC)

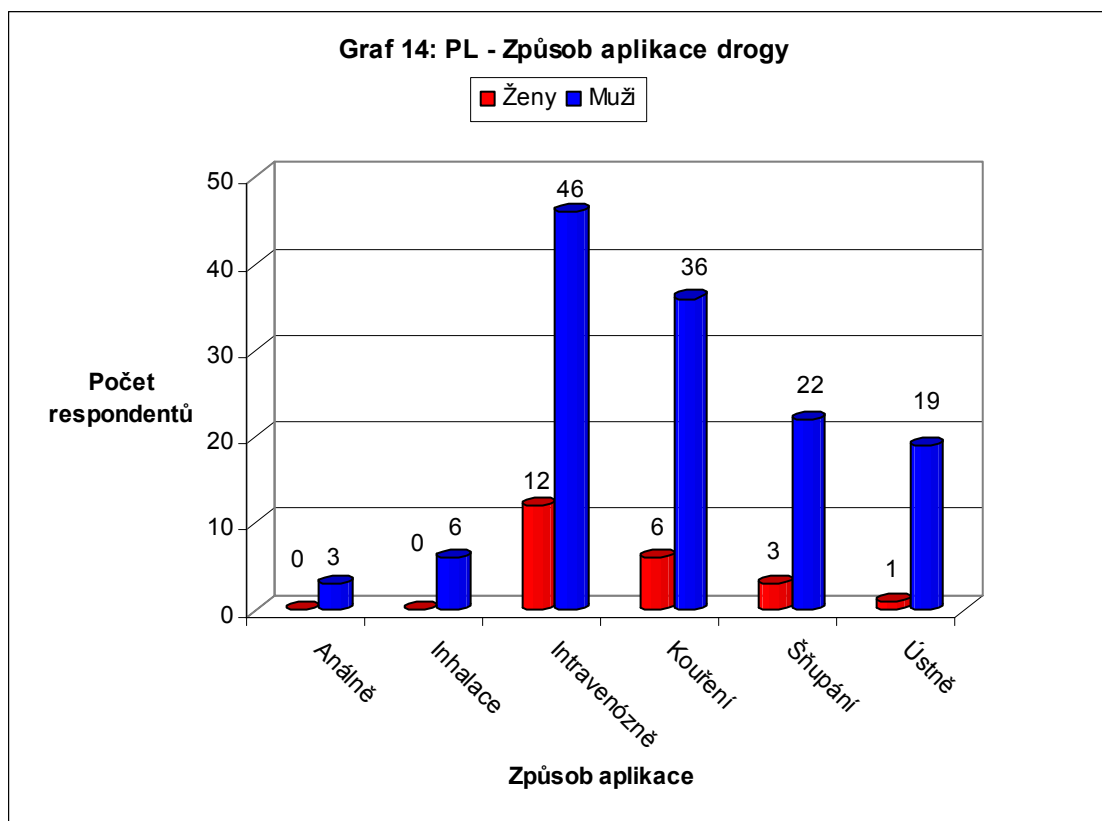


Zdroj: Vlastní zdroj

Respondentky KC odpovídaly: 10krát intravenózně, 8krát kouření, 5krát ústně, 1krát šňupání.

Respondenti KC odpovídali: 30krát intravenózně, 18krát kouření, 10krát ústně, 9krát šňupání a 2krát inhalace.

Psychiatrická léčebna Červený Dvůr (PL)



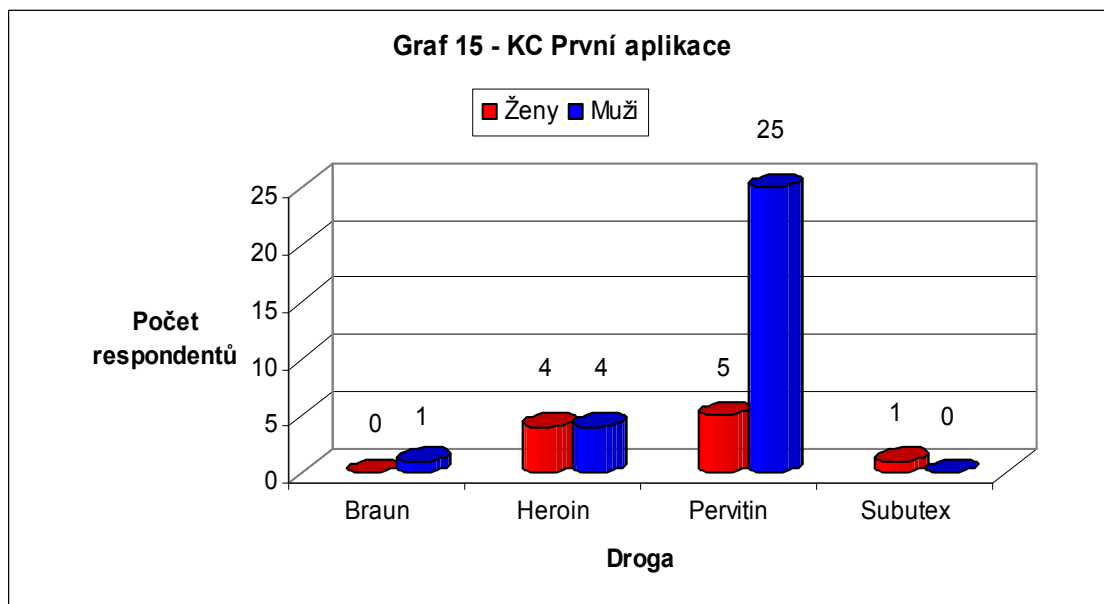
Zdroj: Vlastní zdroj

Respondentky PL odpovídaly 12krát intravenózně, 6krát kouření, 3krát šňupání a 1krát ústně.

Respondenti PL odpovídali 46krát intravenózně, 36krát kouření, 22krát šňupání, 19krát ústně, 6krát inhalace a 3krát análně.

Otázka č. 10: *Jakou drogu jste poprvé aplikoval/a jehlou? Kolik Vám bylo let? Kolik let užíváte nitrožilně?*

Kontaktní a doléčovací centrum pro drogovou závislost, o.s. Háječek (KC)

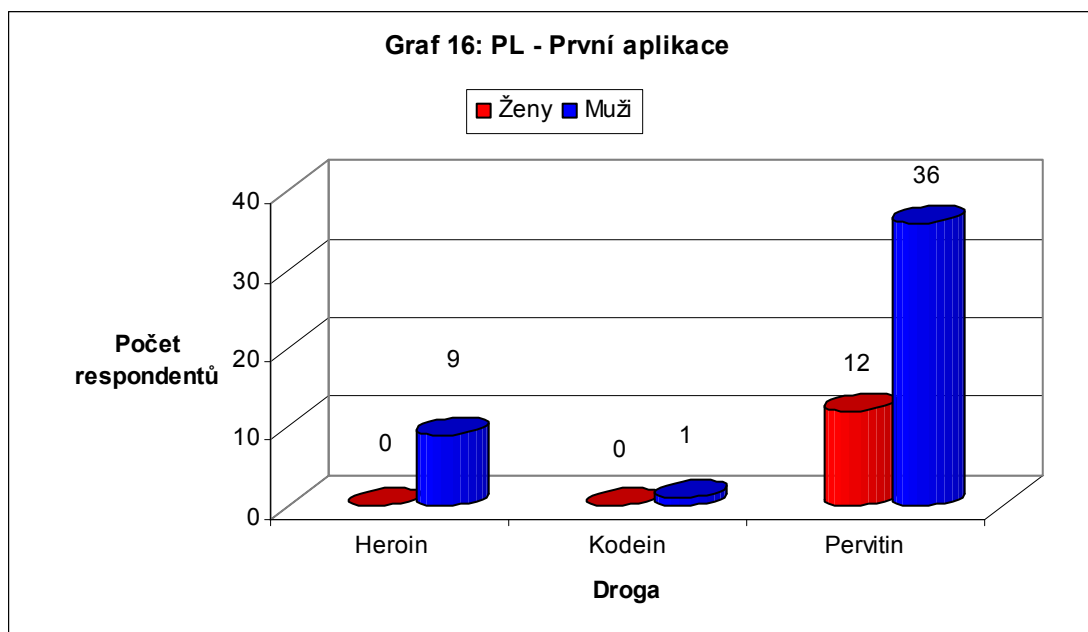


Zdroj: Vlastní výzkum

50 % (5) respondentek KC si poprvé injekčně aplikovalo pervitin, 40 % (4) žen heroin a 10 % (1) žen Subutex. Průměrný věk prvního nitrožilního užití byl 18 let. Průměrně ženy užívají injekčně 6,5 let.

83,5 % (25) respondentů KC si poprvé intravenózně aplikovalo pervitin, 13 % (4) mužů heroin a 3,5 % (1) muž braun. Průměrný věk prvního intravenózního užití byl 16 let. Průměrně muži užívají injekčně 12 let.

Psychiatrická léčebna Červený Dvůr (PL)



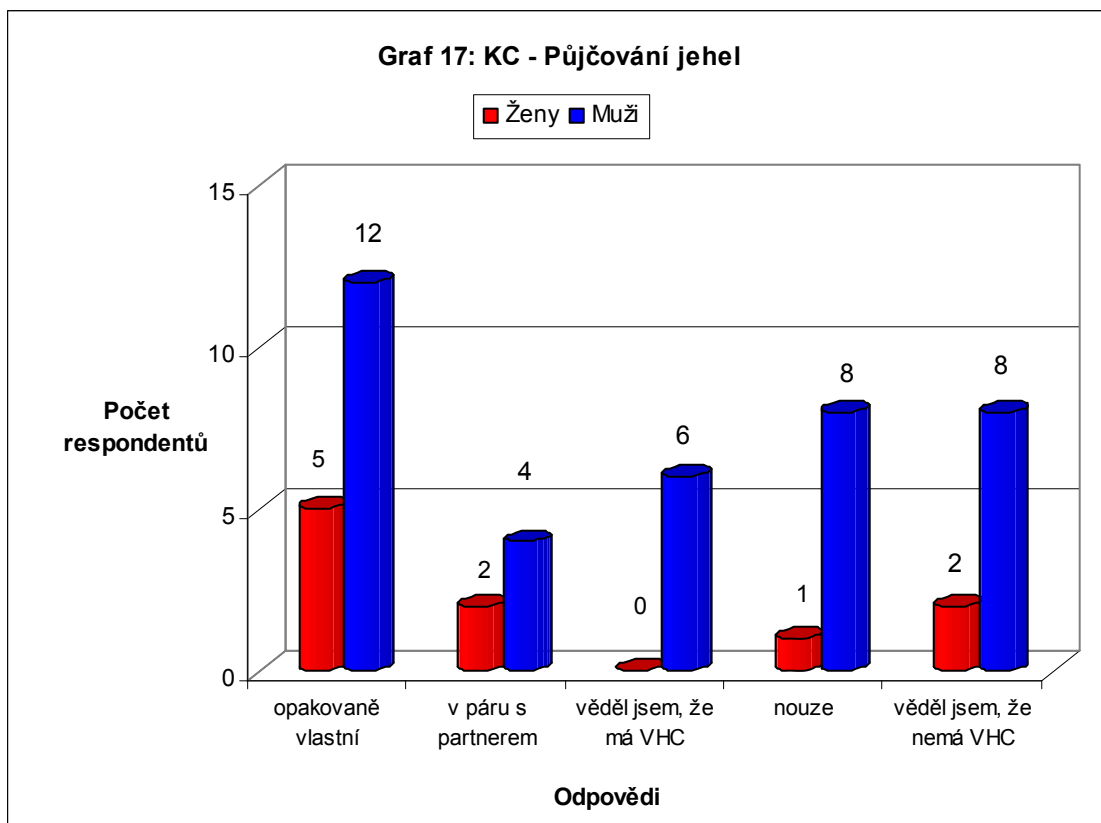
Zdroj: Vlastní výzkum

100 % (12) respondentek PL si poprvé nitrožilně aplikovalo pervitin. Průměrný věk prvního nitrožilního užití byl 14,5 let. Průměrně ženy užívají injekčně 8 let.

78 % (36) respondentů PL si poprvé intravenózně aplikovalo pervitin, 19,5 % (9) mužů heroin a 2 % (1) muž kodein. Průměrný věk prvního intravenózního užití byl 17,5 let. Průměrně muži užívají injekčně 8 let.

Otázka č. 11: Půjčujete/půjčil/a jste si jehly? (platnou odpověď zaškrtněte, můžete vybrat více odpovědí)

Kontaktní a doléčovací centrum pro drogovou závislost, o.s. Háječek (KC)

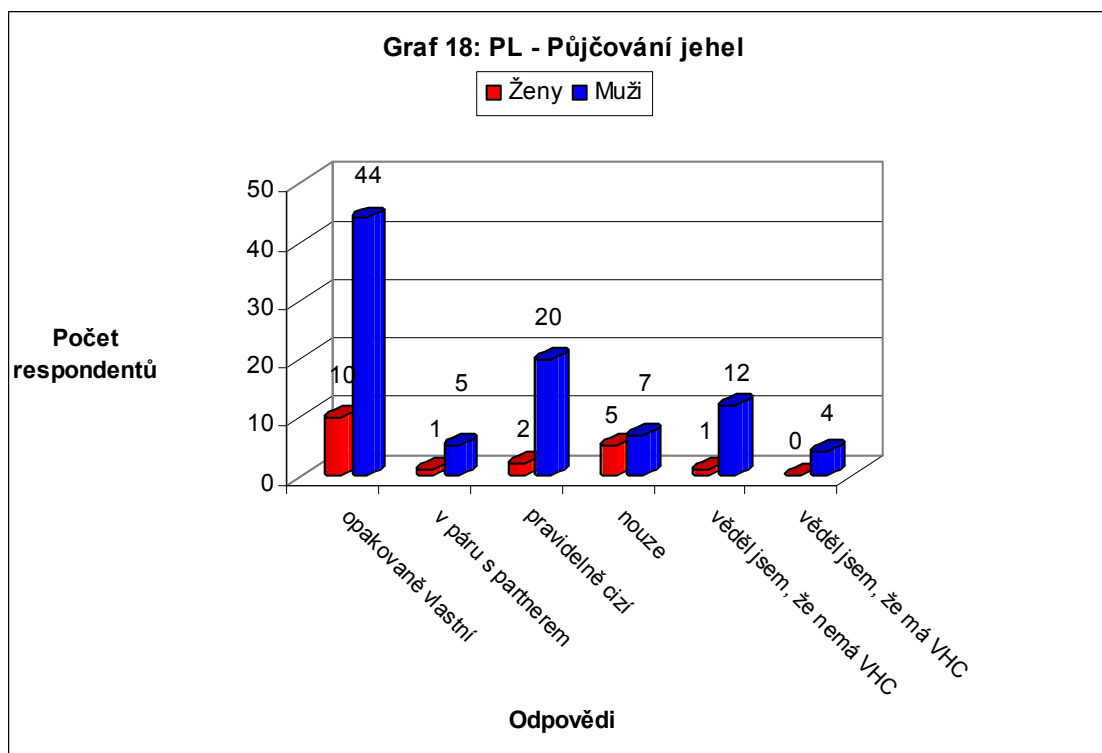


Zdroj: Vlastní výzkum

90 % (9) respondentek KC odpovědělo Ano. 5krát byla uvedena možnost opakovaného používání vlastní již použité jehly, 2krát v páru s partnerem, 2krát si půjčily k aplikaci jehlu po někom, o kom věděly, že nemá hepatitidu C a 1krát si půjčila respondentka jehlu v případě nouze. 10 % (1) respondentka KC odpověděla Ne.

53,5 % (16) respondentů KC odpovědělo Ano. 12krát byla uvedena možnost opakovaného používání vlastní již použité jehly, 2krát v páru s partnerem, 8krát si půjčili k aplikaci jehlu po někom, o kom věděly, že nemá hepatitidu C a 8krát v případě nouze. 6krát si půjčili a užíli k aplikaci jehlu po někom, o kom věděli, že má hepatitidu C. 4krát sdíleli jehlu s partnerkou. 46,5 % (14) respondentů KC odpovědělo Ne.

Psychiatrická léčebna Červený Dvůr (PL)



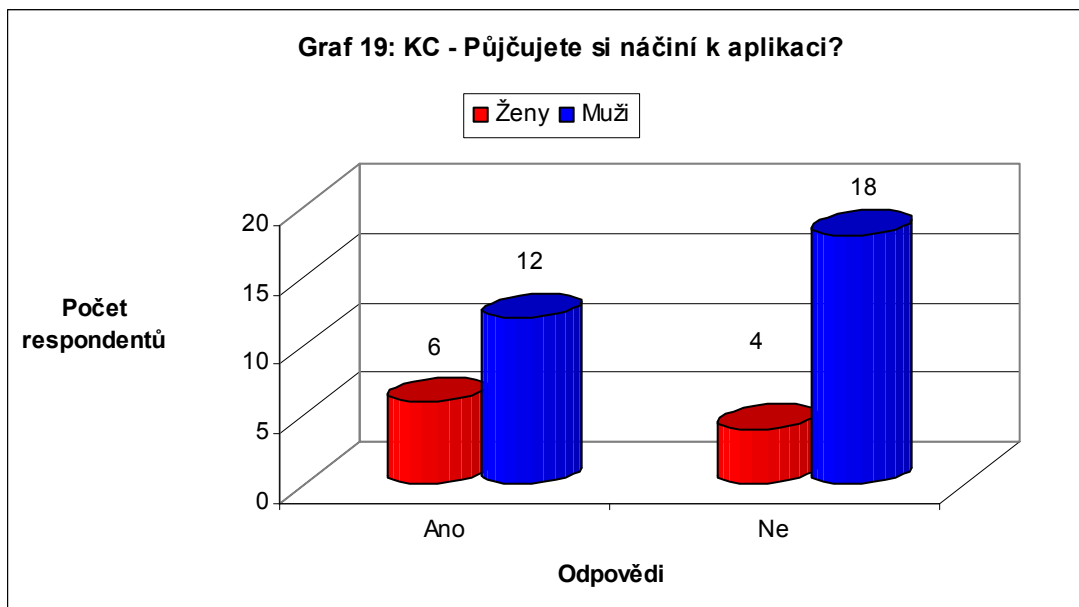
Zdroj: Vlastní výzkum

83 % (10) respondentek PL odpovědělo Ano. 10krát byla uvedena možnost opakovaného používání vlastní již použité jehly, 5krát v případě nouze, 2krát pravidelně sdílely cizí jehlu, 1krát v páru s partnerem a 1krát si půjčily k aplikaci jehlu po někom, o kom věděly, že nemá hepatitidu C. 17 % (2) respondentek PL odpovědělo Ne.

95,5 % (44) respondentů PL odpovědělo Ano. 44krát byla uvedena možnost opakovaného používání vlastní již použité jehly, 20krát pravidelně sdíleli cizí jehlu, 12krát půjčili k aplikaci jehlu po někom, o kom věděly, že nemá hepatitidu C, 7krát použili cizí jehlu v nouzi, 4krát užili k aplikaci jehlu po někom, o kom věděli, že má hepatitidu C. 4,5 % (2) respondenti PL odpovědělo Ne.

Otázka č. 12: Půjčujete/půjčil/a jste si náčiní? (platnou odpověď zakroužkujte, můžete vybrat více odpovědí)

Kontaktní a doléčovací centrum pro drogovou závislost, o.s. Háječek (KC)

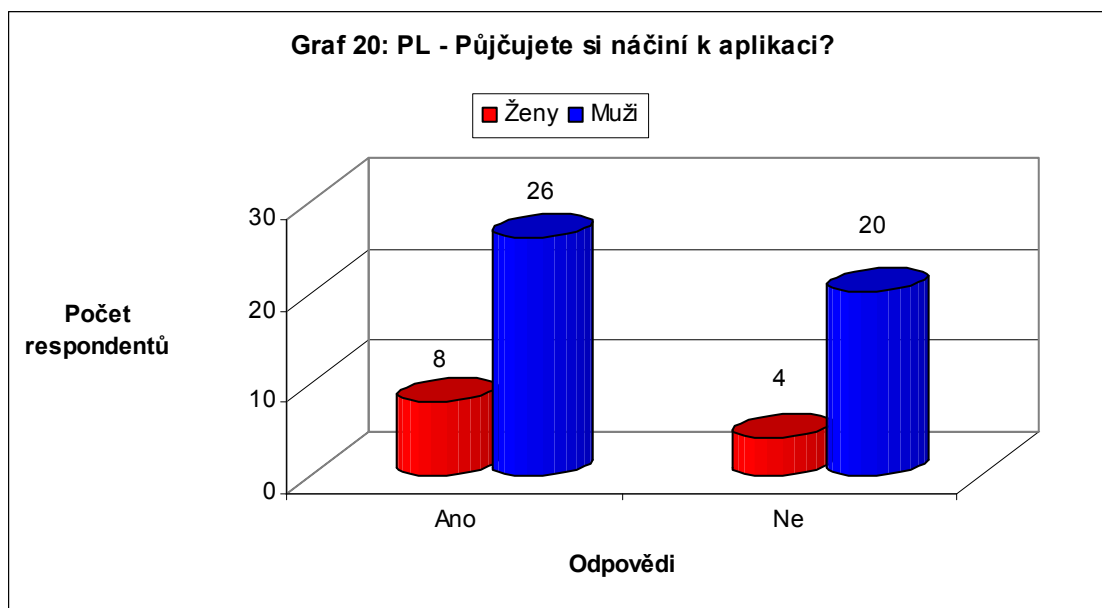


Zdroj: Vlastní výzkum

60 % (6) respondentek KC odpovědělo, že si půjčuje náčiní k aplikaci psychoaktivní látky. 2krát si půjčují lžičku, 2krát filtr, 6krát „rozdělovačku“, 3krát vodu. 40 % (4) respondentek KC odpovědělo Ne.

60 % (18) respondentů KC odpovědělo, že si půjčuje náčiní k aplikaci psychoaktivní látky. 10krát si půjčují lžičku, 4krát filtr, 4krát „rozdělovačku“, 1krát vodu a 1krát trubičku při šňupání. 40 % (12) respondentů KC odpovědělo Ne.

Psychiatrická léčebna Červený Dvůr (PL)



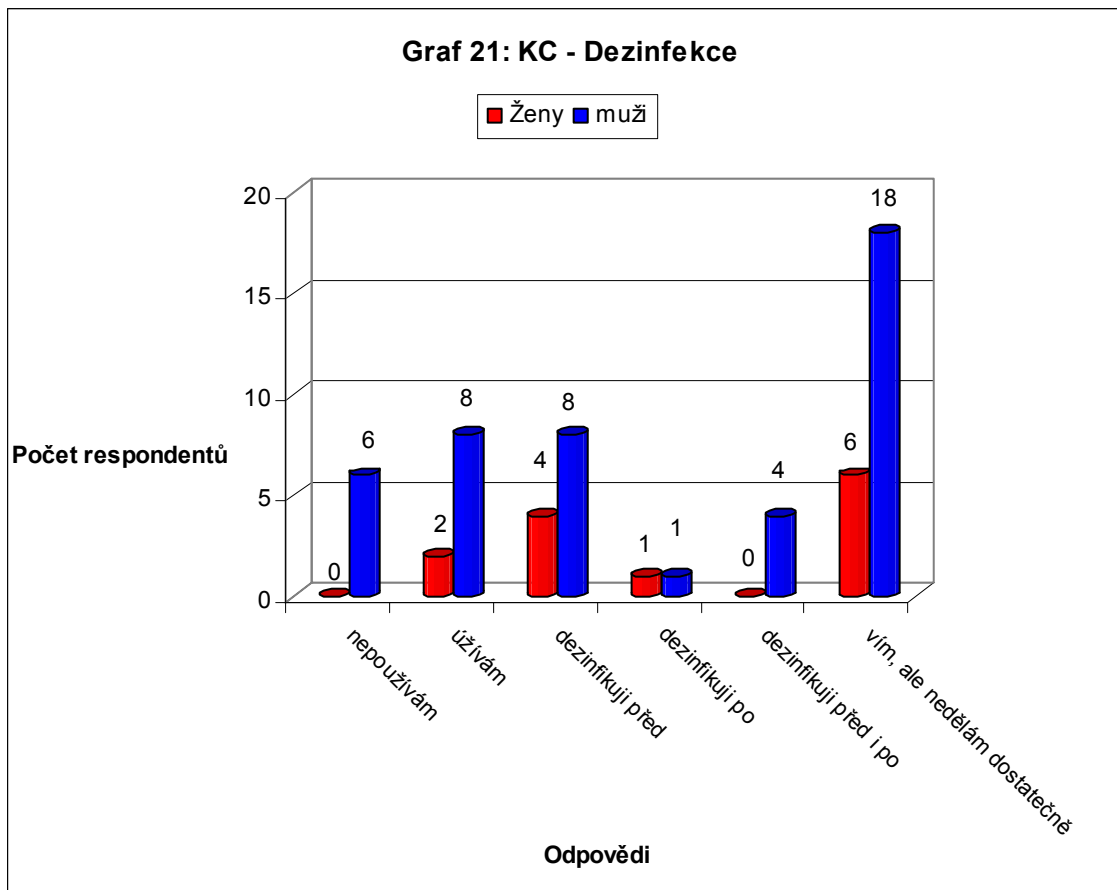
Zdroj: Vlastní výzkum

66,5 % (8) respondentek PL odpovědělo, že si půjčuje náčiní k aplikaci psychoaktivní látky. 6krát si půjčují lžičku, 6krát filtr, 4krát „rozdělovačku“, 4krát nádobu, 1krát vodu. 33,5 % (4) respondentek PL odpovědělo Ne.

56,5 % (26) respondentů PL odpovědělo, že si půjčuje náčiní k aplikaci psychoaktivní látky. 26krát si půjčují lžičku, 15krát filtr, 14krát „rozdělovačku“, 8krát nádobu. 43,5 % (20) respondentů PL odpovědělo Ne.

Otázka č. 13: **Dezinfekce:** (platnou odpověď zakroužkujte)

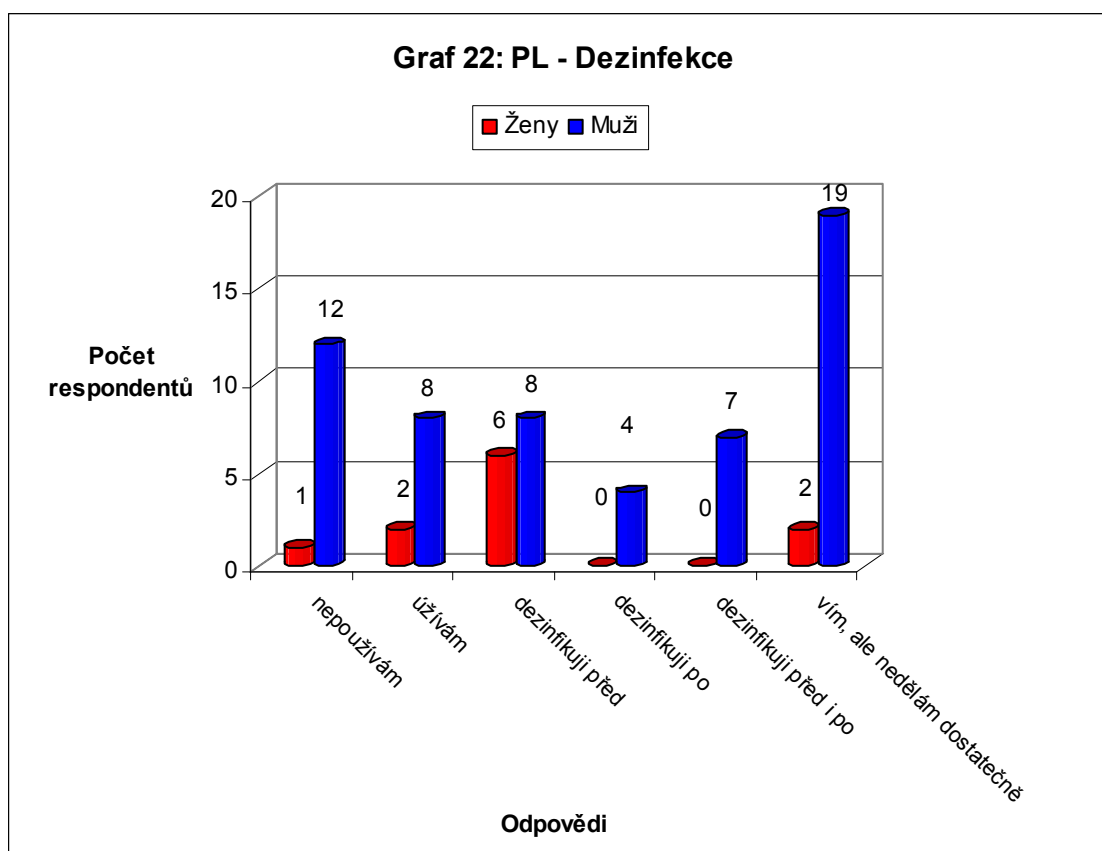
Kontaktní a doléčovací centrum pro drogovou závislost, o.s. Háječek (KC)



Zdroj: Vlastní výzkum

Respondentky KC odpověděly: 6krát uvědomuji si důležitost dezinfekčního ošetření kůže před vpichem, ale nedělám/nedělal/a jsem to dostatečně, 4krát místo vpichu dezinfikuji/jsem dezinfikoval/a před vpichem, 2krát užívám účinnou dezinfekci, 1krát místo vpichu dezinfikuji/jsem dezinfikoval/a po vpichu.

Respondenti KC odpověděli: 18krát uvědomuji si důležitost dezinfekčního ošetření kůže před vpichem, ale nedělám/nedělal/a jsem to dostatečně, 8krát místo vpichu dezinfikuji/jsem dezinfikoval/a před vpichem, 8krát užívám účinnou dezinfekci, 6krát nepoužívám/nepoužíval/a jsem účinnou dezinfekci, 4krát místo vpichu dezinfikuji/jsem dezinfikoval/a před i po vpichu, 1krát místo vpichu dezinfikuji/jsem dezinfikoval/a po vpichu.



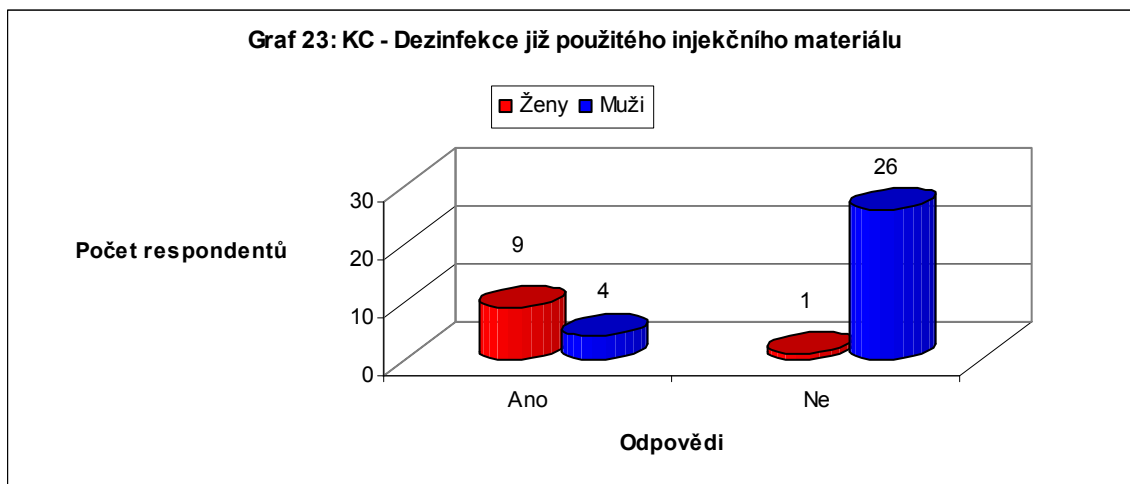
Zdroj: Vlastní výzkum

Respondentky PL odpovídaly: 6krát místo vpichu dezinfikuji/jsem dezinfikoval/a před vpichem, 2krát užívám účinnou dezinfekci, 2krát uvědomuji si důležitost dezinfekčního ošetření kůže před vpichem, ale nedělám/nedělal/a jsem to dostatečně, 1krát nepoužívám/nepoužíval/a jsem účinnou dezinfekci.

Respondenti PL odpovídali: 19krát uvědomuji si důležitost dezinfekčního ošetření kůže před vpichem, ale nedělám/nedělal/a jsem to dostatečně, 12krát nepoužívám/nepoužíval/a jsem účinnou dezinfekci, 8krát užívám účinnou dezinfekci, 8krát místo vpichu dezinfikuji/jsem dezinfikoval/a před vpichem, 7krát místo vpichu dezinfikuji/jsem dezinfikoval/a před i po vpichu, 4krát místo vpichu dezinfikuji/jsem dezinfikoval/a po vpichu.

Otázka č. 14: Dezinfikujete/jste dezinfikoval/a již použitý injekční materiál, který užíjete ke vpichu?

Kontaktní a doléčovací centrum pro drogovou závislost, o.s. Háječek (KC)

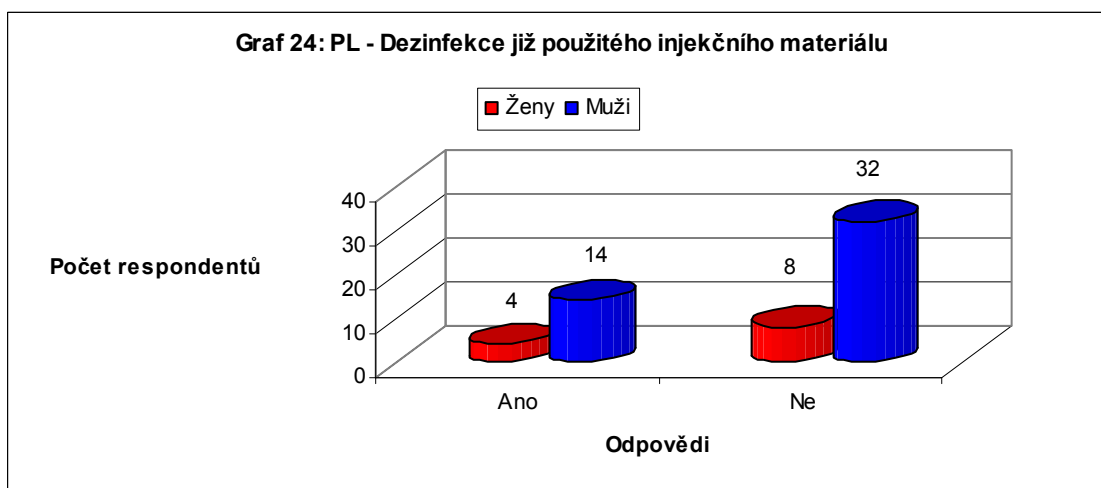


Zdroj: Vlastní výzkum

90 % (9) respondentek KC odpovědělo Ano. 10 % (1) odpověděla Ne.

13,5 % (4) respondentů KC odpovědělo Ano, 86,5 % (26) odpovědělo Ne.

Psychiatrická léčebna Červený Dvůr (PL)



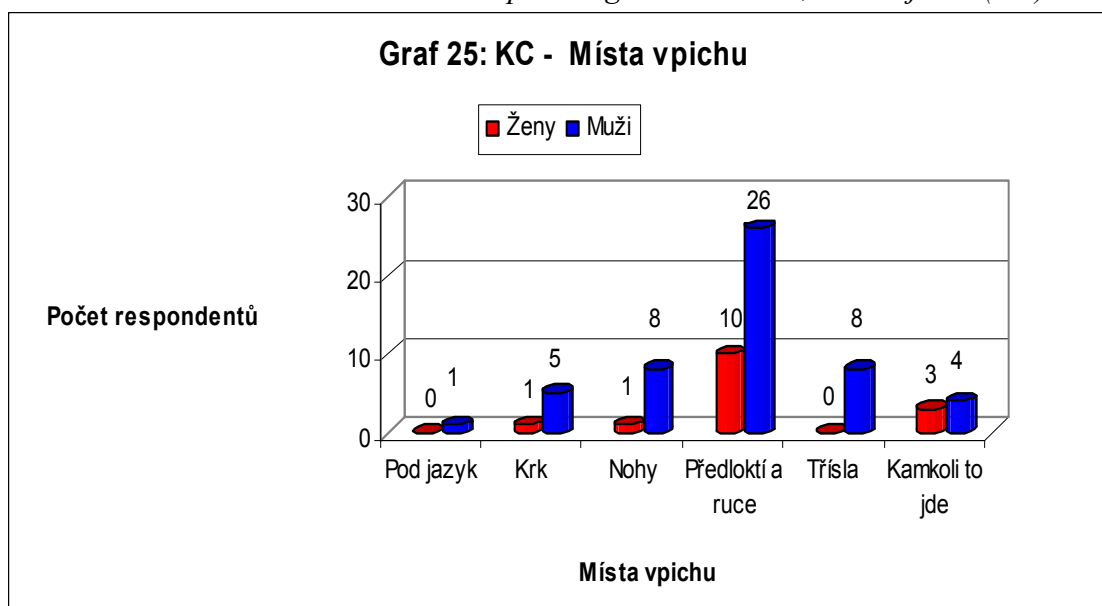
Zdroj: Vlastní výzkum

33,5 % (4) respondentek PL odpovědělo Ano. 66,5 % (8) odpovědělo Ne.

30,5 % (14) respondentů KC odpovědělo Ano, 69,5 % (32) odpovědělo Ne.

Otázka č. 15: Vypište, prosím, Vaše místa vpichu:

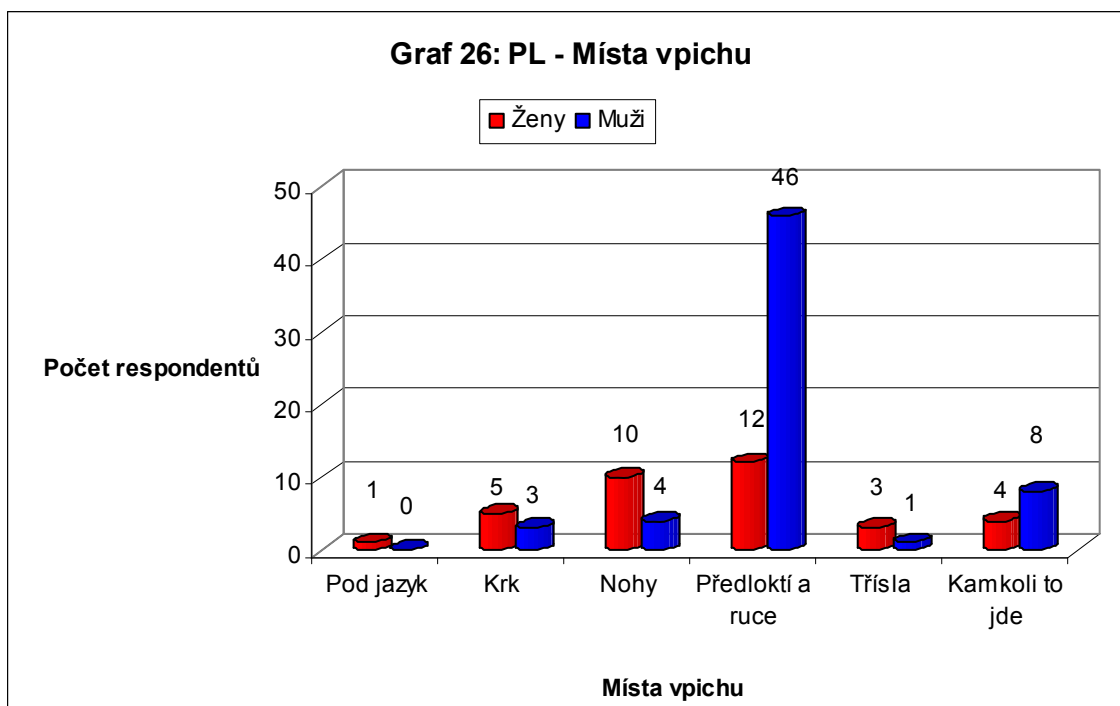
Kontaktní a doléčovací centrum pro drogovou závislost, o.s. Háječek (KC)



Zdroj: Vlastní výzkum

Respondentky KC uváděly nejčastějším místem vpichu 10krát předloktí (loketní jamku) a celé ruce. 3krát kamkoli to jde (tj. celý žilní systém), 1krát krk a 1krát nohy.

Respondenti KC uváděli nejčastějším místem vpichu 26krát předloktí a celé ruce (vč. zápěstí), 8krát třísla, 8krát nohy, 5krát krk, 4krát kamkoli (tj. celý žilní systém) to jde, 1krát pod jazyk.



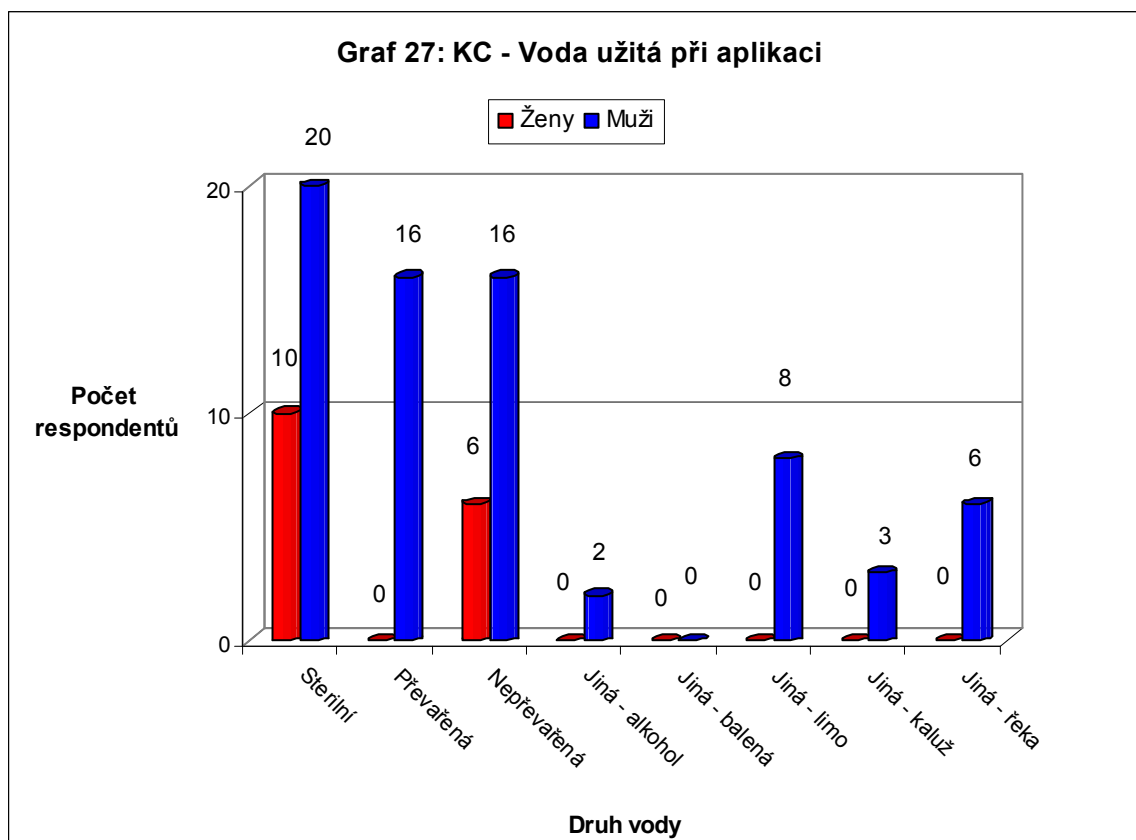
Zdroj: Vlastní výzkum

Respondentky PL uváděly nejčastěji 12krát předloktí a celé ruce, 10krát nohy, 5krát krk, 4krát kamkoli to je (tj. celý žilní systém), 3krát třísla, 1krát pod jazyk.

Respondenti PL uváděli nejčastěji, a to 46krát, předloktí a celé ruce, 8krát kamkoli to jde (tj. celý žilní systém), 4krát nohy, 3krát krk a 1krát třísla.

Otázka č. 16: Voda užitá při aplikaci drogy byla: (platnou odpověď zakroužkujte, můžete vybrat více odpovědí)

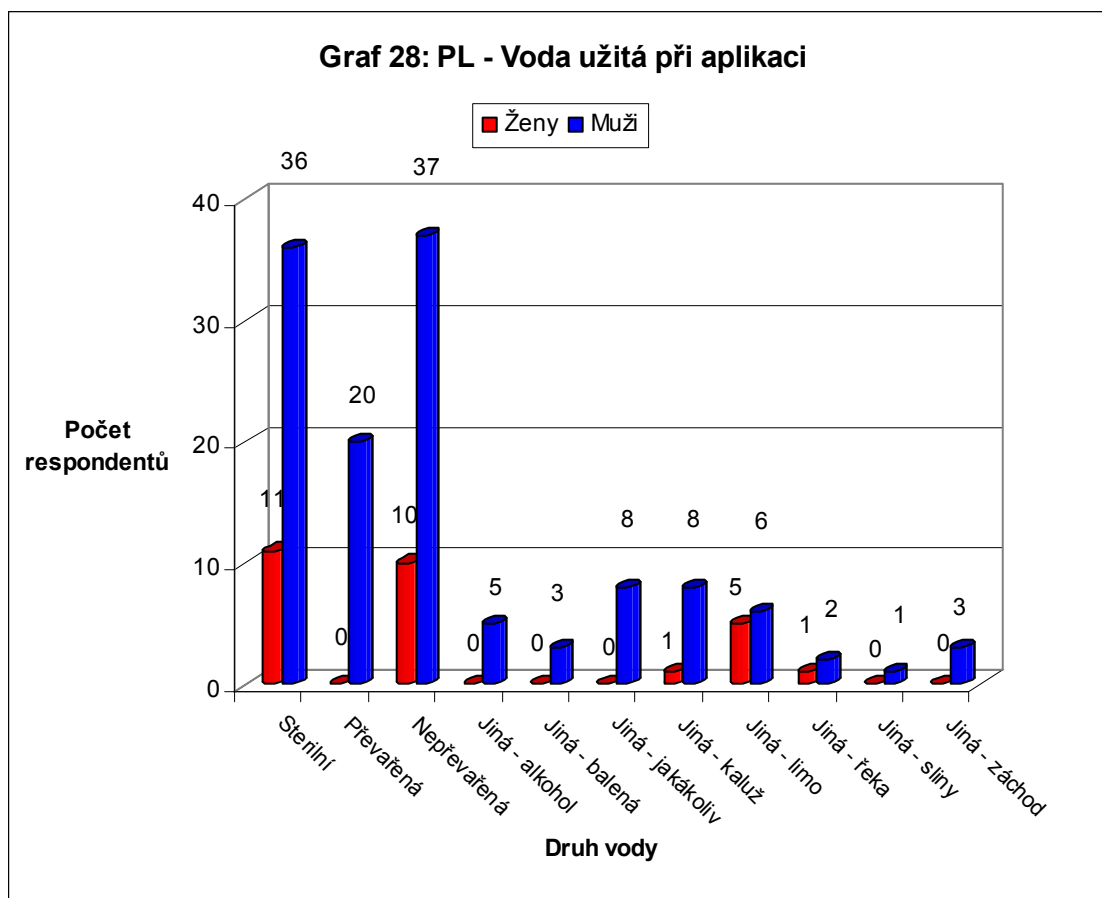
Kontaktní a doléčovací centrum pro drogovou závislost, o.s. Háječek (KC)



Zdroj: Vlastní výzkum

Respondentky KC udávaly jako nejčastější zdroj vody určené k aplikaci 10krát sterilní z výměnného programu a 6krát z vodovodní sítě – nepřevařená.

Respondenti KC nejčastější zdroj vody určené k aplikaci 20krát sterilní z výměnného programu, 16krát z vodovodní sítě – převařená, 16krát z vodovodní sítě – nepřevařená, 8krát jiná – limonáda, 6krát jiná – řeka, 3krát kaluž a 2krát alkohol (vodka).



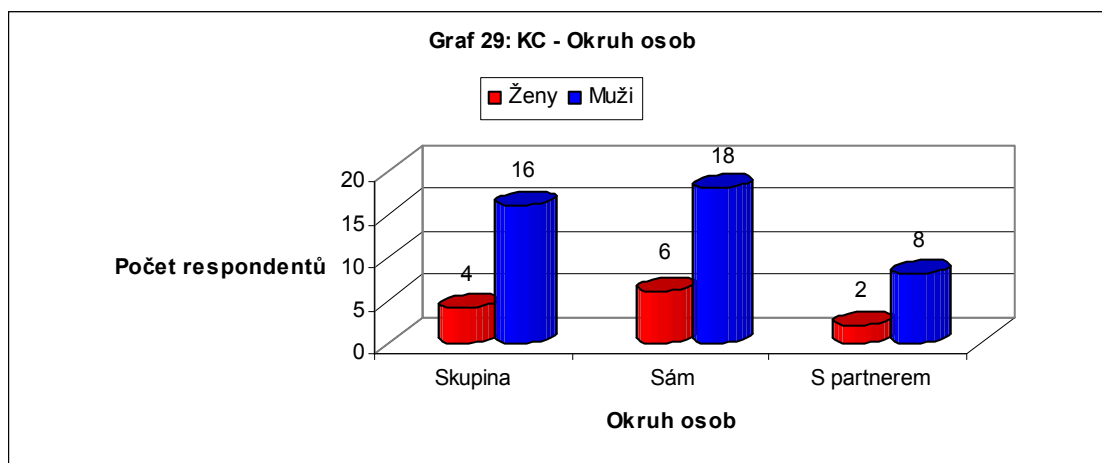
Zdroj: Vlastní výzkum

Respondentky PL KC udávaly jako nejčastější zdroj vody určené k aplikaci 11krát sterilní z výměnného programu, 10krát z vodovodní sítě – nepřevařená, 5krát jiná – limonády, 1krát jiná – řeka.

Respondenti PL KC udávali jako nejčastější zdroj vody určené k aplikaci 37krát z vodovodní sítě – nepřevařená. 36krát sterilní z výměnného programu, 20krát z vodovodní sítě – převařená, 8krát jiná – jakákoliv, 8krát jiná – kaluž, 6krát jiná – limonáda, 5krát jiná – alkohol (rum, vodka), 3krát jiná – balená, 3krát jiná – záchod, 2krát řeka a 1krát sliny.

Otázka č. 17: **Drogu nejčastěji aplikujete / jste aplikovali:** (platnou odpověď zakroužkujte)

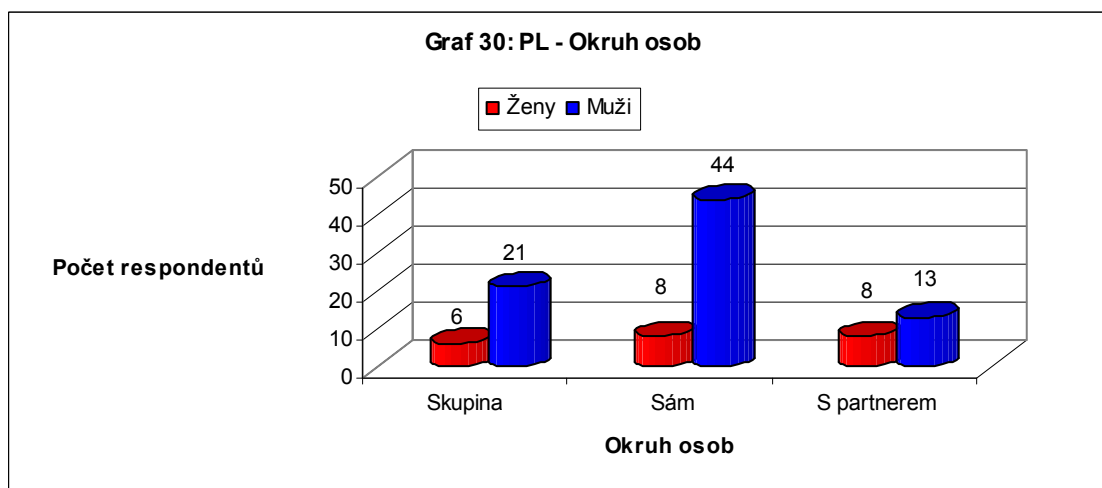
Kontaktní a doléčovací centrum pro drogovou závislost, o.s. Háječek (KC)



Zdroj: Vlastní výzkum

Respondentky KC uváděly 6krát o samotě, 4krát ve skupině a 2krát v páru s partnerem. Respondenti KC uváděli 18krát sám, 16krát ve skupině, 8krát s partnerem.

Psychiatrická léčebna Červený Dvůr (PL)

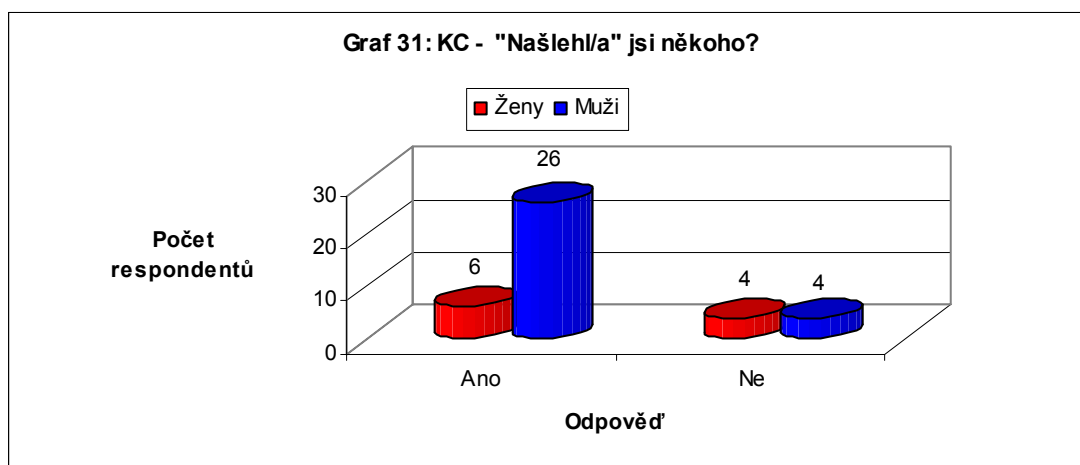


Zdroj: Vlastní výzkum

Respondentky PL uváděly 8krát o samotě, 8krát v páru s partnerem a 6krát ve skupině. Respondenti PL uváděli 44krát sám, 21krát ve skupině, 13krát s partnerem.

Otázka č. 18: „Našlehl/a“ jsi někoho?

Kontaktní a doléčovací centrum pro drogovou závislost, o.s. Háječek (KC)

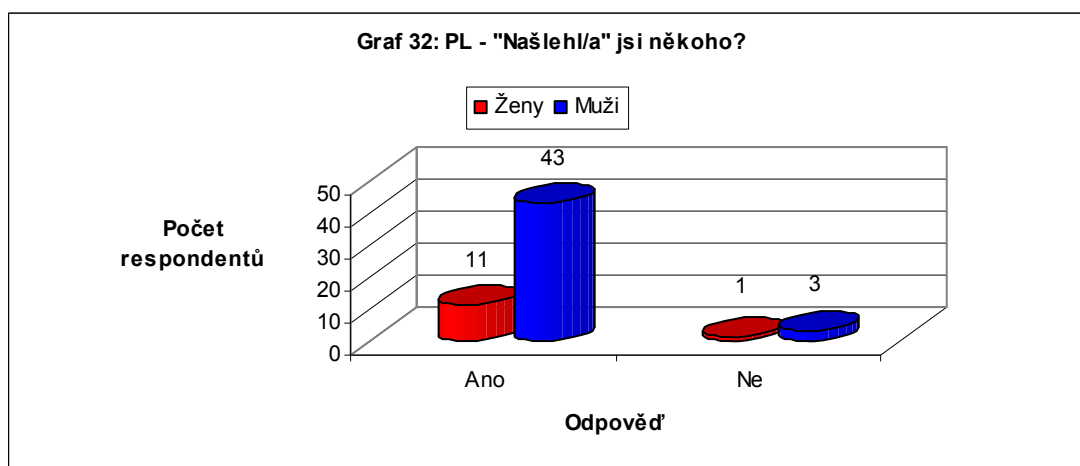


Zdroj: Vlastní výzkum

60 % (6) respondentek KC odpovědělo Ano, 40 % (4) odpověděly ne.

86,5 % (26) respondentů odpovědělo Ano, 13,5 % (4) odpověděli ne.

Psychiatrická léčebna Červený Dvůr (PL)



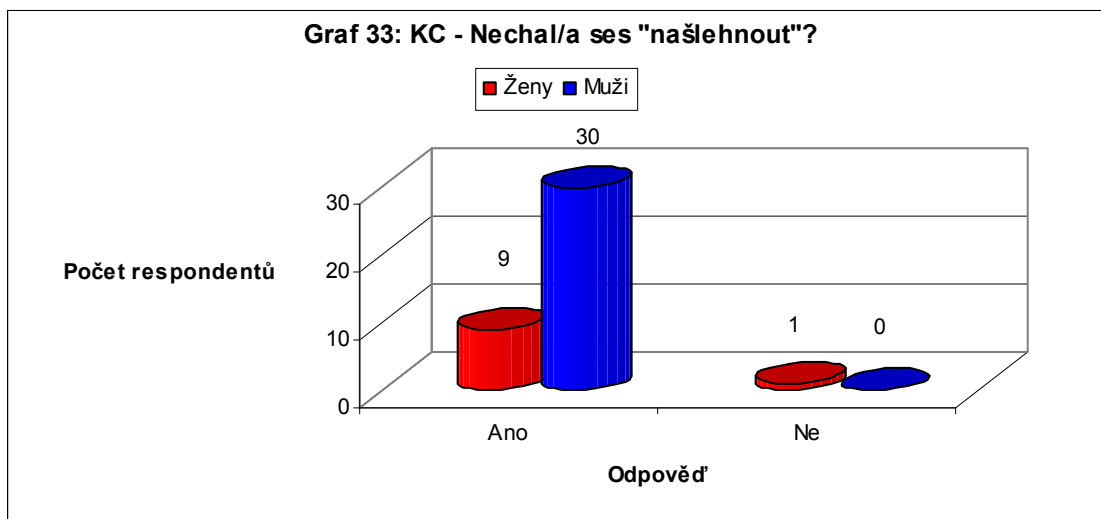
Zdroj: Vlastní výzkum

91,5 % (11) respondentek PL uvedlo Ano, 8,5 % (1) Ne.

93,5 % (43) respondentek PL uvedlo Ano, 6,5 % (3) Ne.

Otázka č. 19: Nechal/a ses „našlehnout“?

Kontaktní a doléčovací centrum pro drogovou závislost, o.s. Háječek (KC)

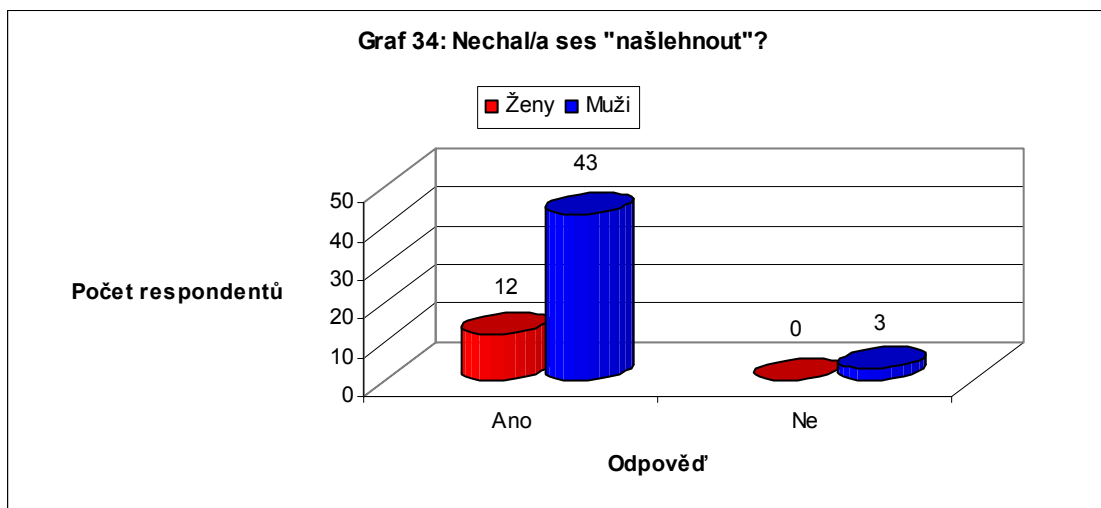


Zdroj: Vlastní výzkum

90 % (9) respondentek KC odpovědělo Ano, 10 % (1) odpověděly ne.

100 % (30) respondentů KC odpovědělo Ano, 0% (0) odpověděli ne.

Psychiatrická léčebna Červený Dvůr (PL)



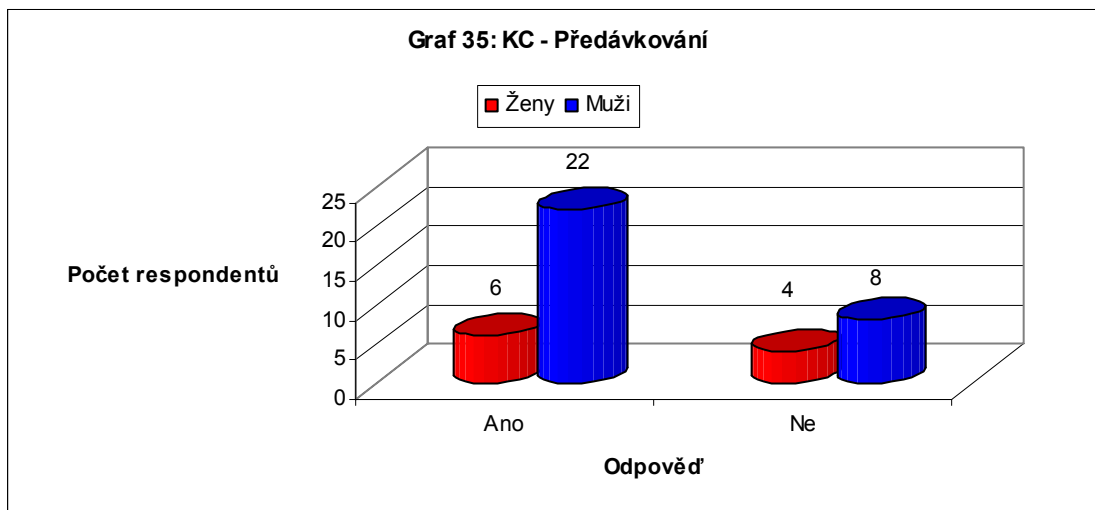
Zdroj: Vlastní výzkum

100 % (12) respondentek PL odpovědělo Ano, 0 % (0) odpověděly ne.

93,5 % (43) respondentů odpovědělo Ano, 6,5 % (3) odpověděli ne.

Otázka č. 20: **Předákoval/a jsi se tak, že Tě museli hospitalizovat v nemocnici?**

Kontaktní a doléčovací centrum pro drogovou závislost, o.s. Háječek (KC)

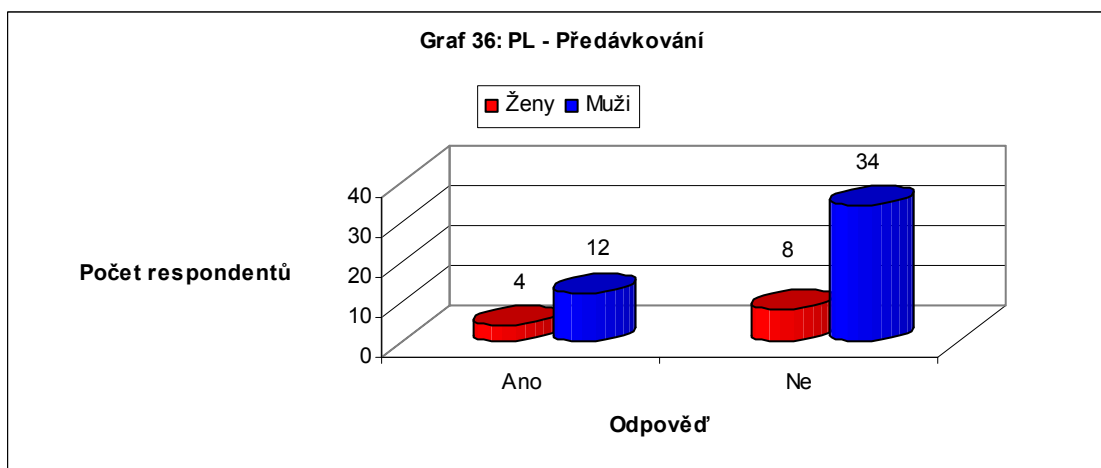


Zdroj: Vlastní výzkum

60 % (6) dotazovaných žen z KC odpovědělo Ano, 40 % (4) Ne.

73,5 % (22) dotazovaných mužů z KC odpovědělo Ano, 26,5 % (8) Ne.

Psychiatrická léčebna Červený Dvůr (PL)



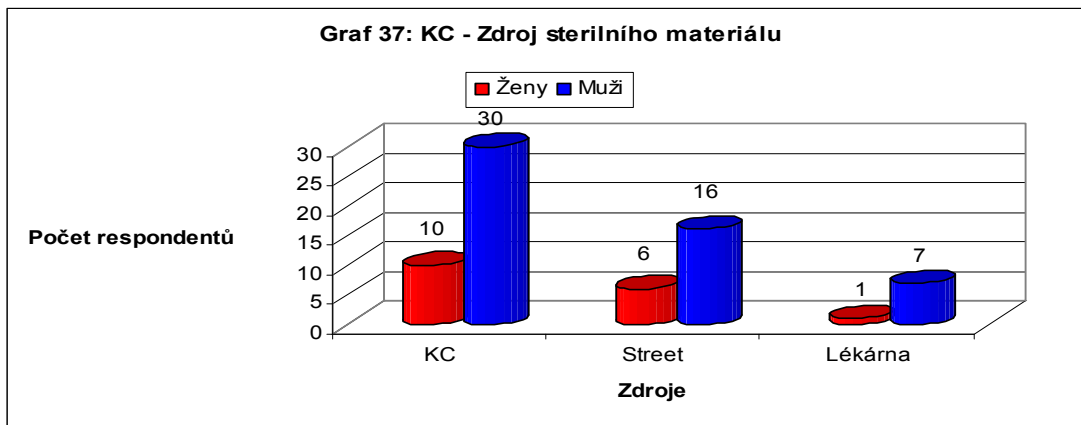
Zdroj: Vlastní výzkum

33,5 % (4) dotazovaných žen z PL odpovědělo Ano, 66,5 % (8) Ne.

26 % (12) dotazovaných mužů z PL odpovědělo Ano, 74 % (34) Ne.

Otázka č. 21: Nejčastější zdroj sterilního injekčního materiálu:

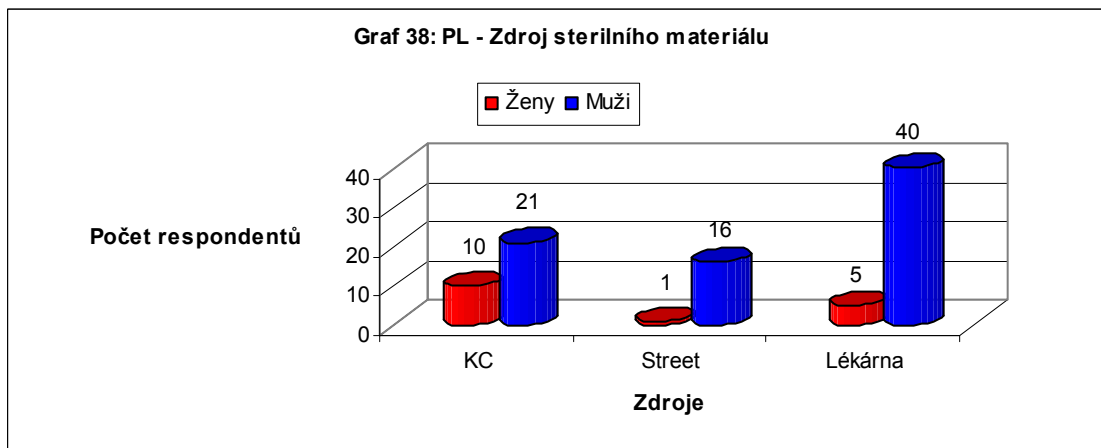
Kontaktní a doléčovací centrum pro drogovou závislost, o.s. Háječek (KC)



Zdroj: Vlastní výzkum

Dotazované ženy KC uváděly 10krát výměnný program KC, 6krát výměnný program streetworkerů a 1krát lékárna. Dotazovaní muži KC uváděli 30krát výměnný program KC, 18krát výměnný program sreetworkerů a 7krát lékárna.

Psychiatrická léčebna Červený Dvůr (PL)

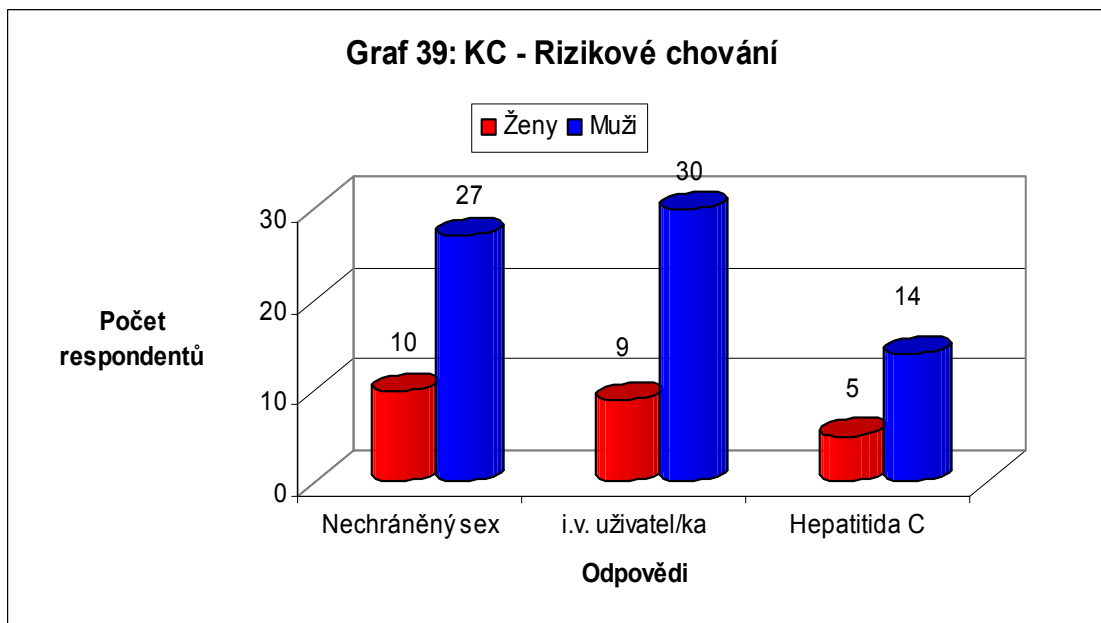


Zdroj: Vlastní výzkum

Dotazované ženy PL uváděly 10krát výměnný program KC, 5krát lékárna, 1krát výměnný program streetworkerů. Dotazovaní muži PL uváděli 40krát lékárna, 21krát výměnný program KC, 16krát výměnný program sreetworkerů.

Otázka č. 22: Měl/a jsi nechráněný sex (bez kondomu)? Užíval některý/á z Tvých sexuálních partnerů/partnerek drogy nitrožilně? Měl/a některý/á z Tvých sexuálních partnerů/partnerek žloutenku C?

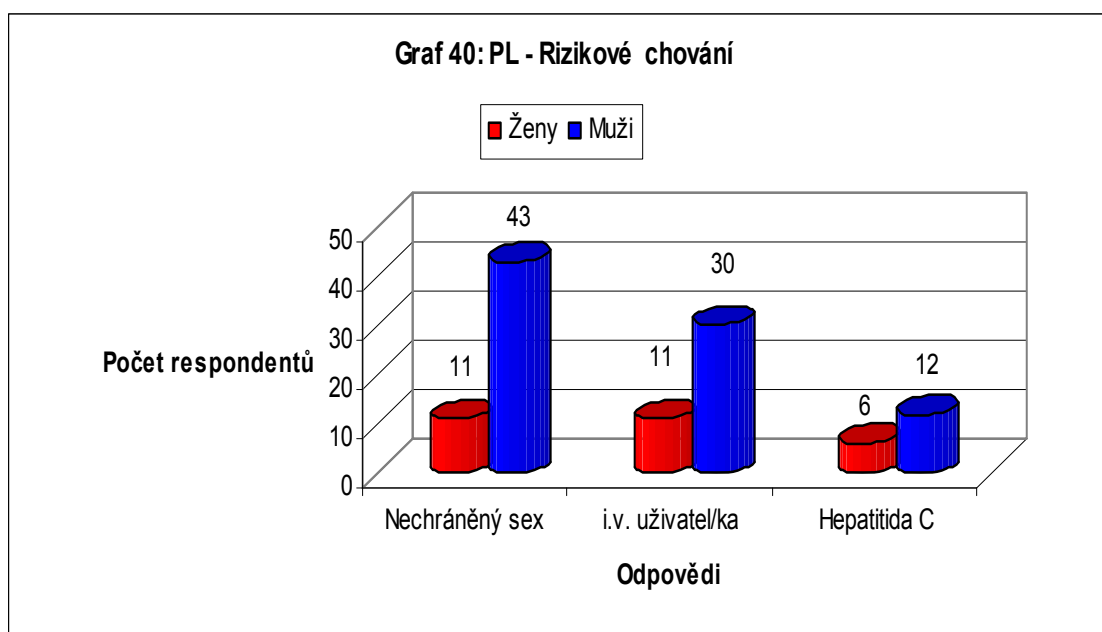
Kontaktní a doléčovací centrum pro drogovou závislost, o.s. Háječek (KC)



Zdroj: Vlastní výzkum

Respondentky KC uváděly 10krát nechráněný sex, 9krát uváděly, že jejich sexuální partner užíval intravenózně drogy, v 5 případech měl hepatitidu C.

Respondenti KC uváděli 27krát nechráněný sex, 30krát uváděli, že jejich sexuální partnerka užívala intravenózně drogy, ve 14 případech měla hepatitidu C.



Zdroj: Vlastní výzkum

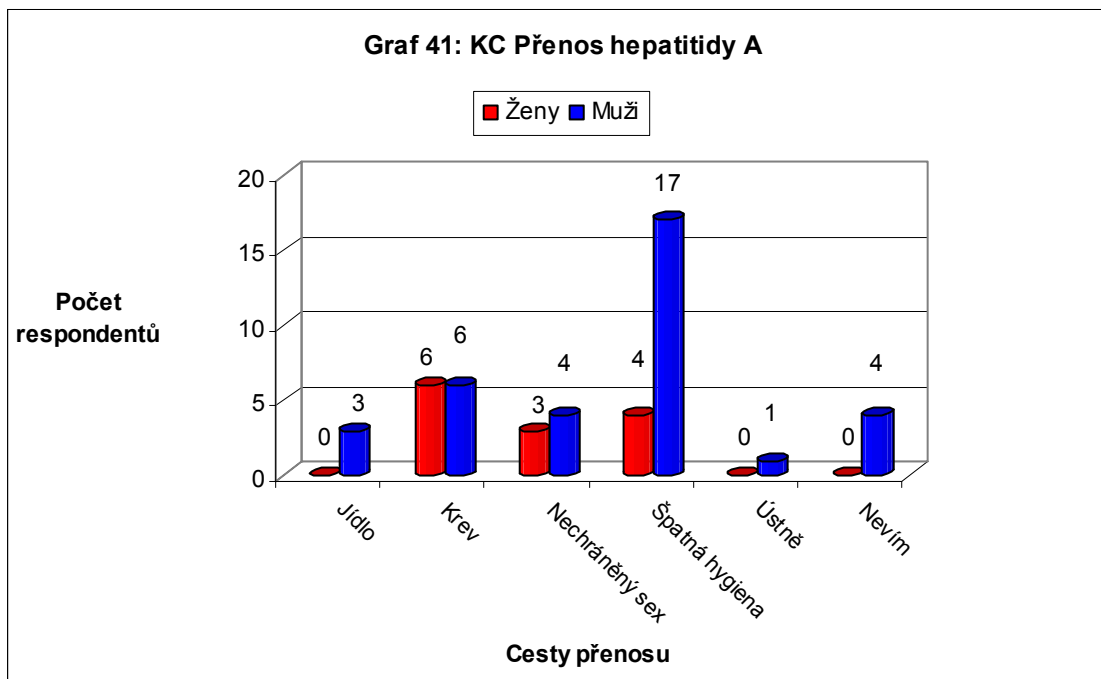
Respondentky PL uváděly 11krát nechráněný pohlavní styk, 11krát uváděly, že jejich sexuální partner užíval intravenózně drogy, v 6 případech měl hepatitidu C.

Respondenti PL uváděli 43krát nechráněný pohlavní styk, 30krát uváděli, že jejich sexuální partnerka užívala intravenózně drogy, ve 12 případech měla hepatitidu C.

Otázka č. 23: Jaké znáš způsoby přenosu žloutenek?

Kontaktní a doléčovací centrum pro drogovou závislost, o.s. Háječek (KC)

Hepatitis A:

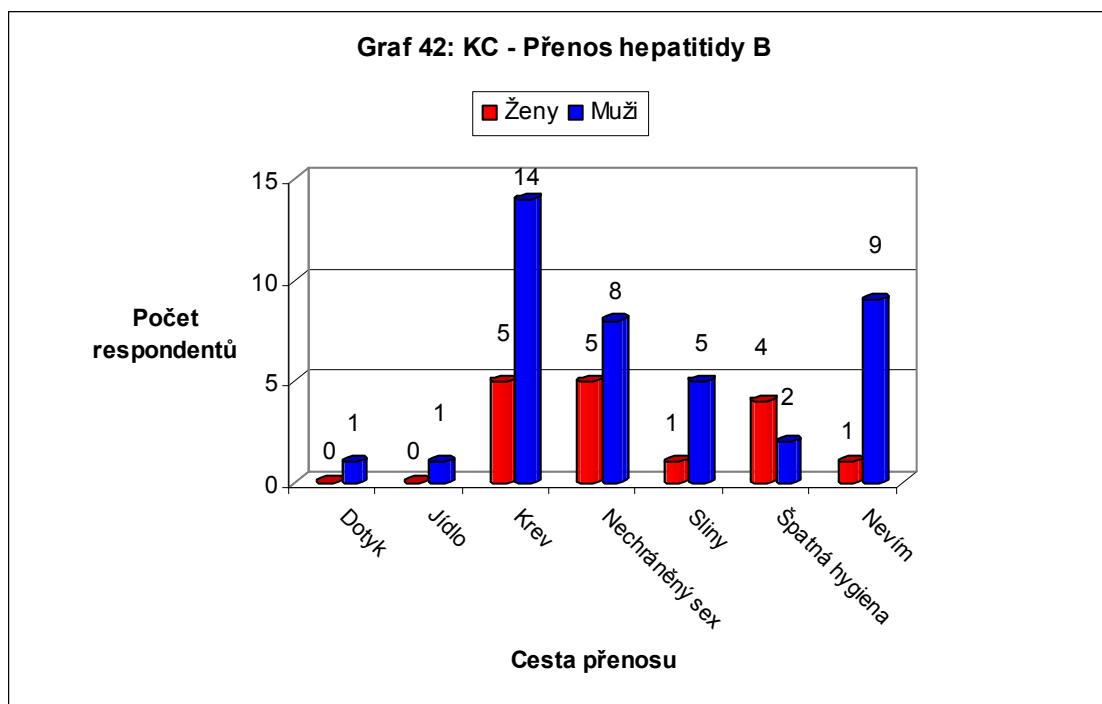


Zdroj: Vlastní výzkum

Respondentky KC uváděly nejčastěji způsob přenosu VHA, a to 6krát, krví, jako další cesty přenosu uváděly 4krát špinavé ruce, tj. špatné hygienické návyky a 3krát nechráněný sex.

Respondenti KC jako nejčastější způsob přenosu VHA uváděli 17krát špinavé ruce, tj. špatné hygienické návyky, 6krát krev, 4krát nechráněný sex, 3krát jídlo a 1krát ústně. 4 respondenti nevěděli.

Hepatitida B:

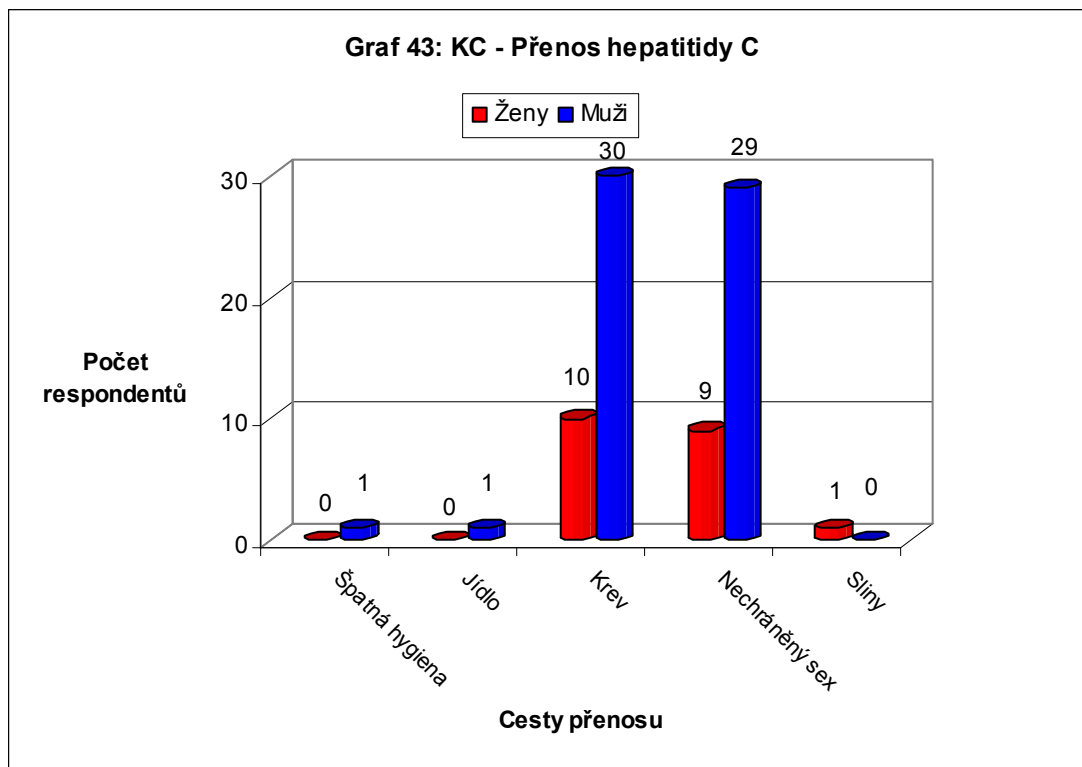


Zdroj: Vlastní výzkum

Respondentky KC uváděly nejčastěji způsob přenosu VHB 5krát krev a 5krát nechráněným pohlavním stykem. Jako další cesty přenosu uváděly 4krát špinavé ruce, tj. špatné hygienické návyky a 1krát sliny a 1 respondentka uvedla, že neví.

Respondenti KC jako nejčastější způsob přenosu VHB uváděli 14krát krev. Jako další cesty přenosu uváděli 8krát nechráněný sex, 5krát sliny, 2krát špinavé ruce, tj. špatné hygienické návyky, 1krát dotyk a 1krát jídlo. 9 respondentů uvedlo, že neví.

Hepatitida C:

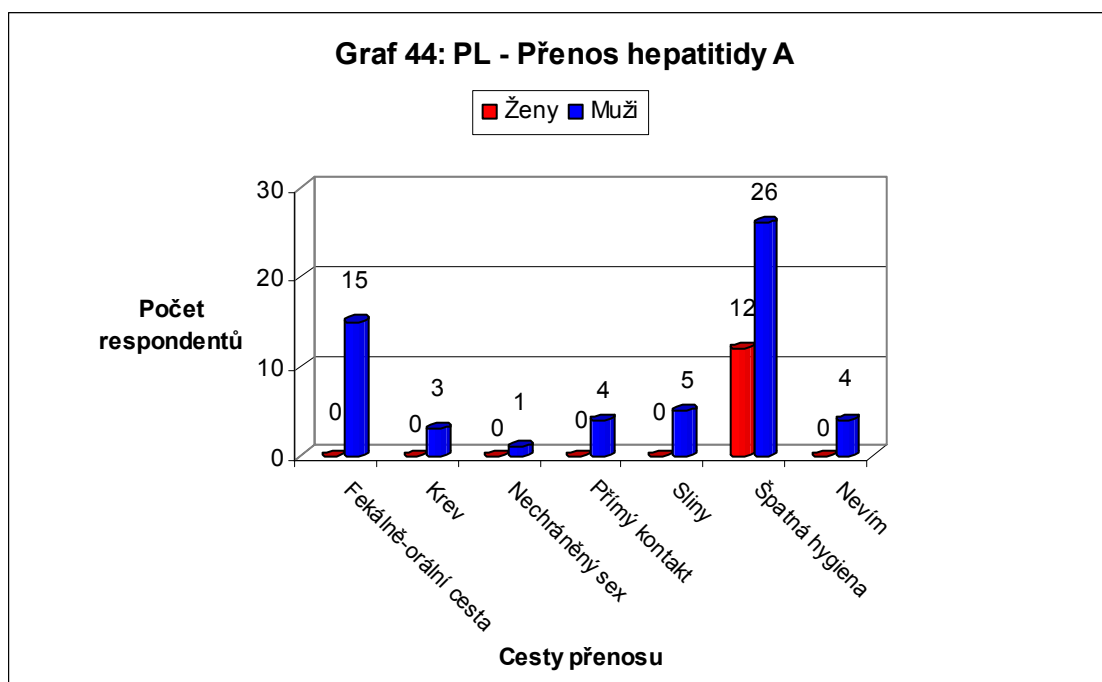


Zdroj: Vlastní výzkum

Respondentky KC uváděly nejčastěji způsob přenosu VHC 10krát krev, 9krát nechráněným pohlavním stykem a 1krát sliny.

Respondenti KC jako nejčastější způsob přenosu VHC uváděli 30krát krev. Jako další cesty přenosu uváděli 29krát nechráněný sex, 1krát jídlo a 1krát špinavé ruce, tj. špatné hygienické návyky.

Hepatitida A:

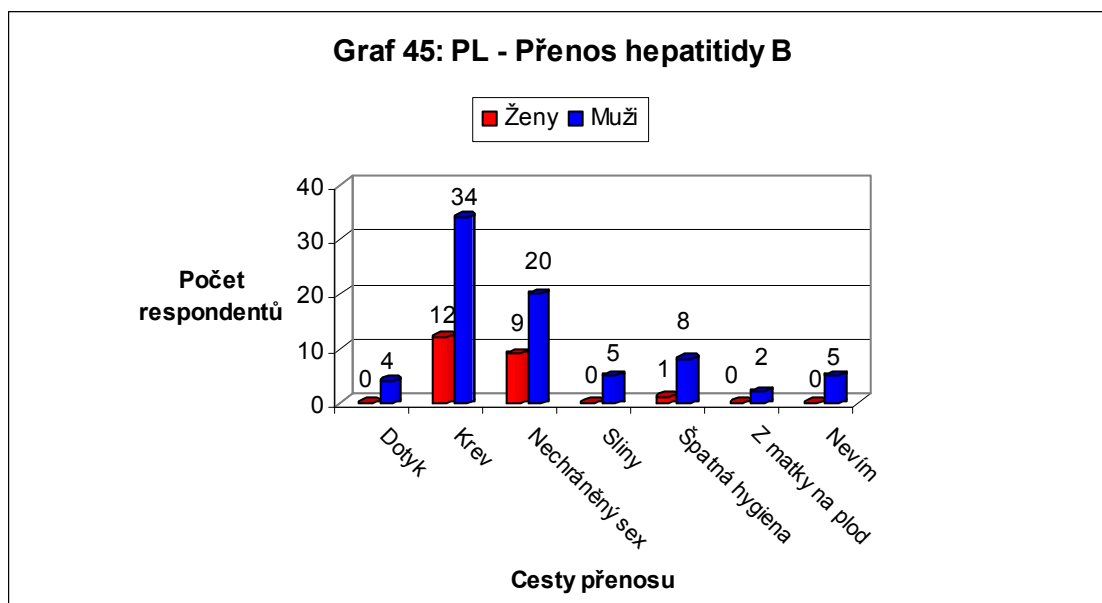


Zdroj: Vlastní výzkum

Všech 12 respondentek PL uvádělo jako jediný způsob přenosu VHA špinavé ruce, tj. špatné hygienické návyky (12krát).

Respondenti PL jako nejčastější způsob přenosu VHA uváděli 26krát špinavé ruce, tj. špatné hygienické návyky, 15krát orálně-fekální cestu, 5krát sliny, 4krát přímý kontakt, 3krát krev, 1krát nechráněný sex. 4 respondenti nevěděli.

Hepatitida B:

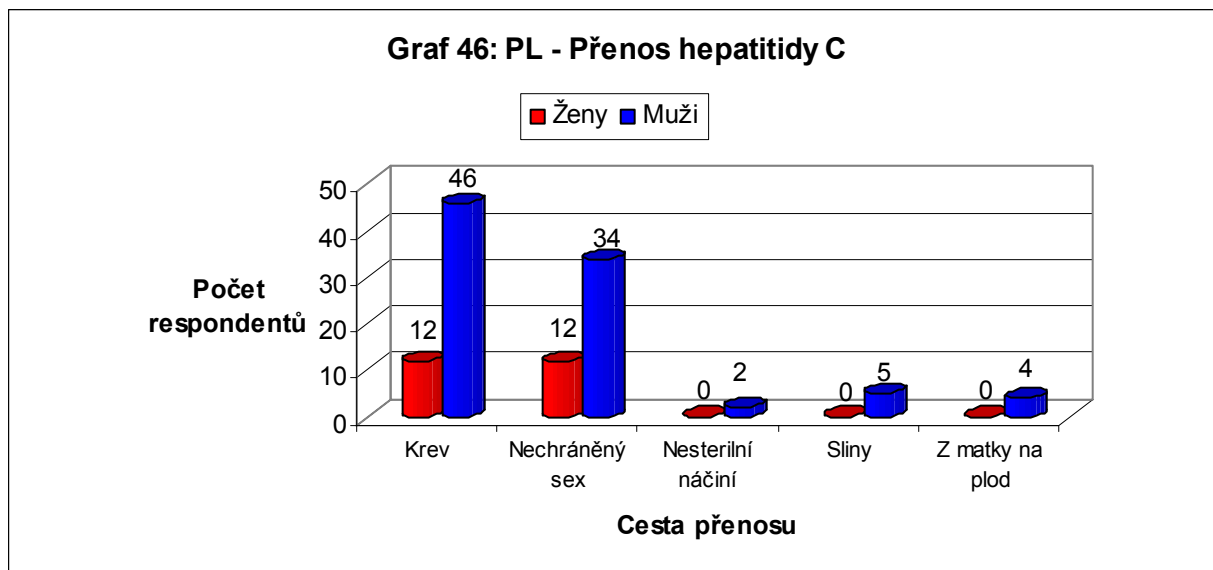


Zdroj: Vlastní výzkum

Respondentky PL uváděly nejčastěji způsob přenosu VHB 12krát krev, 9krát nechráněným pohlavním stykem a 1krát špinavé ruce, tj. špatné hygienické návyky.

Respondenti KC jako nejčastější způsob přenosu VHB uváděli 34krát krev. Jako další cesty přenosu uváděli 20krát nechráněný sex, 8krát špinavé ruce, tj. špatné hygienické návyky, 5krát sliny, 4krát dotyk, 2krát z matky na plod. 5 respondentů odpovědělo, že neví.

Hepatitida C:



Zdroj: Vlastní výzkum

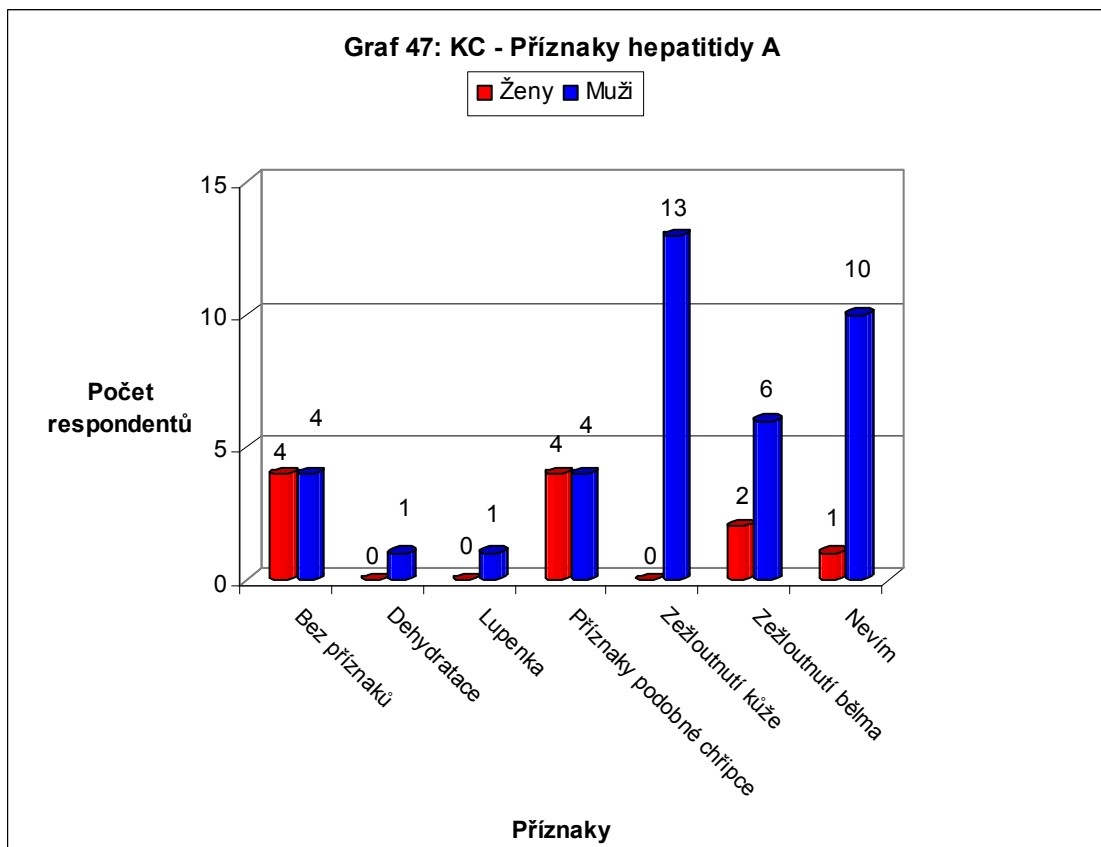
Respondentky PL uváděly 2 cesty přenosu VHC, a to 12krát krev a 12krát nechráněným pohlavním stykem.

Respondenti PL jako nejčastější cestu přenosu VHC uváděli 46krát krev. Jako další způsoby přenosu uváděli 34krát nechráněný sex, 5krát sliny, 4krát z matky na plod a 2krát nesterilním náčiním.

Otázka č. 24: **Jaké znáš příznaky onemocnění žloutenkou?**

Kontaktní a doléčovací centrum pro drogovou závislost, o.s. Háječek (KC)

Hepatitida A:

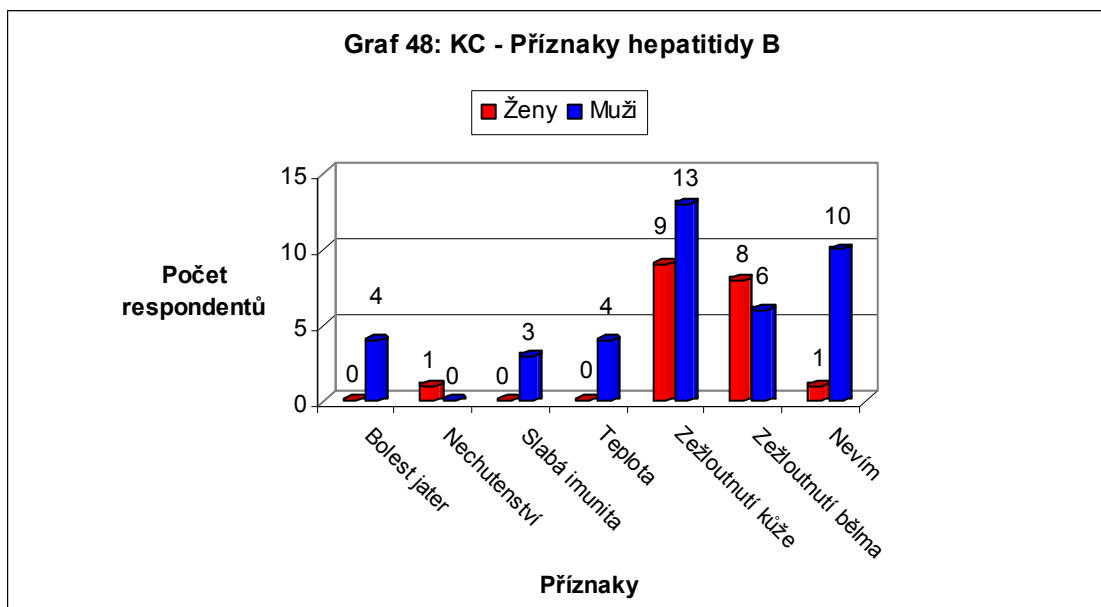


Zdroj: Vlastní výzkum

Respondentky KC popisovaly VHA 4krát jako bezpříznakové onemocnění, 4krát připodobňovaly příznaky chřipce, 2krát popisovaly žluté bělma očí. 1 respondentka uvedla, že neví.

Respondenti KC popisovali tyto příznaky VHA: 13krát zežloutnutí kůže, 6krát zežloutnutí bělma očí, 4krát příznaky podobné chřipce, 4krát popisovali tuto chorobu jako bezpříznakovou. 1krát byla uvedena dehydratace a 1krát lupenka. 10 respondentů odpovědělo, že neví.

Hepatitida B:

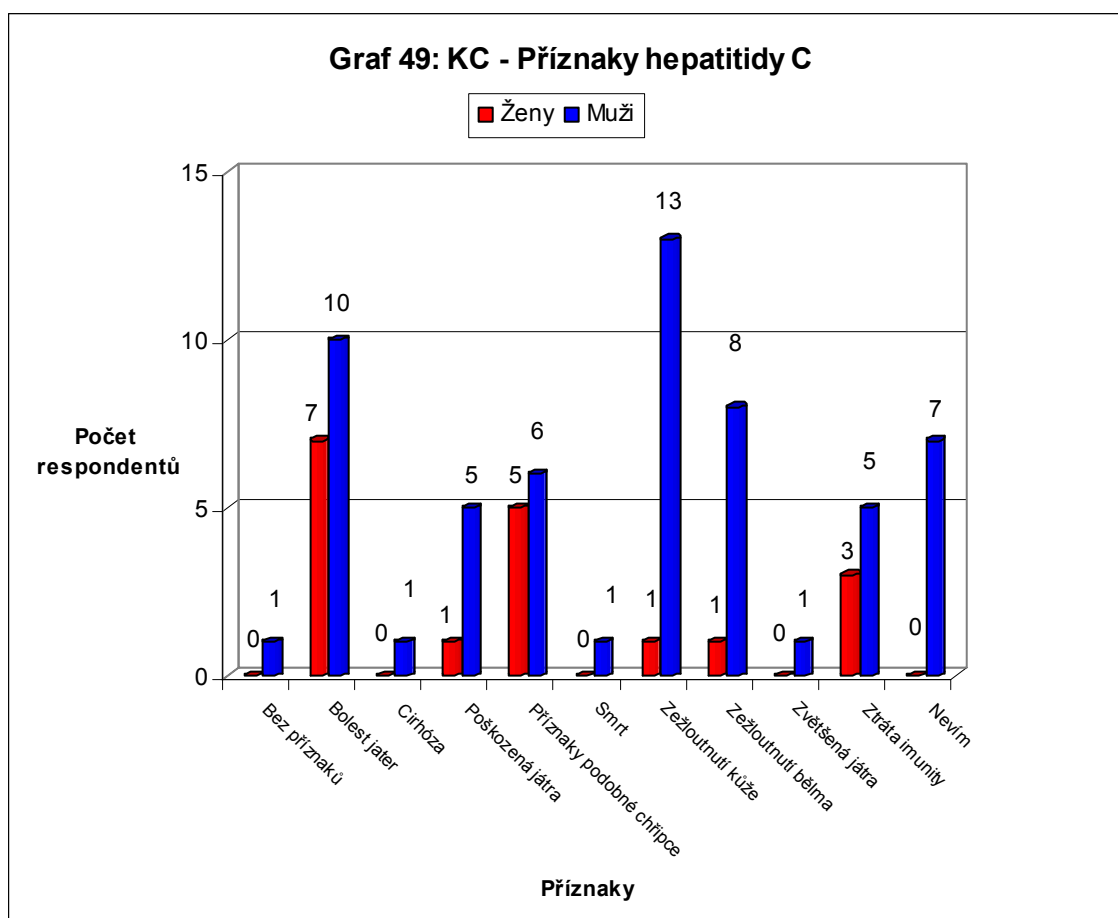


Zdroj: Vlastní výzkum

Respondentky KC popisovaly VHB 9krát žlutou kůží, 8krát žlutým bělmem očí a 1krát nechutenstvím. 1 respondentka uvedla, že neví.

Respondenti KC připisovali VHB 13krát zežloutnutí kůže, 6krát zežloutnutí bělma očí, 4krát teplotu a 4krát bolest jater, 3krát oslabení imunity. 10 respondentů odpovědělo, že neví.

Hepatitida C:

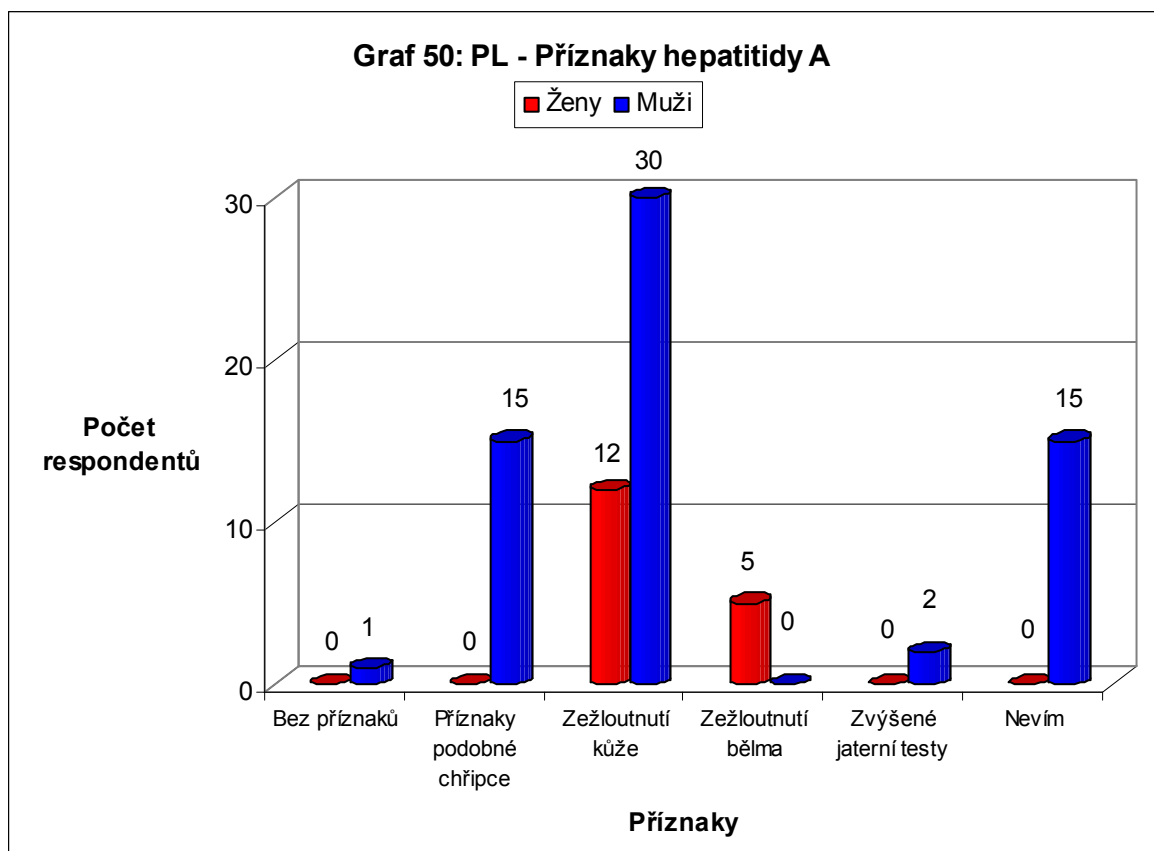


Zdroj: Vlastní výzkum

Respondentky KC uváděly tyto příznaky VHC: 7krát bolest jater, 5krát příznaky podobné chřipce, 3krát ztráta imunity, 1krát zežloutnutí kůže, 1krát zežloutnutí bělmem očí a 1krát poškozená játra.

Respondenti KC uváděli tyto příznaky VHC: 13krát zežloutnutí kůže, 10krát bolest jater, 8krát zežloutnutí bělmem očí, 6krát příznaky podobné chřipce, 5krát poškozená játra a 5krát ztráta imunity, 1krát bez příznaků, 1krát cirhóza, 1krát smrt a 1krát zvětšená játra. 7 respondentů odpovědělo, že neví.

Hepatitida A:

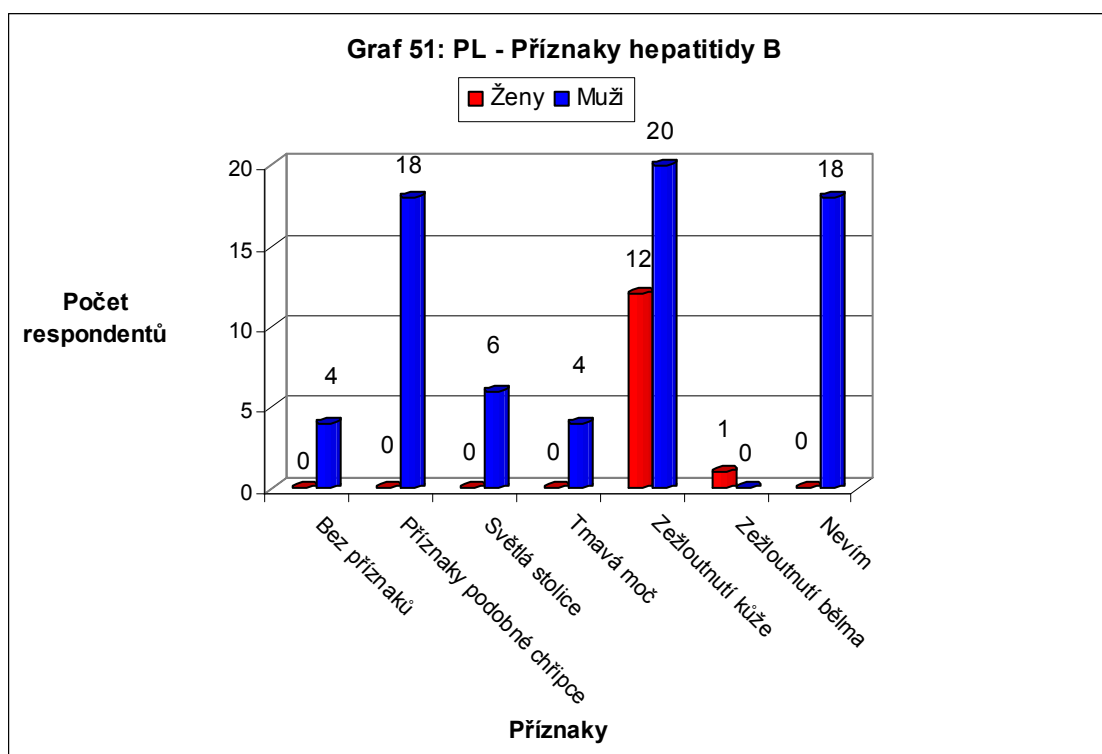


Zdroj: Vlastní výzkum

Respondentky PL uváděly příznaky VHA: 12krát zežloutnutí kůže a 5krát zežloutnutí bělma.

Respondenti PL uváděli příznaky VHA: 30krát zežloutnutí kůže, 15krát příznaky podobné chřipce, 2krát zvýšené jaterní testy a 1krát bezpříznakové.

Hepatitis B:

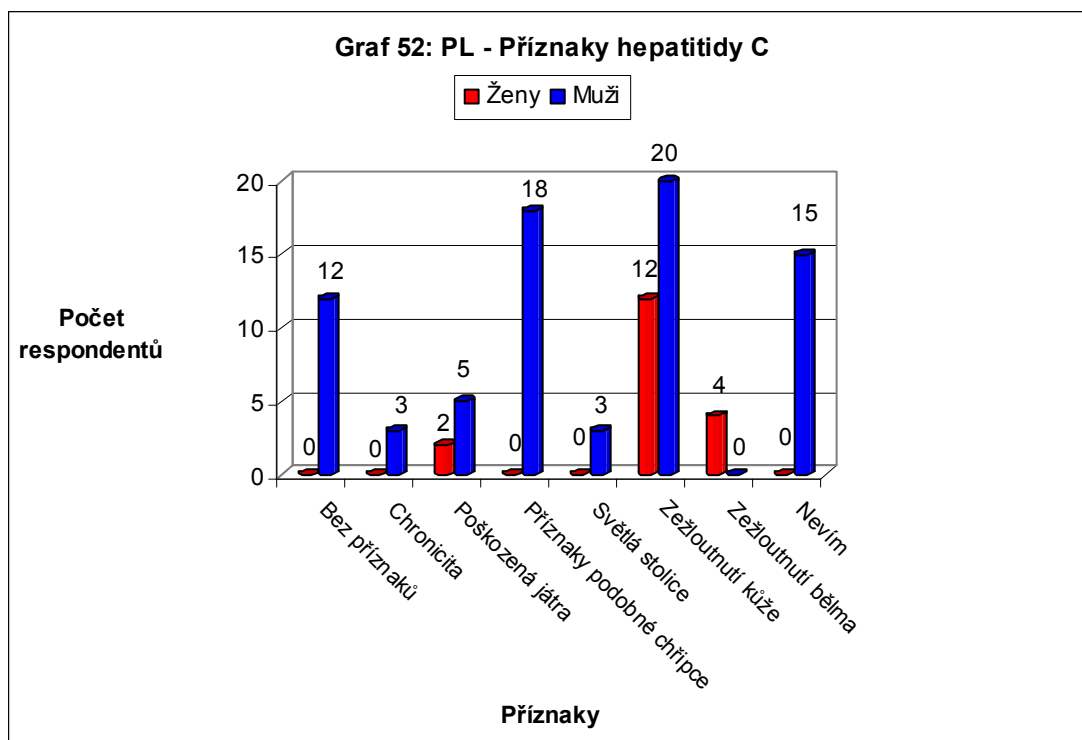


Zdroj: Vlastní výzkum

Respondentky PL uváděly příznaky VHB: 12krát zežloutnutí kůže a 1krát zežloutnutí bělma.

Respondenti PL uváděli příznaky VHB: 20krát zežloutnutí kůže, 18krát příznaky podobné chřipce, 6krát světlá stolice, 4krát tmavá moč a 4krát označili toto onemocnění jako bezpříznakové. 18 respondentů odpovědělo, že neví.

Hepatitida C:



Zdroj: Vlastní výzkum

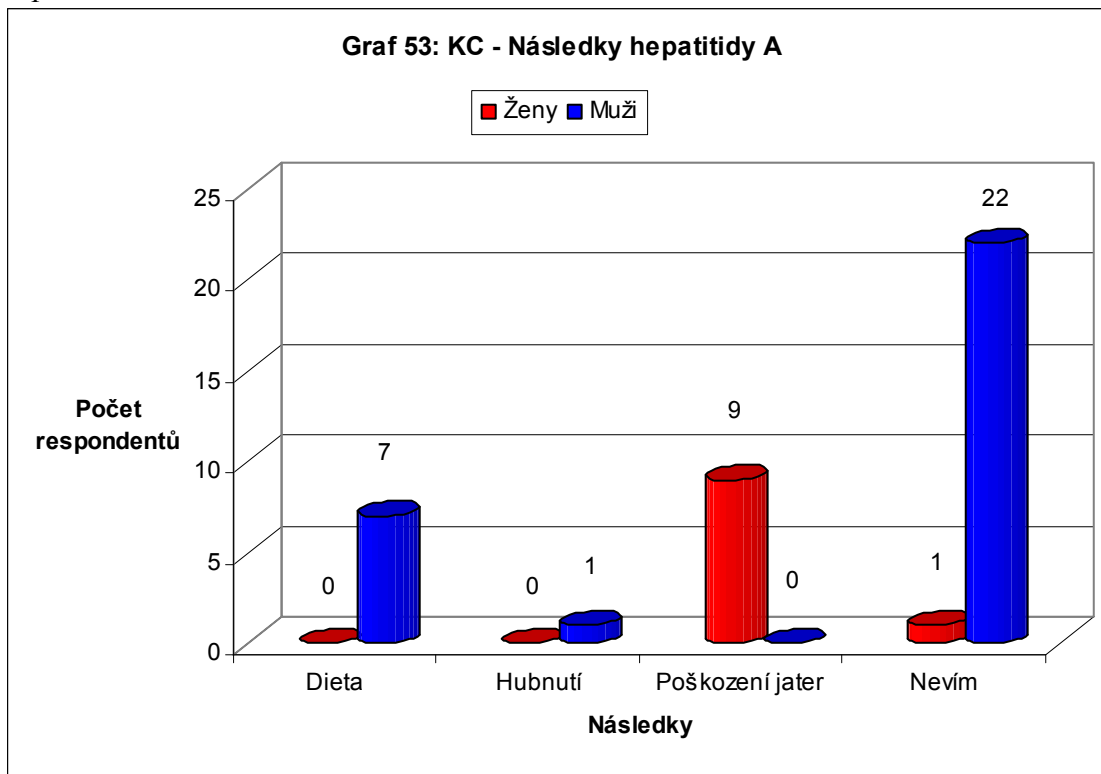
Respondentky PL uváděly příznaky VHC: 12krát zežloutnutí kůže a 4krát zežloutnutí bělma a 2krát poškozená játra.

Respondenti PL uváděli příznaky VHC: 20krát zežloutnutí kůže, 18krát příznaky podobné chřipce, 12krát označili toto onemocnění jako bezpříznakové, 5krát poškozená játra, 3krát světlá stolice a 3krát chronicita. 15 respondentů odpovědělo, že neví.

Otázka č. 25: Jaké znáš následky žloutenky?

Kontaktní a doléčovací centrum pro drogovou závislost, o.s. Háječek (KC)

Hepatitis A:

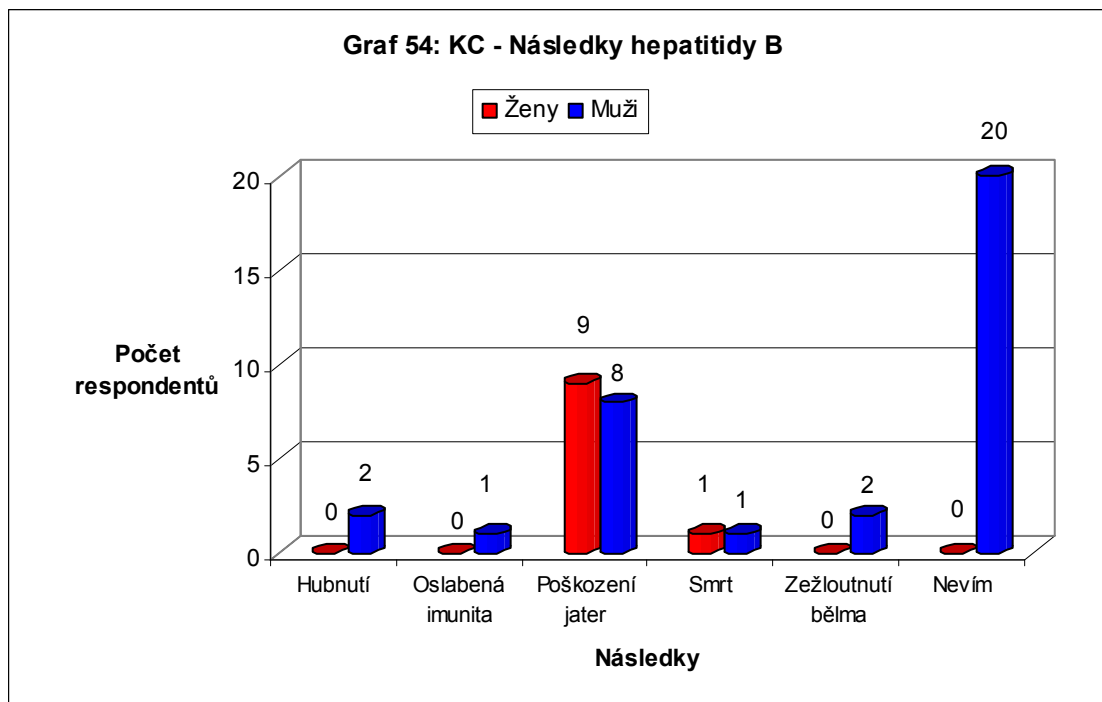


Zdroj: Vlastní výzkum

Respondentky KC popisovaly následky VHA 9krát poškození jater. 1 odpověděla, že neví.

Respondenti KC popisovali následky VHA takto: 7krát dieta, 1krát hubnutí. 22 respondentů uvedlo, že neví.

Hepatitis B:

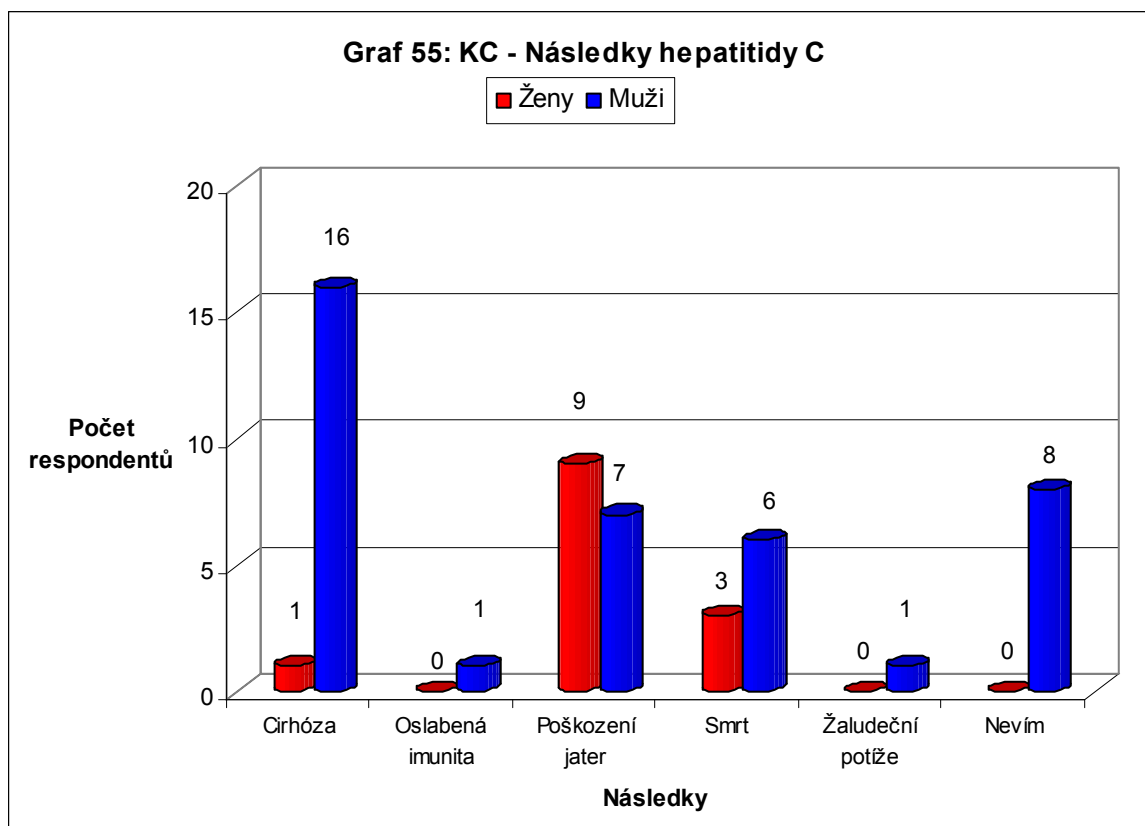


Zdroj: Vlastní výzkum

Respondentky KC popisovaly následky VHB takto: 9krát poškození jater, 1krát smrt.

Respondenti KC popisovali následky VHB takto: 8krát poškození jater, 2krát hubnutí, 1krát oslabená imunita a 1krát smrt. 20 respondentů uvedlo, že neví.

Hepatitida C:

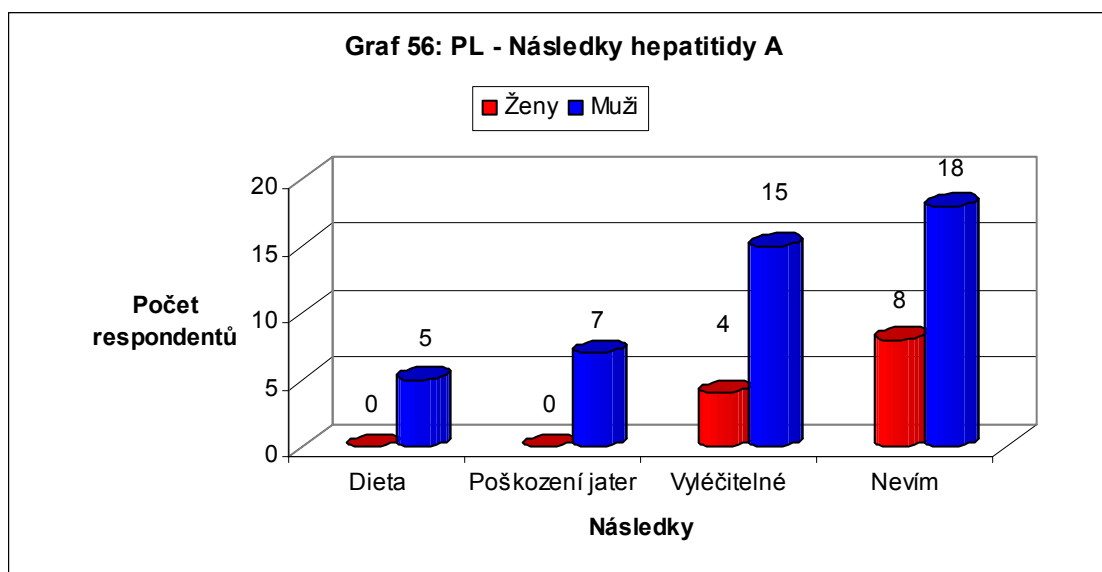


Zdroj: Vlastní výzkum

Respondentky KC popisovaly následky VHC takto: 9krát poškození jater, 3krát smrt a 1krát cirrhóza.

Respondenti KC popisovali následky VHB takto: 16 krát cirrhóza, 7krát poškození jater, 6krát smrt, 1krát oslabená imunita, 1krát žaludeční potíže. 8 respondentů uvedlo, že neví.

Hepatitida A:

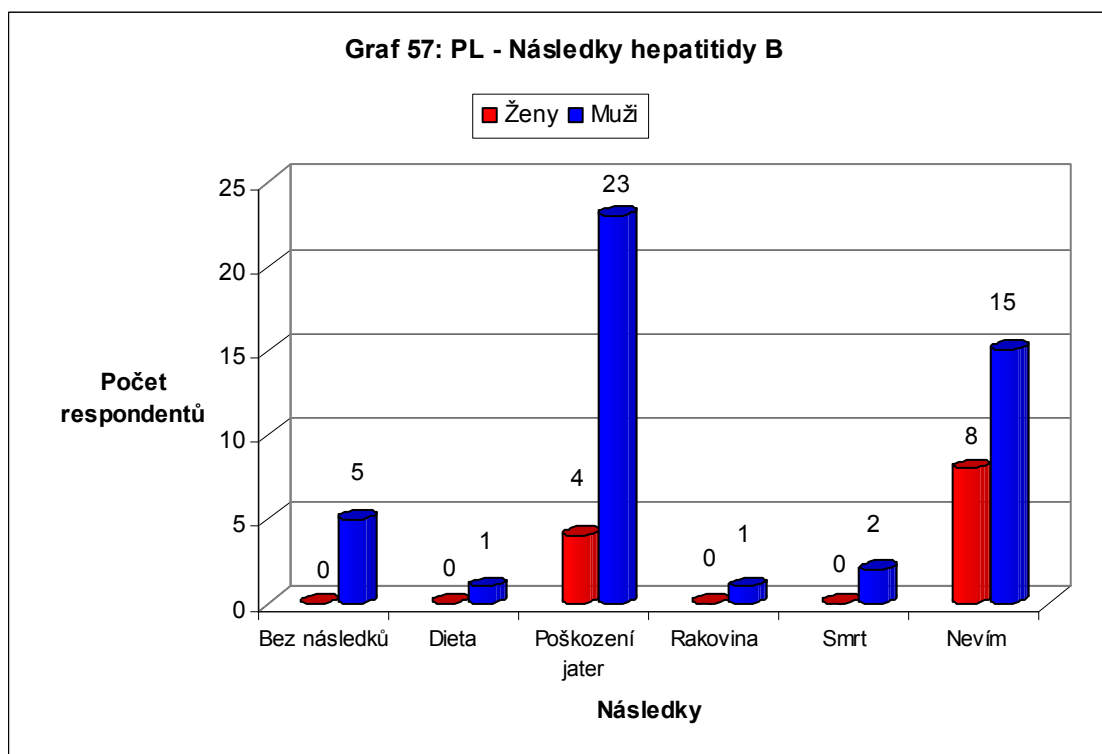


Zdroj: Vlastní výzkum

Respondentky PL popisovaly 4krát následky VHA jako vyléčitelné onemocnění, bez následků. 8 respondentek odpovědělo, že neví.

Respondenti PL popisovali 15krát následky VHA jako vyléčitelné onemocnění, bez následků, 7krát s poškozením jater, 5krát dodržování dietního režimu. 18 respondentů odpovědělo, že neví.

Hepatitida B:

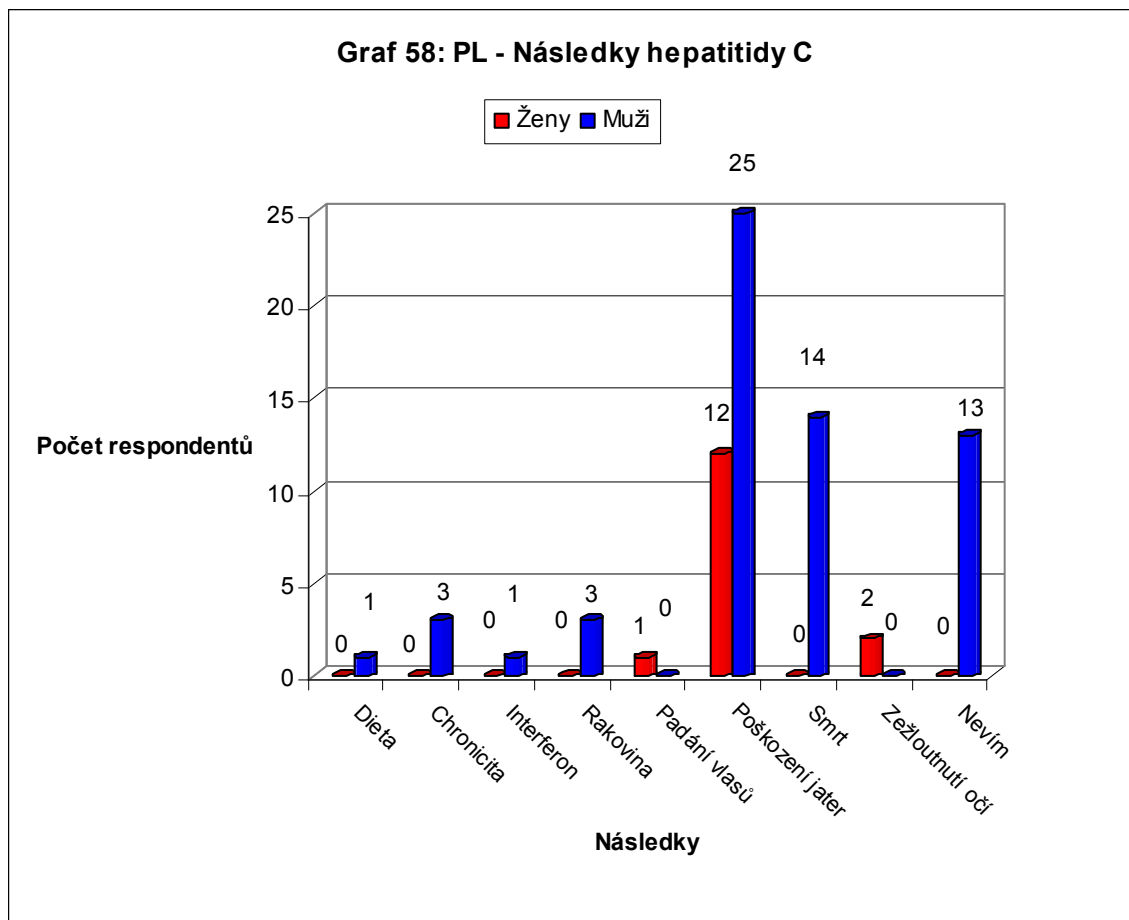


Zdroj: Vlastní výzkum

Respondentky PL odpověděly na otázku následky VHB takto: 4krát poškození jater. 8 respondentek odpovědělo, že neví.

Respondenti PL popisovali následky VHB takto: 23krát poškození jater, 5krát bez následků, 2krát úmrtí, 1 krát dieta a 1krát rakovina. 15 respondentů odpovědělo, že neví.

Hepatitida C:



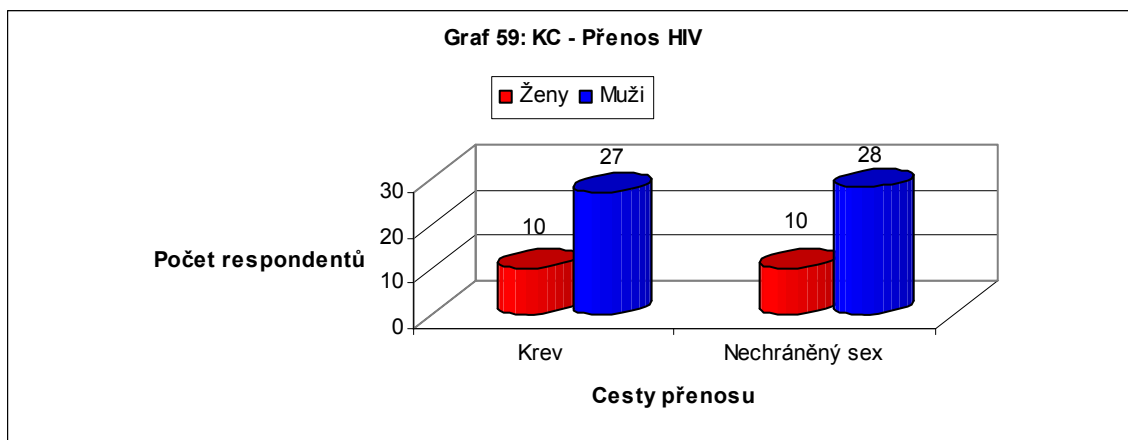
Zdroj: Vlastní výzkum

Respondentky PL odpověděly na otázku následky VHC takto: 12krát poškození jater, 2krát zežloutnutí bělma očí a 1krát padání vlasů.

Respondenti PL odpověděli na otázku následky VHC takto: 25krát poškození jater, 14krát úmrtí, 3krát chronicita, 3krát rakovina, 1 krát dieta a 1krát léčba interferonem. 13 respondentů odpovědělo, že neví.

Otázka č. 26: Jaké znáš způsoby přenosu HIV?

Kontaktní a doléčovací centrum pro drogovou závislost, o.s. Háječek (KC)

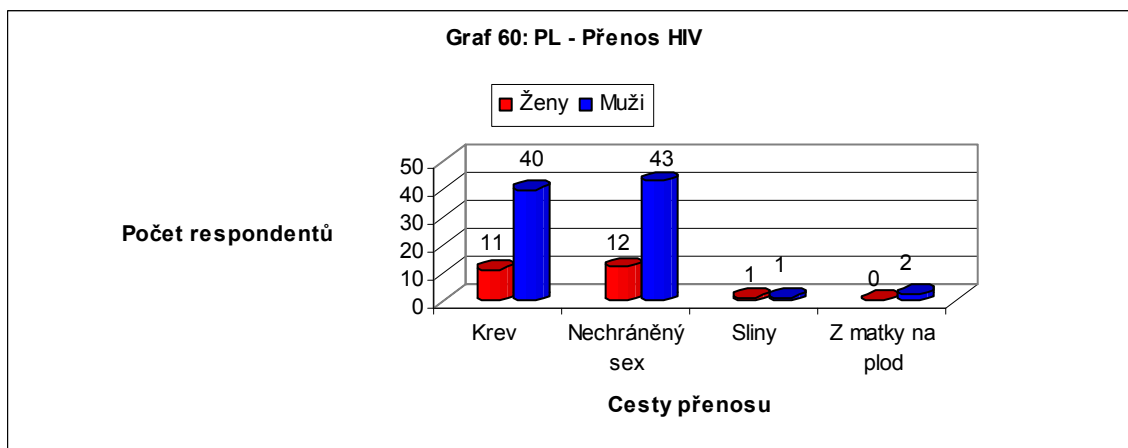


Zdroj: Vlastní výzkum

Respondentky KC popsaly tyto cesty přenosu: 10krát krev a 10krát nechráněný sex.

Respondenti KC popsali tyto cesty přenosu: 28krát nechráněný sex a 27krát krev.

Psychiatrická léčebna Červený Dvůr (PL)



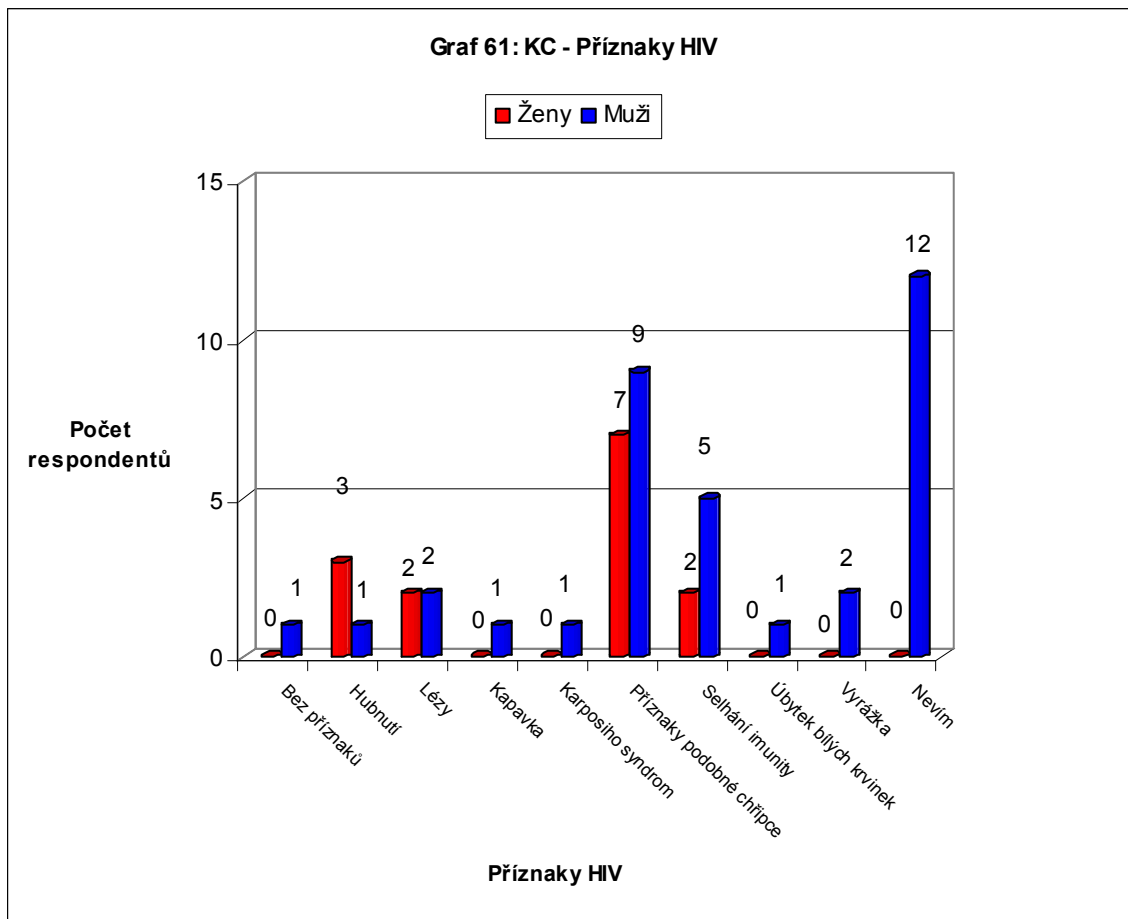
Zdroj: Vlastní výzkum

Respondentky PL popsaly tyto cesty přenosu: 12 krát nechráněný sex, 11krát krví a 1krát slinami.

Respondenti PL popsali tyto cesty přenosu: 43krát nechráněný sex a 40krát krví, 2krát z matky na plod a 1krát slinami.

Otázka č. 27: Jaké znáš příznaky onemocnění HIV?

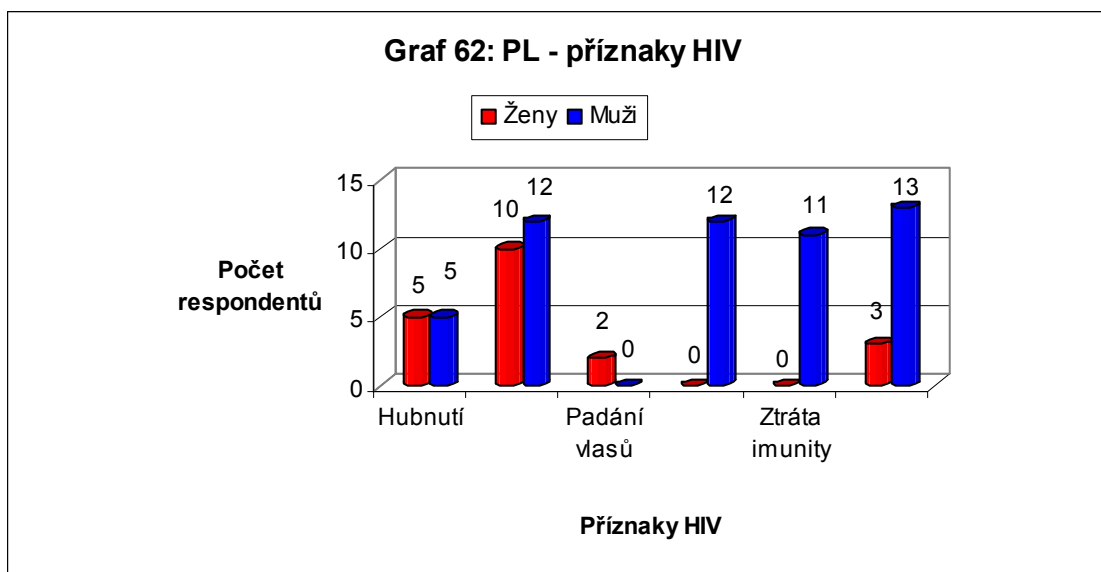
Kontaktní a doléčovací centrum pro drogovou závislost, o.s. Háječek (KC)



Zdroj: Vlastní výzkum

Respondentky KC popsaly tyto příznaky HIV: 7krát příznaky podobné chřipce, 3krát hubnutí, 2krát lézy po těle a 2krát selhání imunity.

Respondenti KC popsali tyto příznaky HIV: 9krát příznaky podobné chřipce, 5krát selhání imunity, 2krát lézy a 2krát vyrážka, 1krát bez příznaků, 1krát hubnutí, 1krát kapavka, 1krát Karposiho syndrom, 1krát úbytek bílých krvinek. 12 respondentů odpovědělo, že neví.



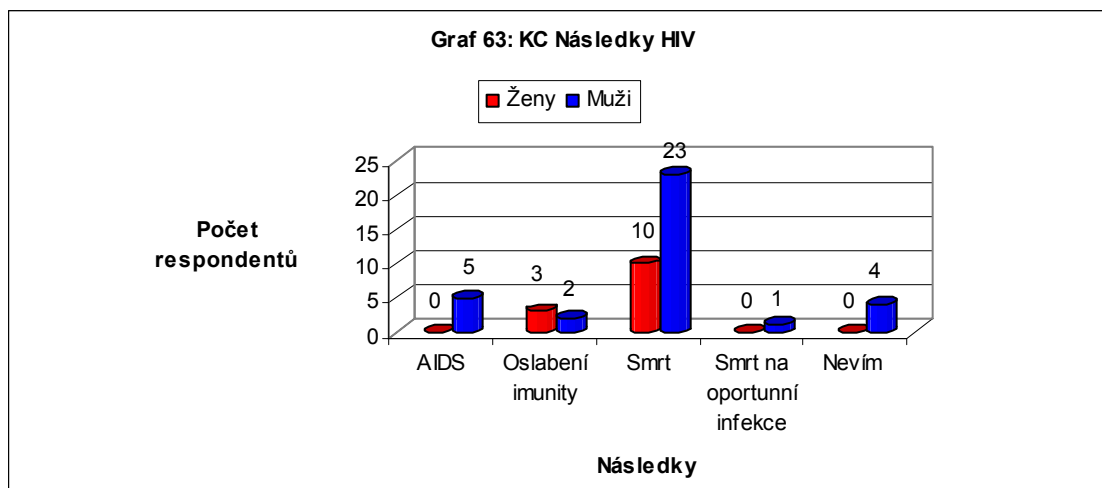
Zdroj: Vlastní výzkum

Respondentky PL popsaly tyto příznaky HIV: 10krát lézy, 5krát hubnutí, 2krát padání vlasů. 3 respondentky odpověď na tuto otázku nevěděly.

Respondenti PL popsali tyto příznaky HIV: 12krát příznaky podobné chřipce, 12krát lézy, 11krát ztráta imunity, 5krát hubnutí. 13 respondentů odpovědělo, že neví.

Otázka č. 28: Jaké znáš následky HIV?

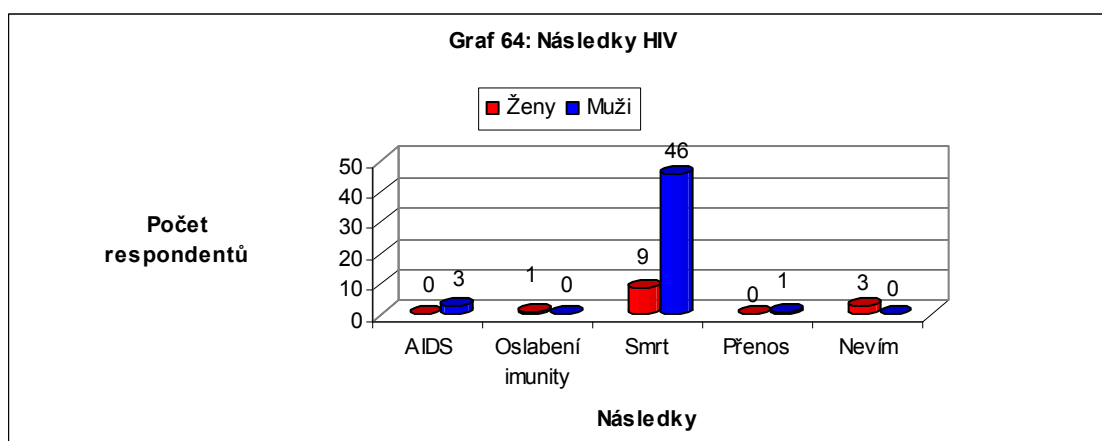
Kontaktní a doléčovací centrum pro drogovou závislost, o.s. Háječek (KC)



Zdroj: Vlastní výzkum

Respondentky KC popsaly tyto následky HIV: 10krát smrt a 3krát oslabení imunity. Respondenti KC popsali tyto následky HIV: 23krát smrt, 5krát AIDS, 2krát oslabení imunity a 1krát smrt na oportunní infekce. 4 respondenti odpověděli, že neví.

Psychiatrická léčebna Červený Dvůr (PL)

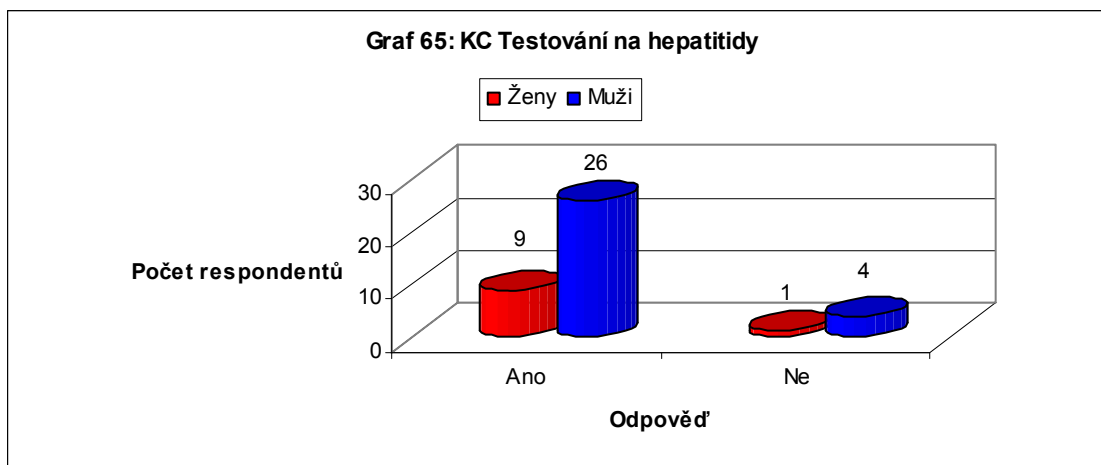


Zdroj: Vlastní výzkum

Respondentky PL popsaly tyto následky HIV: 9krát smrt a 1krát oslabení imunity. 3 respondentky odpověděly, že neví. Respondenti PL popsali tyto následky HIV: 46krát smrt, 3krát AIDS, a 1krát přenos infekce HIV na jiné osoby.

Otázka č. 29: Vyšetření na žloutenky: (platnou odpověď zakroužkujte)

Kontaktní a doléčovací centrum pro drogovou závislost, o.s. Háječek (KC)

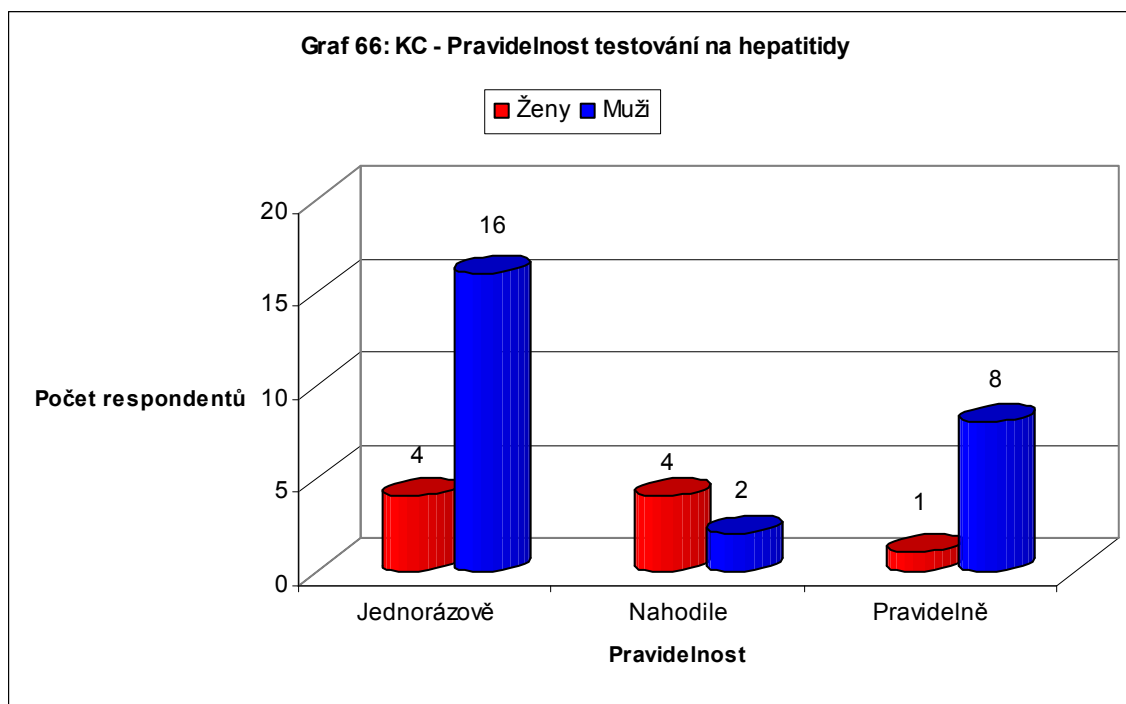


Zdroj: Vlastní výzkum

90 % (9) dotazovaných žen z KC *bylo testováno* na hepatitidy. 10 % (1) *nebyla testována* na hepatitidy – jako důvod uvedla odpověď: *nic mi nehrozí*.

86,5 % (26) mužů dotazovaných v KC *bylo testováno* na hepatitidy. 13,5 % (4) *nebyli testováni* na hepatitidy – jako důvod uvedli 2krát *nevyhovující doba odběru krve k vyšetření*, 1krát *vlastní neschopnost dojít si nechat udělat test* a 1krát *strach z jehel* (ačkoliv je sám nitrožilním uživatelem pervitinu, nikdy si neaplikoval sám – vždy se nechává „našlehnout“).

Podotázka : *Testován/a pravidelně / jednorázově / nahodile, když byla příležitost*

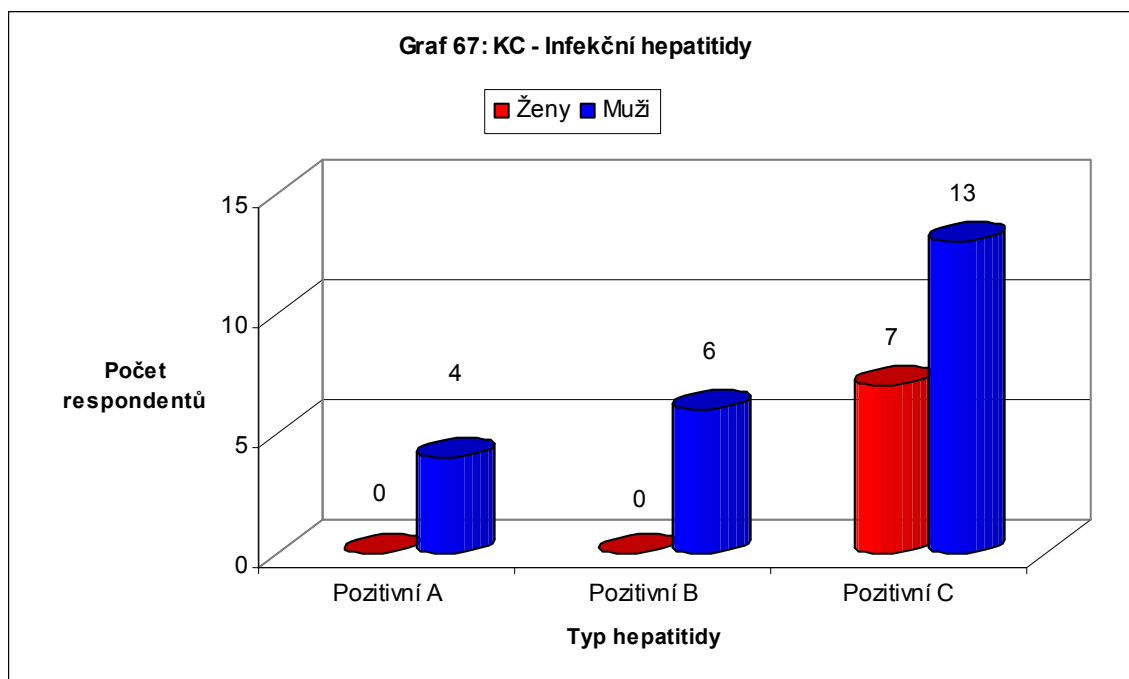


Zdroj: Vlastní výzkum

44,5 % (4) respondentek KC, které si nechaly udělat testy na hepatitidy, odpověděly, že to bylo jednorázově, 44,5 % (4) nahodile, když byla příležitost a 11 % (1) odpověděla, že na testy dochází pravidelně.

61,5 % (16) respondentů KC, kteří byli testováni na hepatitidy, odpověděli, že na testech byli jednorázově, 30 % (8) dotazovaných chodí na testy pravidelně a 7,5 (2) byli nahodile, když byla příležitost.

Pozitivní výsledky na hepatitidy:

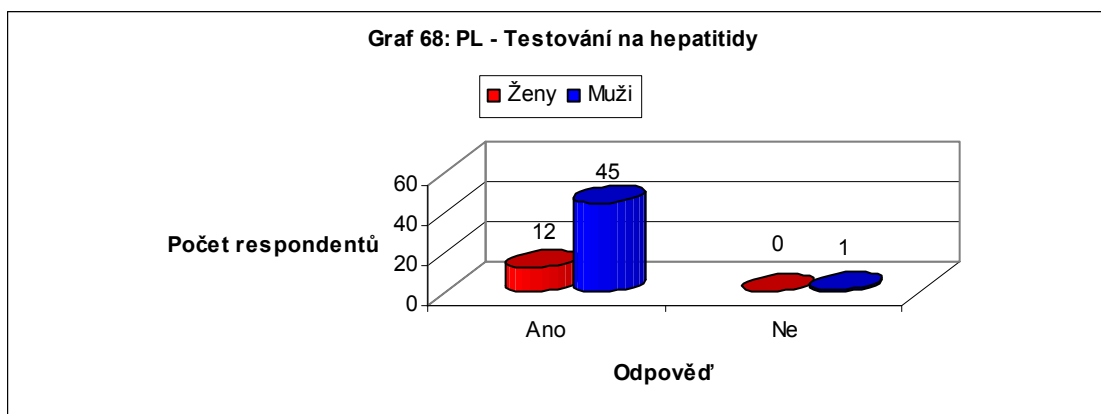


Zdroj: Vlastní výzkum

77,5 % (7) testovaných respondentek KC uvedlo, že mají hepatitidu C. Léčeny nejsou. Průměrem vychází, že byly nakaženy VHC po 3 letech intravenózního užívání psychoaktivních látek.

16 % (4) testovaných respondentů KC uvedlo, že mají hepatitidu A, 23 % (6) respondentů má hepatitidu B. 1 respondent měl VHA a VHB současně. 50 % (13) testovaných respondentů mělo hepatitidu C. 1 respondent měl VHA, VHB a VHC současně. Léčení nejsou. Průměrem vychází, že byli nakaženi VHC po 2,75 roku intravenózního užívání psychoaktivních látek.

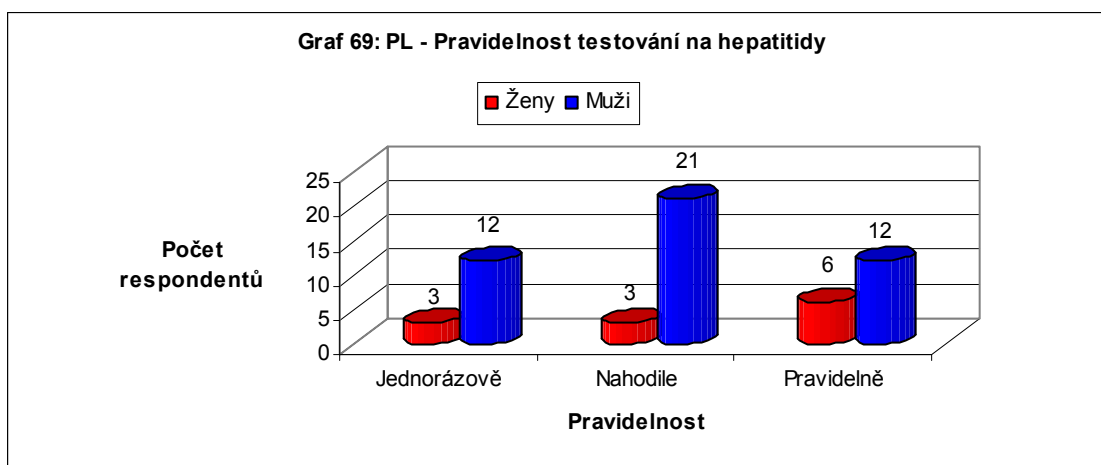
Psychiatrická léčebna Červený Dvůr (PL)



Zdroj: Vlastní výzkum

100 % (12) dotazovaných žen z PL *bylo testováno* na hepatitidy. 98 % (45) mužů dotazovaných v PL *bylo testováno* na hepatitidy. 2 % (1) *nebyl testován* na hepatitidy – jako důvod uvedl odpověď: *nevím, kam se obrátit (kde se provádějí testy)*.

Podotázka : Testován/a pravidelně / jednorázově / nahodile, když byla příležitost

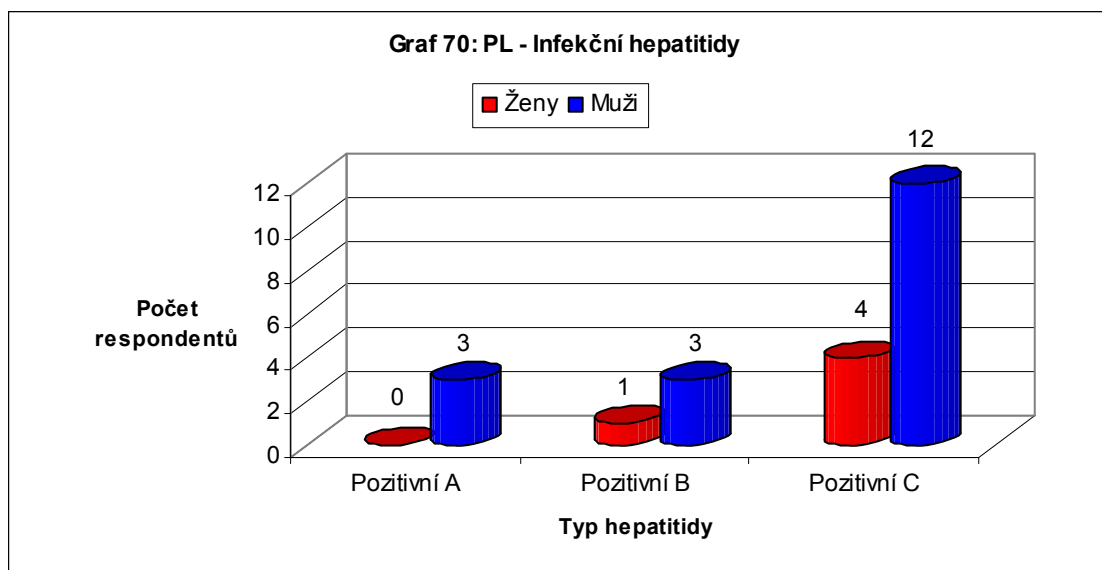


Zdroj: Vlastní výzkum

50 % (6) respondentek PL, jenž byly testovány na hepatitidy, odpovědělo, že chodí na testy pravidelně, 25 % (3) nahodile, když byla příležitost a 25 % (3) jednorázově.

47 % (16) respondentů PL, kteří byli testováni na hepatitidy, odpověděli, že na testech byli nahodile, když byla příležitost, 26,5 % (12) jednorázově, 26,5 % (12) dotazovaných chodí na testy pravidelně.

Pozitivní výsledky na hepatitidy:



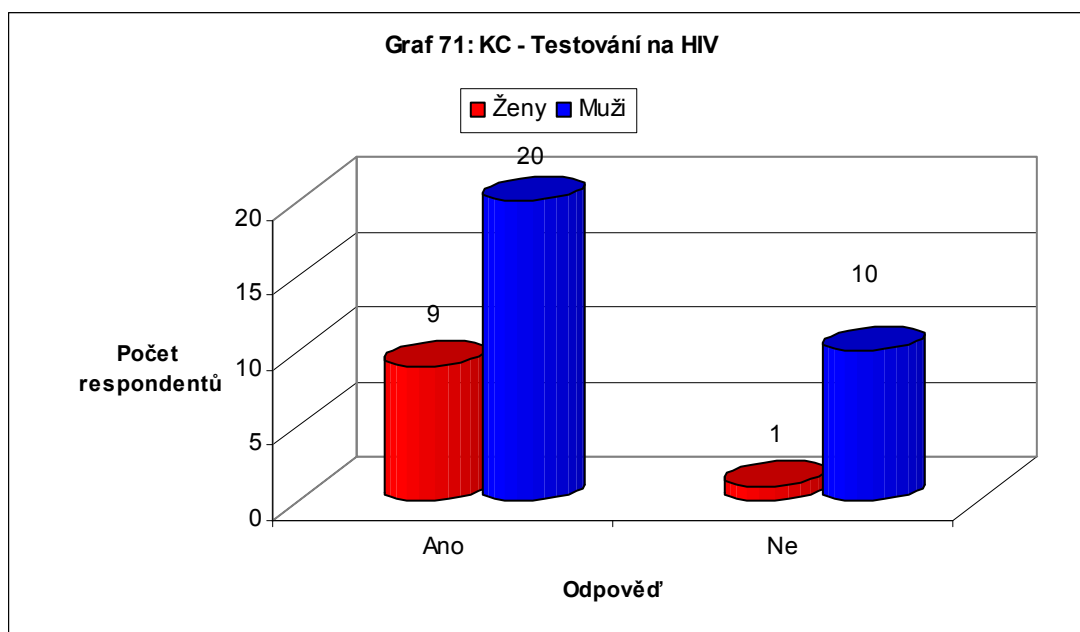
Zdroj: Vlastní výzkum

8,5 % (1) testovaných respondentek PL uvedlo, že mají hepatitidu B, 33,5 % (7) hepatitidu C. Léčeny nejsou. Průměrem vychází, že byly nakaženy VHC po 4 letech intravenózního užívání psychoaktivních látek.

6 % (3) testovaných respondentů PL uvedlo, že mají hepatitidu A, 6 % (3) respondenti mělo hepatitidu B. 26,5 % (12) testovaných respondentů mělo hepatitidu C. 1 respondent měl VHA a VHC současně a 1 respondent měl VHB a VHC současně. Léčení na hepatitidu C byli 3 dotazovaní. Průměrem vychází, že byli nakaženi VHC po 4 letech intravenózního užívání psychoaktivních látek.

Otázka č. 30: Vyšetření na HIV:

Kontaktní a doléčovací centrum pro drogovou závislost, o.s. Háječek (KC)

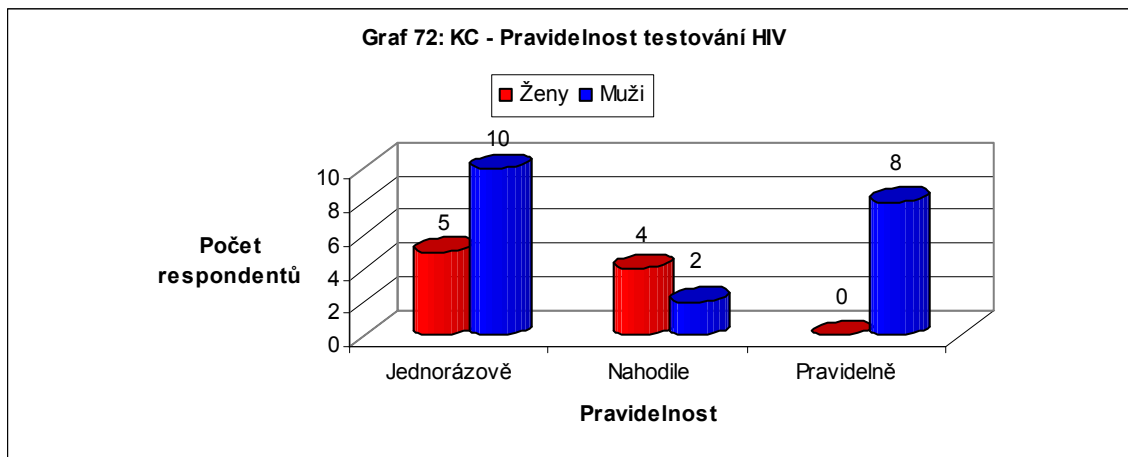


Zdroj: Vlastní výzkum

90 % (9) respondentek KC uvedlo, že bylo testováno na HIV. 10 % (1) *nebyla testována* na hepatitidy – jako důvod uvedla odpověď: *nic mi nehrozí*.

66,5 % (20) respondentů KC uvedlo, že bylo testováno na HIV. 33,5 % (10) testováno nebylo – jako důvod uvedli 5krát *nevyhovující doba odběru krve k vyšetření*, 3krát *nechtějí znát výsledek*, 1krát *vlastní neschopnost dojít si nechat udělat test* a 1krát *strach z jehel* (ačkoliv je sám nitrožilním uživatelem pervitinu, nikdy si neaplikoval sám – vždy se nechává „našlehnout“).

Podotázka : Testován/a pravidelně / jednorázově / nahodile, když byla příležitost

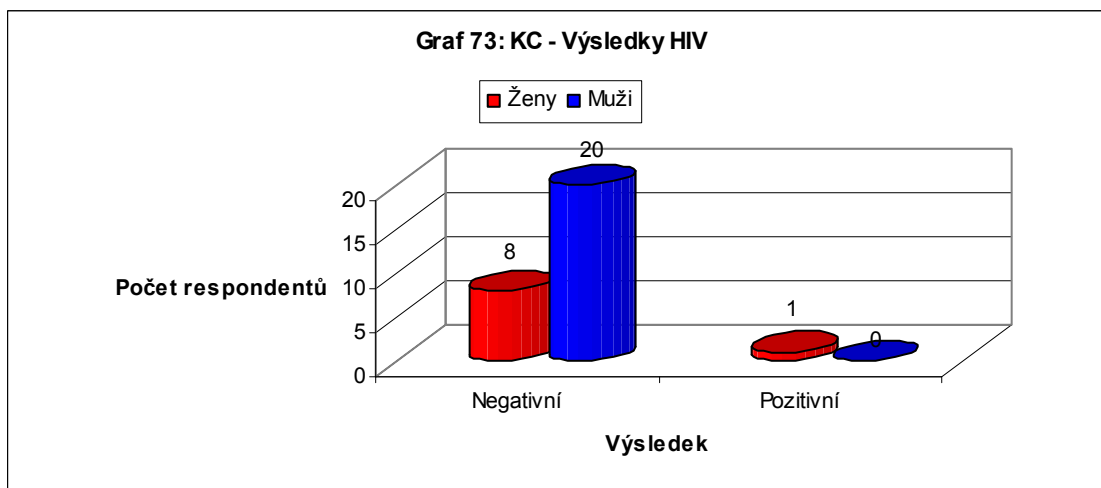


Zdroj: Vlastní výzkum

55,5 % (5) respondentek KC, jenž byly testovány na HIV, odpovědělo, že chodí na testy jednorázově, 44,5 % (4) nahodile, když byla příležitost a 0 % (0) pravidelně.

50 % (10) respondentů KC, kteří byli testováni na HIV, odpověděli, že na testech byli jednorázově, 40 % (8) dotazovaných uvedlo, že chodí na testy pravidelně, 10 % (2) bylo na testech nahodile, když byla příležitost.

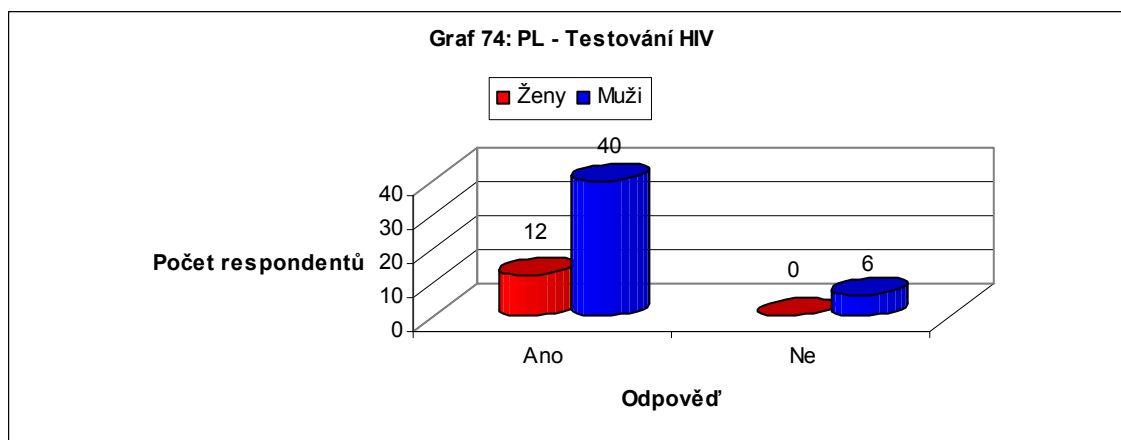
Pozitivní výsledky HIV:



Zdroj: Vlastní výzkum

89 % (8) testovaných respondentek KC uvedlo, že výsledek testu byl *negativní*, 11 % (1) uvedla, že je *HIV pozitivní*. 100 % testovaných respondentů KC uvedlo, že jsou *HIV negativní*.

Psychiatrická léčebna Červený Dvůr (PL)

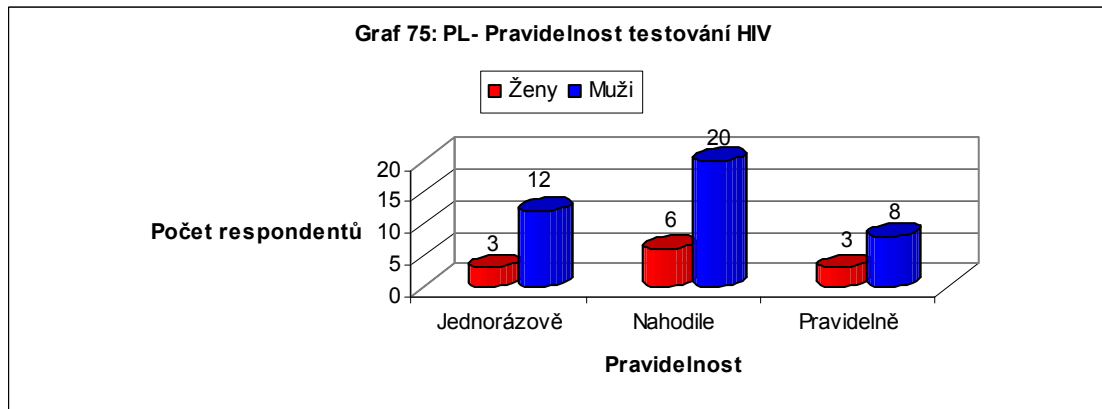


Zdroj: Vlastní výzkum

100 % (12) respondentek PL uvedlo, že bylo testováno na HIV.

87 % (40) respondentů PL uvedlo, že bylo testováno na HIV. 13 % (6) testováno nebylo – jako důvod uvedli 3krát *nic mi nehrozí* a 3krát *nevím, kam se obrátit (kde se provádějí testy)*.

Podotázka : Testován/a pravidelně / jednorázově / nahodile, když byla příležitost



Zdroj: Vlastní výzkum

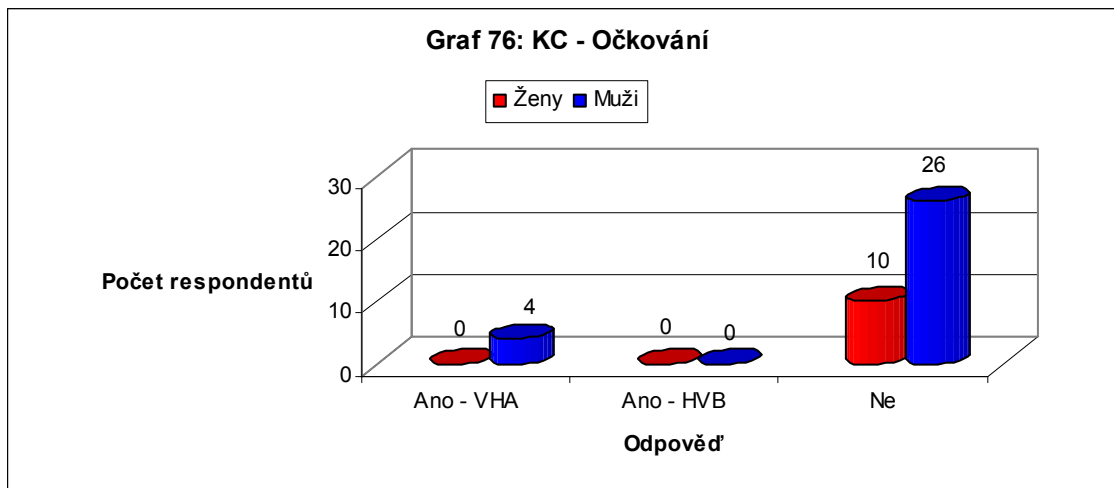
50 % (6) respondentek PL, jenž byly testovány na HIV, odpovědělo, že byly testovány nahodile, když byla příležitost a 25 % (3) jednorázově a 25 % (3) pravidelně.

50 % (20) respondentů PL, kteří byli testováni na HIV, odpověděli, že na testech byli nahodile, když byla příležitost, 30 % (12) jednorázově, 20 % (8) dotazovaných uvedlo, že chodí na testy pravidelně.

Žádný z respondentů nebyl HIV pozitivní.

Otázka č. 31: Jste očkovan/a proti žloutence?

Kontaktní a doléčovací centrum pro drogovou závislost, o.s. Háječek (KC)

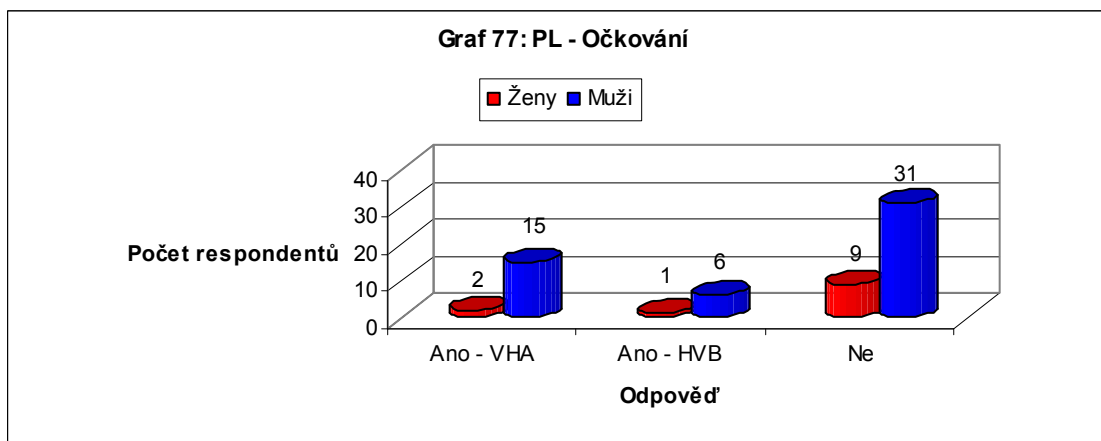


Zdroj: Vlastní výzkum

100 % (10) respondentek KC není očkováno proti VHA ani VHB.

86,5 % respondentů KC není očkováno proti VHA ani VHB. 13,5 (4) respondenti uvedli, že jsou očkováni proti VHA.

Psychiatrická léčebna Červený Dvůr (PL)



Zdroj: Vlastní výzkum

75 % (9) respondentek PL není očkováno proti VHA ani VHB. 16,5 % (2) bylo očkováno proti VHA. 8,5 % (1) byla očkována proti VHB.

67,5 % (31) respondentů PL není očkováno proti VHA ani VHB. 32,5 % (15) respondentů uvedlo, že jsou očkováni proti VHA, z toho 6 i proti VHB.

5. Diskuze

Dotazník byl použit k výzkumu v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr a v Kontaktním a doléčovacím centru pro drogovou závislost, o.s. Háječek. Respondenti psychiatrické léčebny vyplňovali dotazník ochotně. Většina respondentů kontaktního centra byla také celkem ochotná, a to z důvodu, že jsem v KC pracovala a klienti mě znali.

Otázky č. 2, 3, 4 a 5 byly identifikační (věk, bydliště, vzdělání a zaměstnání) a nejsou potřebnou součástí k potvrzení či vyvrácení hypotéz.

Otázky č. 6, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31 se vztahovaly k potvrzení či vyvrácení první hypotézy - **H1: Uživatelé psychoaktivních látek podceňují rizika spojená s i.v. aplikací.**

V otázce č. 6 (viz grafy 7, 8 uvedené v kapitole č. 4. Výsledky) jsem zjišťovala první užitou nelegální psychoaktivní látku a věk jejího užití. 68 % (15) respondentek uvádělo jako svou první nelegální drogu marihuanu, 27 % (6) pervitin a 5 % (1) heroin. Průměrný věk dotazovaných žen u prvního užití nelegální drogy byl 14 let. 54 % (41) respondentů jako svou první nelegální drogu uvádělo marihuanu, 23,5 % (18) pervitin, 10 % (8) alkohol (ačkoli to není nelegální droga), 5 % (4) toluen, 2,5 % (2) heroin, 2,5 % (2) opium, 2,5 % (2) extázi a 1,5 % (1) braun. Průměrný věk dotazovaných mužů u prvního užití nelegální drogy byl 14,5 roku. Ačkoliv respondentky začaly v průměru užívat psychoaktivní látky dříve než muži, jejich první nelegální droga (marihuana) byla zastoupena ve větším poměru než u respondentů, tj. 1,25 : 1. Myslím si, že kouření marihuany, ve srovnání s intravenózní aplikací, nese menší zdravotní rizika.

V otázce č. 7 byla mapována primární psychoaktivní látka (viz grafy 9, 10 uvedené v kapitole č. 4. Výsledky). 68 % (15) respondentek uvádělo pervitin, 18 % (4) Subutex, 9 % (2) heroin, 4,5 % (1) marihuanu. 66 % (50) respondentů uvedlo pervitin, 13 % (10) heroin, 9 % (7) Subutex a 9 % (7) marihuanu, 2,5% (2) kokain.

Otázka č. 8 (viz grafy 11, 12 uvedené v kapitole č. 4. Výsledky) souvisí s otázkou č. 7, protože zjišťuje psychoaktivní látky užívané v současné době. Respondentky uváděly

nejčastěji tyto tři: 16krát pervitin, 6krát marihuanu a 6krát Subutex. Respondenti uváděli tyto tři nejčastější: 75krát pervitin, 59krát marihuanu a 22krát Subutex. Výsledky otázek č. 7 a č. 8 korespondují s celorepublikovým trendem, jak uvádí Studničková, Petrášová (50): „Mezi injekčními uživateli drog vysoce převažují uživatelé pervitinu. Naopak počty injekčních uživatelů heroinu po výrazném poklesu v roce 2002 dále každoročně klesají. Zhruba 61 % léčených uživatelů drog užívá kromě základní drogy i 1 – 2 drogy sekundární, jako sekundární drogou je nejčastěji marihuana, pervitin, heroin, extáze. Vysoký je počet léčených uživatelů buprenorfinu (Subutexu), který je zneužíván nesubstitučně jako droga sekundární či základní s další užívanou drogou – 576 osob, tj. v 6,6 % všech léčených uživatelů drog.“

V otázce č. 11 (viz grafy 17, 18 uvedené v kapitole č. 4. Výsledky) jsem se dotazovala, zda si respondenti půjčovali jehly a pokud ano, v jakých případech. 83 % (19) respondentek odpovědělo Ano, a to v těchto případech: 15krát opakovaně užívám / jsem užíval/a vlastní už použitou jehlu, 6krát v případě nouze si půjčuji / půjčoval cizí použitou jehlu, 3krát pouze v páru s partnerem, 3krát vzal/a jsem si po někom, o kom jsem věděl/a, že nemá žloutenku C, 2krát pravidelně si půjčuji / půjčoval/a cizí použitou jehlu. 79 % (60) respondentů odpovědělo Ano, a to v těchto případech: 56krát opakovaně užívám / jsem užíval/a vlastní už použitou jehlu, 20krát pravidelně si půjčuji / půjčoval cizí použitou jehlu, 20krát vzal/a jsem si po někom, o kom jsem věděl/a, že nemá žloutenku C, 15krát v případě nouze si půjčuji / půjčoval cizí použitou jehlu, 10krát vzal/a jsem si po někom, o kom jsem věděl/a, že má žloutenku C a můžu se nakazit (přesto jsem si půjčil/a a použil/a), 9krát pouze v páru s partnerem. Z porovnání odpovědí na otázky číslo 11 vyplývá, že se muži (respondenti) chovají v těchto případech rizikověji než dotazované ženy.

V otázce č. 12 (viz grafy 19, 20 uvedené v kapitole č. 4. Výsledky) jsem zjišťovala, zda si respondenti půjčovali náčiní určené k aplikaci psychoaktivních látek. 63,5 % (14) respondentek odpovědělo *Ano*. 50 % (36) respondentů odpovědělo *Ne*. Z porovnání těchto výsledků vyplývá, že se v tomto případě chovají rizikověji dotazované ženy. Ovšem myslím si, že respondenti (muži) kontaktního centra

neodpovídali pravdivě. A to vzhledem k tomu, že často používali cizí jehlu. Dokonce použili jehlu po někom, o kom věděli, že je VHC pozitivní.

V otázce č. 13 (viz grafy 21, 22 uvedené v kapitole č. 4. Výsledky) jsem dotazovala na používání dezinfekce. Respondentky odpovídaly takto: 10krát místo vpichu dezinfikuji/jsem dezinfikoval/a před vpichem, 8krát uvědomuji si důležitost dezinfekčního ošetření kůže před vpichem, ale nedělám/nedělal/a jsem to dostatečně, 4krát užívám účinnou dezinfekci, 1krát místo vpichu dezinfikuji/jsem dezinfikoval/a po vpichu a 1krát nepoužívám/nepoužíval/a jsem účinnou dezinfekci. Respondenti odpovídali takto: 37krát uvědomuji si důležitost dezinfekčního ošetření kůže před vpichem, ale nedělám/nedělal/a jsem to dostatečně, 18krát nepoužívám/nepoužíval/a jsem účinnou dezinfekci, 16krát užívám účinnou dezinfekci, 16krát místo vpichu dezinfikuji/jsem dezinfikoval/a před vpichem, 11krát místo vpichu dezinfikuji/jsem dezinfikoval/a před i po vpichu, 5krát místo vpichu dezinfikuji/jsem dezinfikoval/a po vpichu. Z porovnání výsledků vyplývá, že se respondenti (muži) chovají rizikověji než respondentky (ženy).

V otázce č. 14 (viz grafy 23, 24 uvedené v kapitole č. 4. Výsledky) jsem se dotazovala, zda respondenti dezinfikovali již použitý injekční materiál určený k opakované intravenózní aplikaci. 60 % (13) respondentek odpovědělo Ano, 40 % (9) Ne. 24 % (18) respondentů odpovědělo Ano, 76 % (58) Ne. Z porovnání výsledků vyplývá, že respondenti (muži) se chovají rizikověji než dotazované ženy.

Domnívám se, že příčinou rizikového chování v otázkách č. 11, 12, 13, 14 je nedostupnost sterilního injekčního materiálu v místě a čase aplikace drogy. Další příčinou je podceněné vnímání rizik, které vyplývají ze sdílení injekčního materiálu.

V otázce č. 15 (viz grafy 25, 26 uvedené v kapitole č. 4. Výsledky) jsem mapovala místa vpichu respondentů. Respondentky uváděly nejčastěji 22krát loketní jamku (vč. celých rukou), 11krát nohy, 7krát kamkoli to jde (s ohledem na žilní systém), 6krát krk a 1krát pod jazyk. Respondenti odpovídali 72krát loketní jamku (vč. celých rukou), 12krát nohy, 12krát kamkoli to jde (s ohledem na žilní systém), 9krát třísla, 8krát krk.

V otázce č. 16 (viz grafy 27, 28 uvedené v kapitole č. 4. Výsledky) jsem zjišťovala jakou používají respondenti vodu při nitrožilní aplikaci psychoaktivních látek. Respondentky odpovídaly takto: 11krát sterilní (z výměnného programu), 16krát z vodovodní sítě – nepřevařená, 1krát v případě nouze kaluž a 1krát v případě nouze řeka. Respondenti uváděli tyto odpovědi: 56krát sterilní (z výměnného programu, 53krát z vodovodní sítě – nepřevařená, 46krát z vodovodní sítě – převařená, 14krát v případě nouze limonádu, 11krát v případě nouze kaluž, 8krát v případě nouze řeka, 8krát v případě nouze jakákoliv, 7krát v případě nouze alkohol, 3krát v případě nouze voda z toalety, 1krát sliny. Z uvedených odpovědí vyplývá, že se respondenti (muži) chovají rizikověji než dotazované ženy. Překvapilo mě množství alternativ, které respondenti využívají, pokud nemají sterilní vodu z výměnného programu. Užívají vodu z řeky, kaluže, alkohol atd. Toto chování je velice rizikové a jednoznačně ohrožuje zdraví respondentů.

V otázce č. 17 (viz grafy 29, 30 uvedené v kapitole č. 4. Výsledky) jsem se dotazovala na prostředí, kde si respondenti nejčastěji aplikují psychoaktivních látky. Respondentky uváděly 14krát sám, 10krát ve skupině, 10krát s partnerem. Respondenti uváděli 62krát sám, 37krát ve skupině, 21krát s partnerem. Jako nejrizikovější prostředí vnímám užívání ve skupině. Je zde větší pravděpodobnost sdílení jehel, stříkaček a náčiní. Dotazované ženy i muži uváděli užívání ve skupině často.

V otázce č. 18 (viz grafy 31, 32 uvedené v kapitole č. 4. Výsledky) jsem zjišťovala, zda respondenti aplikovali psychoaktivní látku někomu jinému („našlehli“). 77 % (19) respondentek odpovědělo Ano, 13 % (3) Ne. 90 % (69) respondentů odpovědělo Ano, 10 % (7) Ne. Otázka č. 19 (viz graf 33, 34) souvisí s otázkou č. 18, protože zjišťuje, zda si respondenti nechali aplikovat drogu od někoho jiného. 95 % (21) respondentek odpovědělo Ano, 5 % (1) Ne. 96 % (73) dotazovaných mužů odpovědělo Ano, 4 % (3) Ne. Myslím si, že tato velice častá a riziková aktivita je pro nitrožilní uživatele nebezpečná. Ten, kterému je droga aplikována nemusí sledovat, zda byla použita sterilní jehla, stříkačka a náčiní. Nemusí ani pozorovat množství drogy, které je mu aplikováno. Ten, jenž aplikuje, nemusí vědět, zda již „našlehávaný“ něco užil a může dojít lehce k předávkování.

V otázce č. 20 (viz grafy 35, 36 uvedené v kapitole č. 4. Výsledky) jsem se dotazovala, zda se respondenti předávkovali s následnou hospitalizací v nemocnici. 45 % (10) dotazovaných žen odpovědělo *Ano*, 55 % (12) *Ne*. 45 % (34) dotazovaných mužů odpovědělo *Ano*, 55 % (42) *Ne*. Z vyhodnocení vyplývá, že téměř polovina dotazovaných byla hospitalizována v důsledku předávkování. Předávkování bezpochyby patří mezi rizikové chování spojené s intravenózní aplikací.

V otázce č. 21 (viz grafy 37, 38 uvedené v kapitole č. 4. Výsledky) jsem zjišťovala nejčastější zdroj sterilního injekčního materiálu. Respondentky odpovídaly takto: 20krát výměnný program kontaktních center, 7krát výměnný program streetworkerů, 6krát lékárna. Respondenti odpovídali takto: 51krát výměnný program kontaktních center, 47krát lékárna, 32krát výměnný program streetworkerů. Jako riziko zde vidím to, že žádná z institucí poskytující výměnný program, není dostupná nonstop. Uživatelé pak používají opakovaně svůj injekční materiál či mohou injekční materiál sdílet.

V otázce č. 23 (viz grafy 41 - 46 uvedené v kapitole č. 4. Výsledky) jsem se dotazovala jaké způsoby přenosu hepatitid respondenti znají. *Hepatitida A*: Respondentky uváděly nejčastěji cestu přenosu špinavé ruce (12krát). Respondenti označovali nejčastěji cestu přenosu špinavé ruce (43krát). 8 respondentů nevědělo. *Hepatitida B*: Respondentky uváděly nejčastěji cestu přenosu krví (17krát) a nechráněným pohlavním stykem (14krát). Respondenti označovali nejčastěji cestu krví (48krát) a nechráněným pohlavním stykem (28krát). 14 respondentů odpovědělo, že neví. *Hepatitida C*: Respondentky uváděly nejčastěji způsob přenosu krví (22krát), nechráněným pohlavním stykem (21krát). Respondenti jako nejčastější způsob přenosu uváděli krví (76krát), nechráněný sex (63krát). 4 respondenti nevěděli.

V otázce č. 24 (viz grafy 47 - 52 uvedené v kapitole č. 4. Výsledky) jsem zjišťovala jaké příznaky hepatitid respondenti znají. *Hepatitida A*: Respondentky uváděly nejčastěji odpověď zežloutnutí kůže (12krát). Respondenti označovali nejčastěji příznak zežloutnutí kůže (43krát) a příznaky podobné chřipce (18krát). 25 respondentů odpovědělo, že neví. *Hepatitida B*: Respondentky popisovaly nejčastěji žlutou kůži (21krát). Respondenti popisovali nejčastěji zežloutnutí kůže (33krát) a

příznaky podobné chřipce (18krát). 28 respondentů nevědělo. *Hepatitis C*: Respondentky popisovaly nejčastěji zežloutnutí kůže (12krát) bolest jater (7krát). Respondenti popisovali nejčastěji zežloutnutí kůže (33krát) a bolest jater (28krát). 22 respondentů nevědělo.

V otázce č. 25 (viz grafy 53 - 58 uvedené v kapitole č. 4. Výsledky) jsem se dotazovala jaké následky hepatitid respondenti znají. *Hepatitis A*: Respondentky uváděly nejčastěji odpověď poškození jater (9krát). 8 respondentek nevědělo. Respondenti odpovídali nejčastěji, že jde o léčitelné onemocnění, následky jdou tudíž nulové (15krát). Za další následek označili dietu (7krát). 40 respondentů odpovědělo, že neví. *Hepatitis B*: Respondentky odpovídaly nejčastěji bolest jater (12krát). 8 respondentek nevědělo. Respondenti popisovali nejčastěji bolest jater (31krát). 35 respondentů nevědělo. *Hepatitis C*: Respondentky odpovídali nejčastěji poškození jater (21krát). Respondenti popisovali nejčastěji poškození jater (25krát) a cirhózu (16krát) a smrt (14krát). 21 respondentů nevědělo.

V otázkách 23, 24 a 25 respondenti (muži) často odpovídali, že neví. Nejsem si jistá, jestli je to tím, že dané skutečnosti opravdu nevědí a nebo jsou líní cesty přenosu, příznaky a následky ke každé hepatidě (A, B a C) rozepisovat zvlášť. Zřejmě by bylo vhodnější dát respondentům odpovědi na výběr nebo v otázce nerozlišovat jednotlivé hepatitidy (vzor otázky: Jaké znáš způsoby přenosu žloutenek?).

V otázce č. 26 (viz grafy 59, 60 uvedené v kapitole č. 4. Výsledky) jsem zjišťovala, jaké způsoby přenosu HIV respondenti znají. Respondentky nejčastěji uváděly: nechráněný sex (22krát) a krev (21krát). Respondenti nejčastěji uváděli krev (71krát) a nechráněný sex (67krát). 8 respondentů nevědělo.

V otázce č. 27 (viz grafy 61, 62 uvedené v kapitole č. 4. Výsledky) jsem se dotazovala, jaké příznaky onemocnění HIV respondenti znají. Respondentky nejčastěji uváděly léze (12krát) a příznaky podobné chřipce (7krát). Respondenti nejčastěji uváděli příznaky podobné chřipce (21krát) a selhání imunity (16krát). 25 respondentů odpovědělo, že neví.

V otázce č. 28 (viz grafy 63, 64 uvedené v kapitole č. 4. Výsledky) jsem zjišťovala, jaké následky onemocnění HIV respondenti znají. Respondentky nejčastěji

odpovídaly smrt (19krát). 4 respondentky nevěděly. 1 z respondentek odpověděla, že je HIV pozitivní a proto nechce následky tohoto onemocnění znát (z psychických důvodů). Respondenti nejčastěji odpovídali smrt (69krát).

Na základě vyhodnocení výsledků výzkumu mohu tedy konstatovat, že tato **hypotéza byla potvrzena**. S tím souhlasí Studničková, Petrášová (50): „*U virové hepatitidy B a C je patrný vysoký podíl osob s rizikovým chováním ve věkových skupinách, které korespondují s nejvíce postiženými věkovými skupinami co se týká injekčního užívání drog mezi léčenými problémovými uživateli drog.*“

Domnívám se, že vzhledem k závažnosti dopadů infekčních hepatitid a HIV na fyzické i duševní zdraví, nejsou respondenti o těchto chorobách dostatečně informováni. Informace by měly být podávány razantněji a podávány již od počátku školní docházky (společně s primární prevencí závislosti na psychoaktivních látkách). Velký důraz ke zvýšení informovanosti o infekčních hepatitidách a HIV by měli klást i kontaktní centra, ať už během výměnného programu či během terénní práce (tzv. streetwork). Myslím si, že značná část uživatelů drog nevyužívá služeb kontaktního centra. To znamená, že je u nich vyšší pravděpodobnost rizikového chování. Protože není možnost na tuto tzv. „skrytou populaci“ působit v rámci harm reduction, měla by být aktivně vyhledávána terénními pracovníky.

Otázky č. 29 a 30 se vztahovaly k potvrzení či vyvrácení druhé hypotézy - **H2: Většina (tj. více než 50 %) i.v. uživatelů se dosud nenechala testovat.**

V otázce č. 29 (viz grafy 65 - 70 uvedené v kapitole č. 4. Výsledky) jsem se dotazovala, zda se respondenti nechali testovat na hepatitidy. 95,5 % (21) dotazovaných žen *bylo testováno* na hepatitidy, 10 % (1) nebyla testována na hepatitidy – jako důvod uvedla odpověď: nic mi nehrozí. 72,5 % (71) dotazovaných mužů bylo testováno na hepatitidy, 27,5 % (27) nebylo testováno na hepatitidy – jako důvod uvedli 2krát nevyhovující doba odběru krve k vyšetření, 1krát vlastní neschopnost dojet si nechat udělat test a 1krát strach z jehel (ačkoliv je sám nitrožilním uživatel pervitinu, nikdy si neaplikoval sám – vždy si nechává drogu aplikovat od někoho jiného), 1krát nevím, kam se obrátit (kde se provádějí testy).

V otázce č. 30 (viz grafy 71 - 75 uvedené v kapitole č. 4. Výsledky) jsem zjišťovala, zda se respondenti nechali testovat na HIV. 95,5 % (21) dotazovaných žen bylo testováno na HIV, 10 % (1) nebyla testována na hepatitidy – jako důvod uvedla odpověď: nic mi nehrozí. 80 % (60) dotazovaných mužů bylo testováno na HIV, 20 % (16) nebylo testováno na HIV – jako důvod uvedli 5krát nevyhovující doba odběru krve k vyšetření, 3krát nechtějí znát výsledek, 3krát nic mi nehrozí a 3krát nevím, kam se obrátit (kde se provádějí testy), 1krát vlastní neschopnost dojít si nechat udělat test a 1krát strach z jehel, 1krát nevím, kam se obrátit (kde se provádějí testy).

V otázce č. 31 (viz grafy 76, 77) jsem se dotazovala, zda jsou klienti očkováni proti hepatitidě A a hepatitidě B. Z respondentek je očkováno 13,5 % (3). 2 ženy proti VHA a 1 žena proti VHB. 83,5 % (19) očkováno není. 25 % (19) je očkováno - 19 dotazovaných mužů proti VHA, z toho 6 i proti VHB. 75 % (57) mužů není očkováno.

Na základě těchto výsledků výzkumu mohu tedy konstatovat, že tato **hypotéza nebyla potvrzena**. S tím ale nesouhlasí Studničková, Petrášová (50): „*Testování pozitivitu protilátek se daří provádět jen u menší skupiny uživatelů drog. Testování injekčních uživatelů drog na HIV, stejně tak jako testování na virové hepatitidy typu A, B a C je velmi podceňováno a neodpovídá míře rizika.*“

Otázka č. 9 se vztahovala k potvrzení či vyvrácení třetí hypotézy - **H3: Pravděpodobnost infekce VHC u i.v. uživatelů psychoaktivních látek se zvyšuje v závislosti na způsobu aplikace psychoaktivní látky.**

V otázce č. 9 (viz grafy 13, 14 uvedené v kapitole č. 4. Výsledky) jsem zjišťovala způsoby aplikace psychoaktivních látek. Respondentky uvedly jako tři nejčastější způsoby aplikace drog 22krát *intravenózní užívání*, 14krát *kouření* a 3krát *ústně*. Respondenti uváděli mezi tři nejčastější způsoby aplikace 76krát *intravenózní užívání*, 54krát *kouření* a 31krát *šňupání (sniff)*. Vysoký podíl intravenózní aplikace uvádí i Studničková, Petrášová (50): „*Injekční aplikace základní drogy byla zaznamenána u žadatelů o první léčbu v 55,6 % z nově evidovaných uživatelů drog. Mezi všemi klienty v roce 2009 to bylo 69 %. Na druhém místě v aplikaci drog je kouření, dále čichání a požití.*“

Dotazník byl primárně zaměřen na intravenózní uživatele drog. Nitrožilní užívání je považováno za rizikové, respondenti se tedy chovají rizikově.

37 % (36) respondentů obou zařízení mělo hepatitidu C. Po vyhodnocení výsledků souvislosti infekce hepatitidy C s intravenózní aplikací psychoaktivních látek udává 100 % VHC pozitivních respondentů současné nitrožilní užívání drog. Je zde tedy přímá souvislost infekce hepatitidy C se způsobem aplikace psychoaktivní látky, respektive s intravenózní aplikací psychoaktivní látky. Na základě tohoto výsledku mohu tedy konstatovat, že tato **hypotéza byla potvrzena**. Stejný názor má také Kalina (23): „V přenosu infekce VHC se uplatňuje zejména přenos krevní cestou, u injekčních uživatelů drog tedy přenos injekčními stříkačkami, jehlami a dalšími pomůckami k aplikaci (vata, filtry, lžičky, voda a další) kontaminovanými infikovanou krví. Přenos vaginálním pohlavním stykem se na přenosu VHC podílí v malé míře.“, Brodanová (2): „Rizikovou skupinou jsou drogově závislí (hlavně při parenterální aplikaci).“, Husa, Husová (17): „Nejohroženější skupinou jsou jednoznačně intravenózní narkomani, kteří si navzájem půjčují injekční stříkačky a jehly.“

Otázky č. 10, 29 se vztahovaly k potvrzení či vyvrácení čtvrté hypotézy - **H4: Riziko infekce VHC se zvyšuje u uživatelů psychoaktivních látek v závislosti na délce užívání psychoaktivních látek.**

V otázce č. 10 (viz grafy 15, 16 uvedené v kapitole č. 4. Výsledky) jsem se dotazovala jakou psychoaktivní látku si respondenti poprvé aplikovali jehlou, kolik jim bylo let a kolik let užívají intravenózně. Respondentky odpověděly takto: 77,5 % (17) pervitin, 18 % (4) heroin, 4,5 % (1) Subutex. Průměrný věk byl 16 let. Průměrně nitrožilně užívaly 7 let. Respondenti uváděli tyto odpovědi: 80 % (61) pervitin, 17 % (13) heroin, 1,5 % (1) braun a 1 % kodein. Průměrný věk byl 17 let. Průměrně nitrožilně užívali 10 let.

Vyhodnocením otázky č. 29 (viz grafy 65 - 70 uvedené v kapitole č. 4. Výsledky) je zřejmé, že 37 % (36) respondentů z obou zařízení mělo hepatitidu C. Při porovnání délky intravenózního užívání psychoaktivních látek a výskytu virové hepatitidy C, respektive průkazu infekce VHC u respondentek jsem dospěla k výsledku,

že byly infikovány po 1 až 13 letech (v průměru 3 letech) nitrožilní aplikace. Dotazovaní muži se infikovali hepatitidou C po 1 až 14 letech (v průměru po 3,5 roce) intravenózní aplikace drog.

Na základě výsledků výzkumu mohu tedy konstatovat, že tato **hypotéza nebyla potvrzena**. To potvrzuje i Stránský (49): „*Ke kontaktu narkomanů většinou dochází v prvních dvou letech narkomanie.*“ Riziková není délka užívání psychoaktivních látek, ale rizikové chování v souvislosti s abúzem. Myslím si, že právě na počátku drogové kariéry jsou nejvíce ignorovány a podceňovány důsledky rizikového chování v souvislosti s intravenózní aplikací psychoaktivních látek. Příkladem může být dlouholetý nitrožilní uživatel, který dbá na dodržování bezpečného (sterilního) intravenózního užívání, a tím snižuje riziko přenosu infekce více než uživatel, který několik měsíců užívá rizikově, tj. půjčuje si jehly, stříkačky a další náčiní pro nitrožilní aplikaci.

Otázky č. 1, 9, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 31 se vztahovaly k potvrzení či vyvrácení páté hypotézy – **H5: Muži se chovají rizikověji než ženy.**

Otázka č. 1 (viz graf 1, 2 uvedené v kapitole č. 4. Výsledky) byla identifikační, rozdělovala výzkumný vzorek na ženy a muže. Soubor zahrnoval 22 žen (22 %) a 76 mužů (78 %), tj. poměr žen a mužů 1: 3,5. Podobná čísla uvádí také Studničková, Petrášová (50): „*Poměr mužů a žen mezi nově evidovanými a všemi léčenými klienty je 2,1 : 1.*“ Také Výběrové šetření o zdravotním stavu a životním stylu obyvatel ČR zaměřené na zneužívání drog uvádí (52): „*U všech sledovaných návykových látek byl podíl mužů výrazně vyšší než žen.*“

V otázce č. 22 (viz graf 39, 40 uvedené v kapitole č. 4. Výsledky) jsem zjišťovala, zda měli respondenti nechráněný sex (bez kondomu), zda některý/á ze sexuálních partnerů/partnerek užívali drogy nitrožilně, zda některý/á ze sexuálních partnerů/partnerek měli hepatitidu C. 95 % (21) respondentek odpovědělo, že měly nechráněný pohlavní styk. Pouze 5 % (1) Ne. 91 % (20) respondentek uvedlo, že jejich sexuální partner užíval injekčně drogy, jen 9 % (2) Ne. 50 % (11) respondentek uvedlo,

že jejich sexuální partner měl VHC, 50 % (11) odpovědělo Ne. 92 % (70) respondentů odpovědělo, že měli nechráněný pohlavní styk. Pouze 8 % (6) Ne. 79 % (60) respondentů uvedlo, že jejich sexuální partnerka užívala injekčně drogy, 21 % (16) Ne. 34 % (26) respondentů uvedlo, že jejich sexuální partnerka měla VHC, 66 % (50) odpovědělo Ne. V tomto směru se rizikověji chovají respondentky. Vzhledem k tomu, že VHC pozitivitu udává 37 % (36) dotazovaných, je toto rizikové chování v oblasti sexu velmi alarmující v souvislosti s dalším šířením hepatitidy C, a to i mimo skupinu intravenózních uživatelů. Krekulová, Řehák uvádí **(26)**: „*Ačkoliv je sexuální přenos málo efektivní, vzhledem k velké četnosti pohlavních styků v celé populaci je jeho podíl nezanedbatelný.*“

Otázky č. 9, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 31 jsem popisovala již výše. Z uvedených výsledků, vztahujícím se k rizikovému chování respondentů (H1: Uživatelé psychoaktivních látek podceňují rizika spojená s i.v. aplikací) vyplývá, že tato hypotéza **byla potvrzena**.

6. Závěr

Cílem diplomové práce je ověřit, zda si lidé závislí na psychoaktivních látkách uvědomují rizika přenosu a šíření infekčních onemocnění (především HCV) v souvislosti s nitrožilní aplikací. Výzkum byl uskutečněn v Kontaktním a doléčovacím centru pro drogovou závislost, o.s. Háječek a v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr.

V souvislosti s cílem diplomové práce bylo stanoveno pět hypotéz.

K první hypotéze (*H1: Uživatelé psychoaktivních látek podceňují rizika spojená s i.v. aplikací*) se vztahovaly otázky, které se zaměřovaly na riziková chování spojená s intravenózním užíváním drog (psychoaktivních látek). Vyhodnocením odpovědí se hypotéza H1 *potvrdila*.

Druhá hypotéza (*H2: Většina (t.j. více než 50 %) i.v. uživatelů se dosud nenechala testovat*) zjišťovala, zda se respondenti nechali testovat na infekční hepatitidy a HIV. Tato hypotéza *nebyla potvrzena*.

Třetí hypotéza (*H3: Pravděpodobnost infekce VHC u i.v. uživatelů psychoaktivních látek se zvyšuje v závislosti na způsobu aplikace psychoaktivní látky*) porovnávala počet VHC pozitivních versus intravenózní aplikace. Z výzkumu vyplynulo, že tato hypotéza *byla potvrzena*.

Čtvrtá hypotéza (*H4: Riziko infekce VHC se zvyšuje u uživatelů psychoaktivních látek v závislosti na délce užívání psychoaktivních látek.*), která porovnávala počet VHC pozitivních a délku intravenózního užívání, *nebyla potvrzena*.

Pátá hypotéza (*H5: Muži se chovají rizikověji než ženy*) vycházela z otázek zaměřených na rizikové chování (stejně otázky jako u první hypotézy) a výsledky interpretovala z ženského a mužského pohledu. Porovnáním odpovědí žen a mužů *byla hypotéza potvrzena*.

Cíl práce byl splněn.

S intravenózní aplikací psychoaktivních látek je spojena řada zdravotních rizik. Přenos a šíření infekcí je spojeno především s častým sdílením či opakovaným používáním psychoaktivních látek, a to zejména při jejich intravenózní aplikaci. Z výzkumu diplomové práce vyplynulo, že uživatelé psychoaktivních látek si uvědomují rizika přenosu a šíření infekčních onemocnění (především HCV)

v souvislosti s nitrožilní aplikací. Avšak tato rizika podceňují. Výskyt infekce virové hepatitidy C uvedlo 37 % (36) respondentů z obou zařízení, kde jsem prováděla výzkum. 100 % dotazovaných uvedlo intravenózní způsob aplikace psychoaktivních látek. Vzájemná souvislost mezi způsobem užití drogy a VHC pozitivitou je tedy zřejmá.

Tato skutečnost poukazuje především na nedostatečnou primární prevenci, která je jedinou ochranou před vznikem drogových závislostí a také před šířením onemocnění spojených s intravenózní aplikací. Doporučovala bych se tedy zaměřit více na rozvoj primární prevence. Nejdůležitější je vzniku závislostí předcházet, protože odstraňovat následky užívání psychoaktivních látek je velice složité. S preventivními programy se musí začít již na prvním stupni základní školy. Musí být soustavné, propracované, náležitě připravené a strategicky zaměřené na jednotlivé věkové skupiny.

Prevenčí by se měli také zabývat pracovníci kontaktních center a terénních programů. V rámci prevence doporučuji klientům podávat informace o cestách přenosu, příznacích a následcích infekčních hepatitid. Dále je informovat o bezpečném užívání, tj. mimo jiné užívání sterilního injekčního materiálu, tím zabránit přenosu a šíření onemocnění spojených s intravenózní aplikací.

Na řešení tohoto rozšiřujícího se problému neexistuje jednoduché řešení.

Práce by měla sloužit k náhledu do stavu problematiky přenosu a šíření infekčních onemocnění spojených s intravenózní aplikací (vnímanou vlastními uživateli psychoaktivních látek). Výsledky výzkumu mohou být k dispozici zařízením, poskytující nízkoprahové služby v rámci sekundární a terciální prevence HR. Diplomová práce může sloužit jako zdroj informací pro pracovníky, zabývající se protidrogovou politikou.

7. Klíčová slova

infekční onemocnění

intravenózní aplikace

prevence

psychoaktivní látky

léčba závislostí na psychoaktivních látkách

8. Seznam použité literatury

1. ANNAN, K. AIDS se týká každého z nás [online]. [cit. 2010-05-05]. Dostupné z: <<http://www.osn.cz/zpravodajstvi/zpravy/zprava.php?id=629>>
2. BRODANOVÁ, M. Hepatologie v praxi : onemocnění jater a žlučových cest. 1. vyd. Praha: Galén, 1997. 389 s. ISBN80-85824-47-7.
3. COHEN, R. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 190 s. ISBN 80-7178-497-4.
4. ČERNÝ, R., MACHALA, L. *Neurologické komplikace HIV/AIDS*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007. 303 s. ISBN 978-80-246-1222-5.
5. EHRMANN, J. et al. *Ikterus – Diferenciální diagnostika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 284. s. ISBN 80-247-0506-0.
6. ESCOHOTADO, A. *Stručné dějiny drog*. 1. vyd. Praha: Volvox Globator, 2003. 173 s. ISBN 80-7207-512-8.
7. DETAILNĚ O AIDS. *Co je infekce HIV a onemocnění AIDS ?* [online]. [cit. 2010-05-05]. Dostupné z: <<http://www.aids-hiv.cz/index.html>>
8. DROGY-INFO.CZ. *Injekční uživatel/užívání drog*. [online]. [cit. 2010-05-01]. Dostupné z: <http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/i/injekcni_uzivatel_uzivani_drog>
9. DROGY-INFO.CZ. *Infekce*. [online]. [cit. 2010-05-01]. Dostupné z: <http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/i/infekce>

10. FIŠEROVÁ, M. *Historie, příčiny a léčení drogových závislostí*. [online]. [cit. 2010-03-24]. Dostupné z: <http://old.lf3.cuni.cz/drogy/articles/zavislost_ol.htm>
11. GANERI, A. *Drogy, od extáze k agónii*. 1. vyd. Praha: Amulet, 2001. 149 s. ISBN 80-86299-70-8.
12. GOSSOP, M. *Léčba problémů spojených se zneužíváním drog : důkazy o účinnosti*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2009. 104 s. ISBN 978-80-87041-81-9.
13. HAJNÝ, M. *O rodičích, dětech a drogách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2001. 133 s. ISBN 80-247-0135-9.
14. HARTNOLL, R. *Drogy a drogové závislosti: propojování výzkumu, politiky a praxe : co jsme se už naučili a co bychom se ještě naučit měli*. 1. vyd. Praha : Úřad vlády České republiky, 2005. 96 s. ISBN80-86734-45-5.
15. HEPATITIS C. *What about liver transplantation for hepatitis C?* [online]. [cit. 2010-05-10]. Dostupné z: <http://www.medicinenet.com/hepatitis_c/page9.htm>
16. HORÁK, J., STRÍTESKÝ, J. *Chronické hepatitidy*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. 173 s. ISBN 80-7169-775-3.
17. HUSA, P., HUSOVÁ, L. *Léčba virových hepatitid : minimum pro praxi*. 1. vyd. Praha: Triton, 2000. 131 s. ISBN 80-7254-157-9.
18. INFEKCE HIV A JEJÍ LÉČBA. *AIDS jako klinicky rozvinuté stadium infekce HIV*. [online]. [cit. 2010-05-05]. Dostupné z: <http://aids.alms.cz/cz/aids-fakta-203.php>
19. INFEKCE HIV A JEJÍ LÉČBA. *Hlavní příznaky infekce HIV*. [online]. [cit. 2010-05-05]. Dostupné z: <<http://aids.alms.cz/cz/aids-fakta-202.php>>

20. IVERSEN, L. *Léky a drogy : průvodce pro každého*. 1. vyd. Praha: Dokořán, 2006. 143 s. ISBN 80-7363-061-3.
21. KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti I*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 319 s. ISBN 80-86734-45-5.
22. KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti II*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 343 s. ISBN 80-86734-05-6.
23. KALINA, K. et al. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 392 s. ISBN 978-80-247-1411-0.
24. KLÍMA, P. *Kontaktní práce : antologie textů České asociace streetwork*. 2. vyd. Praha: Česká asociace streetwork, 2009. 359 s. ISBN 978-80-254-4001-8.
25. KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. 5. vyd. Praha: Portál, 2006. 383 s. ISBN 80-7367-122-0.
26. KREKULOVÁ, L., ŘEHÁK, V. *Virové hepatitidy : prevence, diagnostika, léčba*. 2. vyd. Praha: Triton, 2002. 167 s. ISBN 80-7254-218-4.
27. MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D. *Výchova ke zdraví učitele*. 1. vyd. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně, 2006. 250 s. ISBN 80-7044-768-0.
28. MANDĚÁKOVÁ, Z. *Virové hepatitidy*. In: *Sborník odborné konference Ženy a drogy*. 1. vyd. Praha: Sananim, 2009. 112 s. ISBN 978-80-254-5133-5.
29. MAREČKOVÁ, J. *Drogy : otázky a odpovědi : [příručka pro rodinné příslušníky a pomáhající profese]*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 198 s. ISBN 978-80-7367-223-2.

30. MATOUŠEK, O. et al. *Sociální práce v praxi : specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 351 s. ISBN 80-7367-002-X.
31. MRAVČÍK, V. *Účinnost programů výměny sterilních jehel a stříkaček při snižování rizika nákazy HIV/AIDS mezi injekčními uživateli drog : odborné podklady pro činnost*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2005. 83 s. ISBN80-86734-74-9.
32. NÁRODNÍ PROGRAM BOJE PROTI AIDS. *Detailně o AIDS*. [online]. [2010-04-12]. Dostupné z: <<http://www.aids-hiv.cz/index.html>>
33. NEŠPOR, K., PROVAZNÍKOVÁ, H. *Slovník prevence problémů působených návykovými látkami*. 3. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 1999. 54 s. ISBN 80-7071-123-X.
34. OFFICE OF NATIONAL DRUG CONTROL POLICY. *Crack Facts & Figurek* [online]. [cit. 2010-05-05]. Dostupné z: <http://www.whitehousedrugpolicy.gov/drugfact/crack/crack_ff.html>
35. PENDELL, D. *Pharmako Dynamis : excitanty a empatogenika : rostliny, drogy, odvary, jedy, byliny*. 1. vyd. Praha: Dybbuk, 2005. s. 317s. ISBN 80-86862-06-2.
36. PEŠEK, R. et al. *Drogová závislost aneb rychlý běh po krátké trati*. 1. vyd. Písek: Arkáda, 2007. s 80. ISBN 978-80-239-9405-6
37. PODROBNÝ POPIS HIV/AIDS HIV. *Původce – agens HIV*. [online]. [cit. 2010-05-05]. Dostupné z: <<http://www.aids-hiv.cz/popis.html>>
38. PRAVDA O MARUHUANĚ. O. S. ŘEKNI NE DROGÁM – ŘEKNI ANO ŽIVOTU. *Co je marihuana?* [online]. [cit. 2010-05-05]. Dostupné z: <<http://www.marihuana.cz/kap-co-je-marihuana.html>>

39. PRESTON, A., MALINOWSKI, A. *Průvodce léčbou v terapeutické komunitě : praktická příručka pro uživatele drog*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2007. 59 s. ISBN 978-80-87041-28-4.
40. PŘENOS HIV INFEKCE. *Cesty přenosu HIV*. [online]. [cit. 2010-05-05]. Dostupné z: <http://www.aids-pomoc.cz/ca_prenos_hiv.htm>
41. RADIMECKÝ, J. et al. *Učební podklady ke kurzu: Prevence a adiktologie pro odborníky pracující v ústavní výchově a preventivně výchovné péči*. 1. vyd. Praha: Centrum adiktologie PK 1. lékařské fakulty a VFN, Univerzita Karlova, 2007. 89 s. ISBN978-80-239-9961-7.
42. RADIMECKÝ, J. et al. *Učební texty ke kurzu: Úvod do adiktologie*. 1. vyd. Praha: Centrum adiktologie PK 1. lékařské fakulty a VFN, Univerzita Karlova, 2007. 59 s. ISBN978-80-239-9960-0.
43. RHODES, T. *Terenní práce s uživateli drog : zásady a praxe*. 1. vyd. Boskovice: Albert, 1999. 70 s. ISBN80-85834-71-5.
44. RODGERS, F. et al. *Léčba drogových závislostí*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. 190 s. ISBN 80-7169-836-9.
45. SADÍLEK, P. *Poradenská činnost v oblasti závislostí poskytovaná prostřednictvím telefonu nebo internetu*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2006. 72 s. ISBN 80-86734-89-7.
46. SLOVNÍK CIZÍCH SLOV. *Význam slova endokard*. [online]. [cit. 2010-05-05]. Dostupné z: <<http://www.slovník-cizich-slov.cz/endokard.html/pridat-komentar>>

47. STAKRLE, V. *Virové hepatitidy : informace pro pacienty*. 1. vyd. Brno: Akademické nakladatelství, 2003. 20 s. ISBN 80-7204-276-9.
48. STRÁNSKÝ, J. *Virová hepatitida B a její klinický význam*. 1. vyd. Praha: Grada, 2001. 204 s. ISBN 80-247-0243-6.
49. STRÁNSKÝ, J. *Virová hepatitida C*. 1. vyd. Praha: Grada, 199. 196 s. ISBN 80-7169-818-0.
50. STUDNIČKOVÁ, B., PETRÁŠOVÁ, B. *Výroční zpráva ČR – 2009 Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog*. 1. vyd. Praha: Hygienická stanice hl. m. Prahy, Centrální pracoviště drogové epidemiologie, 2010. 206 s. ISBN 978-80-254-6750-3.
51. SVENSON, G. et al. *Doporučení Evropské unie pro peer výchovu v prevenci HIV/AIDS*. 1. vyd. Praha: SZÚ, CEM/Pracoviště manažera Národního programu HIV/AIDS, 2003. 48 s. ISBN 80-7071-220-1.
52. ÚZIS ČR. *Výběrové šetření o zdravotním stavu a životním stylu obyvatel České republiky zaměřené na zneužívání drog*. 1. vyd. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2006. 76 s. ISBN 80-7280-636-X.
53. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008. 872 s. ISBN 978-80-7367-414-4.
54. VERSTER, A., BUNING E. *Informace pro tvůrce drogové politiky o účinnosti substituční léčby závislosti na opiátech*. 2. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2004. 38 s. ISBN 80-86734-32-3.

55. VODÁČKOVÁ, D. et al. *Krizová intervence*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 544 s. ISBN 80-7178-696-9.

56. VOKURKA, M. et al. *Velký lékařský slovník*. 6. vyd. Praha: Maxdorf, 2006. 1017 s. ISBN 80-7345-105-0.

57. ZÁBRANSKÝ, T. *Smrtelná předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami v ČR : stručný souhrn a manuál pro monitorování*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2004. 59 s. ISBN 80-86734-37-4.

58. ZÍTOVÁ, J. *Infekční komplikace u drogově závislých*. In: *Sborník odborné konference Ženy a drogy*. 1. vyd. Praha: Sananim, 2009. 112 s. ISBN 978-80-254-5133-5.

9. Přílohy

Příloha 1: Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Michaela Prokšová. Studuji na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Dovolte mi, prosím, položit Vám několik otázek, které budou podkladem při zpracování mé diplomové práce na téma „Vnímání zdravotních rizik nitrožilní aplikace psychoaktivních látek ve skupině drogově závislých.“ **Dotazník je anonymní.** Vyplňte, prosím, čitelně hůlkovým písmem.

Zaškrtněte jen jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak.

Děkuji.

1. Jste: muž žena

2. Kolik je Vám let?

3. Bydlíte: (platnou odpověď zakroužkujte)

a) sám / s přáteli / s rodinou / s partnerem / s partnerem a dítětem / s dítětem / jiné

.....

b) doma u rodičů / vlastní bydlení/ ubytovna / squaw / na ulici (bez domova) / azylový dům / jiné

okres:

4. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

5. Zaměstnání: (platnou odpověď zakroužkujte, můžete vybrat více odpovědí)

Pravidelné / brigády (příležitostná práce) / registrace na úřadu práce / dávky sociálního zabezpečení

(např. hmotná nouze, důchod atd.) / škola / bez zaměstnání / jiné

6. Vaše první nelegální droga a v jaké věku jste ji užil/a:

7. Vaše primární droga:

8. Vypište, prosím, jaké drogy užíváte v současné době:

9. Drogu užívám / užíval/a: (platnou odpověď zakroužkujte, můžete vybrat více odpovědí)

injekčně do žíly / ústně / šňupání (sniff) / kouření / inhalace rozpouštědel / jinak, jak:

.....

10. Jakou drogu jste poprvé aplikoval/a jehlou?

Kolik Vám bylo let?

Kolik let užíváte nitrožilně?

11. Půjčujete/půjčil/a jste si jehly? (platnou odpověď zaškrtněte, můžete vybrat více odpovědí)

a) ano

Když nemám čistou použiji „špínu“:

opakovaně užívám / jsem užíval vlastní už použitou jehlu

pouze v páru s partnerem

pravidelně si půjčuji / půjčoval cizí použitou jehlu

v případě nouze si půjčuji / půjčoval cizí použitou jehlu

vzal/a jsem si po někom, o kom jsem věděl/a, že nemá žloutenku C

vzal/a jsem si po někom, o kom jsem věděl/a, že má žloutenku C a můžu se

nakazit (přesto jsem si

půjčil/a a použil/a)

jiný důvod, jaký:

b) ne

12. Půjčujete/půjčil/a jste si náčiní? (platnou odpověď zakroužkujte, můžete vybrat více odpovědí)

a) ano

Jaké: lžička / filtr / nádoba / „rozdělovačka“ / jiné, jaké:

b) ne

13. Dezinfekce: (platnou odpověď zakroužkujte)

a) nepoužívám/nepoužíval/a jsem účinnou dezinfekci

b) užívám účinnou dezinfekci

c) místo vpichu dezinfikuji/jsem dezinfikoval/a před vpichem

d) místo vpichu dezinfikuji/jsem dezinfikoval/a po vpichu

e) místo vpichu dezinfikuji/jsem dezinfikoval/a před i po vpichu

f) uvědomuji si důležitost dezinfekčního ošetření kůže před vpichem, ale nedělám/nedělal/a jsem to dostatečně

14. Dezinfikujete/jste dezinfikoval/a již použitý injekční materiál, který užijete ke vpichu?

a) ano

b) ne

15. Vypište, prosím, Vaše místa vpichu:

.....

16. Voda užitá při aplikaci drogy byla: (platnou odpověď zakroužkujte, můžete vybrat více odpovědí)

a) sterilní (z výměnného programu)

b) z vodovodní sítě – převařená

c) z vodovodní sítě – nepřevařená

d) v případě nouze jiná, jaká:

17. Drogu nejčastěji aplikujete / jste aplikovali: (platnou odpověď zakroužkujte)

a) ve skupině

b) o samotě

c) v páru s partnerem

e) jinak, jak:

18. „Našlehl/a“ jsi někoho? ano / ne

19. Nechal/a ses „našlehnout“? ano / ne

20. Předávkoval/a jsi se tak, že Tě museli hospitalizovat v nemocnici? ano / ne

21. Nejčastější zdroj sterilního injekčního materiálu: (platnou odpověď zakroužkujte)

a) výměnný program kontaktního centra

b) výměnný program u „streetů“

c) lékárna

22. Měl/a jsi nechráněný sex (bez kondomu)? ano / ne

Užíval některý/á z Tvých sexuálních partnerů/partnerek drogy nitrožilně? ano / ne

Měl/a některý/á z Tvých sexuálních partnerů/partnerek žloutenku C? ano / ne

23. Jaké znáš způsoby přenosu žloutenek? (PROSÍM, VYPIŠ VŠE, CO VÍŠ)

Žloutenka A:

Žloutenka B:

Žloutenka C:

24. Jaké znáš příznaky onemocnění žloutenkou? (PROSÍM, VYPIŠ VŠE, CO VÍŠ)

Žloutenka A:

Žloutenka B:

Žloutenka C:

25. Jaké znáš následky žloutenky? (PROSÍM, VYPIŠ VŠE, CO VÍŠ)

Žloutenka A:

Žloutenka B:

Žloutenka C:

26. Jaké znáš způsoby přenosu HIV? (PROSÍM, VYPIŠ VŠE, CO VÍŠ)

.....

27. Jaké znáš příznaky onemocnění HIV? (PROSÍM, VYPIŠ VŠE, CO VÍŠ)

.....

28. Jaké znáš následky HIV? (PROSÍM, VYPIŠ VŠE, CO VÍŠ)

.....

29. Vyšetření na žloutenky: (platnou odpověď zakroužkujte)

a) Testován/a pravidelně / jednorázově / nahodile, když byla příležitost

výsledek je: negativní

pozitivní na žloutenku A – od roku: léčba: ano / ne

pozitivní na žloutenku B – od roku: léčba: ano / ne

pozitivní na žloutenku C – od roku: léčba: ano / ne

b) Netestován/a

Důvody proč netestován/a: nic mi nehrozí / nevím, kam se obrátit (kde se provádějí testy) / lékaři se ke mně nechovají přívětivě / nevyhovující doba odběru krve k vyšetření / jiný důvod, jaký:

c) Nevyzvedl/a výsledek

Důvody proč jsem nevyzvedl/a výsledek: bojím se výsledků / zapomněl/a jsem / jiný důvod, jaký:

30. Vyšetření na HIV: (platnou odpověď zakroužkujte)

a) Testován/a pravidelně / jednorázově / nahodile, když byla příležitost

výsledek je: negativní

pozitivní – od roku: léčba: ano / ne

b) Netestován/a

Důvody proč netestován/a: nic mi nehrozí / nevím, kam se obrátit (kde se provádějí testy) / lékaři se ke mně nechovají přívětivě / nevyhovující doba odběru krve k vyšetření / jiný důvod, jaký:

c) Nevyzvedl/a výsledek

Důvody proč jsem nevyzvedl/a výsledek: bojím se výsledků / zapomněl/a jsem / jiný důvod, jaký:

31. Jste očkován/a proti žloutence?

a) ano

jsem očkován/a proti žloutence A od roku

jsem očkován/a proti žloutence B od roku

b) ne

Děkuji za Váš čas věnovaný vyplněný dotazníku.