

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

A

VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMICKÁ V PRAZE

FAKULTA MANAGEMENTU V JINDŘICHOVĚ HRADCI

**Riziko infekčních onemocnění spojené s užíváním
drog**

Autor: Ivana Anděrová

Vedoucí práce: Mgr. Miroslav Procházka, Ph.D.

Studijní program: Sociální pedagogika

Specializace: Výchova a vzdělávací praxe

Datum odevzdání : 31. března 2012

Prohlášení

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

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

V Českých Budějovicích dne 30. března 2012

Ivana Anděrová

Poděkování

Za vedení, pomoc a podporu při zpracování této práce děkuji vedoucímu práce Mgr. Miroslavu Procházkovi, Ph.D. Dále děkuji zástupcům oslovených základních škol za ochotu ke spolupráci.

Anotace

Bakalářská práce se zabývá problematikou infekčních onemocnění spojených s užíváním drog. Teoretická část popisuje obecné zákonitosti infekčních onemocnění, způsobů přenosu a prevence a podává základní charakteristiku problematiky užívání drog zejména ve vztahu k riziku infekcí. Praktická část seznamuje s výsledky analýzy a zhodnocení výskytu infekčních onemocnění u uživatelů drog v Jihočeském kraji a v České republice, analýzy údajů o uživatelích drog v Jihočeském kraji a dále s výsledky výzkumu úrovně znalostí dětí staršího školního věku o infekčních nemocech a způsobech ochrany před jejich vznikem. Na podkladě výzkumu byl vypracován informační materiál pro žáky základních škol o uvedené problematice.

Klíčová slova: infekční nemoci, prevence, drogy

Abstract

The bachelor thesis deals with the issues of infection diseases connected with drug abuse. The theoretical part describes general general rules of infection diseases, ways of its transmission and prevention. It introduces general characteristics of drug abuse issues mainly in connection with the risk of infection. The practical part presents the results of analysis and evaluation of infection disease occurrence in drug users in the region of South Bohemia and the Czech republic. It also introduces the data about drug users in the region of South Bohemia and results of the research concerning the level of foreknowledge of infection disease in children of secondary school age, ways of protection against its origin. There has been worked out the information material about these issues for elementary school students.

Key words: infectious diseases, prevention, drugs

Obsah

Úvod.....	8
I Teoretická část	10
1 Obecné vymezení problematiky infekčních onemocnění.....	10
1.1 Vznik infekčního onemocnění.....	10
1.2 Průběh infekčního onemocnění.....	10
1.3 Původci infekčních onemocnění.....	11
1.4 Proces šíření nákazy.....	12
1.5 Hlášení infekčních nemocí v ČR, nemocnost, incidence, prevalence.....	14
2 Užívání drog – základní pojmy a charakteristika.....	16
2.1 Vymezení pojmu droga	16
2.2 Způsoby aplikace drog.....	17
2.3 Užívání drog – rozdělení, důsledky.....	17
2.4 Vývoj a současná situace v užívání drog.....	18
2.5 Protidrogové strategie	20
2.6 Principy boje proti užívání drog	22
2.7 Strategie protidrogové politiky v ČR.....	23
3 Infekční nemoci a užívání drog.....	26
3.1 Vznik infekčních onemocnění u uživatelů drog	26
3.2 Infekční nemoci spojované s užíváním drog	27
3.2.1 Virové hepatitidy	27
3.2.2 Sexuálně přenosná onemocnění.....	36
3.2.3 Další infekce spojené s užíváním drog.....	41
3.3 Shrnutí.....	41
II Praktická část.....	42
1 Cíle práce.....	42
2 Analýza a zhodnocení výskytu infekčních onemocnění	43
souvisejících s užíváním drog v Jihočeském kraji a v ČR	43
2.1 Cíl analýzy a výzkumné otázky.....	43
2.2 Metodika	43
2.3 Výsledky	45
2.3.1 Syfilis	45

2.3.2 Virové hepatitidy.....	47
2.3.3 HIV/AIDS.....	52
2.4 Shrnutí.....	53
3 Analýza údajů o uživatelích drog	55
3.1 Cíl analýzy a výzkumné otázky.....	55
3.2 Metodika.....	55
3.3 Charakteristika výzkumného souboru.....	56
3.4 Výsledky.....	57
3.4.1 Socioekonomické údaje	57
3.4.2 Údaje o užívání drog.....	59
3.4.3 Vyšetření na HIV a virové hepatitidy.....	62
3.5 Shrnutí	63
4 Zhodnocení úrovně znalostí dětí ve věku 13-15 let o riziku	66
infekčních onemocnění spojených s užíváním drog.....	66
4.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky.....	66
4.2 Metoda a technika sběru dat	66
4.3 Charakteristika výzkumného vzorku.....	67
4.4 Výsledky hodnocení znalostí.....	67
4.5 Shrnutí výzkumu	77
Závěr.....	80

Úvod

Na problematiku drog lze nahlížet z různých hledisek a jedním z nich je hledisko zdravotního poškození jejich uživatelů. Toto poškození může být vyvoláno jak přímým toxickým účinkem drog, tak nepřímo, faktory, které souvisejí se způsobem života a chováním těchto uživatelů. Sem patří riziko vzniku různých infekčních onemocnění, jejichž důsledky mohou být závažnější než důsledky samotného užívání drog. Přitom není podstatná délka užívání, riziko infekce hrozí i při jediném užití drogy.

Pro mnoho mladých lidí je droga snadným prostředkem dosažení pocitů štěstí, úniku před problémy, získání úžasných zážitků a zvýšení schopností, zbavení nejistoty a strachu. Většina z nich zná riziko nepříznivých důsledků užívání drog, přesto se jich z různých důvodů nedokáží zříci. Své užívání drog často nevnímají jako problém, do určité doby se domnívají, že mají vše pod kontrolou a žádná hrozba neexistuje.

Informovanost o velmi vysokém riziku vzniku závažného onemocnění, které může přinést i celoživotní postižení a předčasnou smrt, může přispět k rozhodnutí "pokoušeného" člověka odmítnout experimentovat s drogou nebo alespoň dodržovat základní hygienická pravidla k zabránění přenosu onemocnění.

Téma infekčních onemocnění a užívání drog jsem zvolila zejména z důvodu profesních zkušeností v této oblasti. Na hygienické stanici pracuji s krajskou databází národního registru uživatelů drog a také s informačními systémy infekčních nemocí.

Cílem mé práce je zhodnocení situace ve výskytu infekčních onemocnění u uživatelů drog a posouzení úrovně znalostí o infekčních onemocněních v souvislostech s užíváním drog u dětí staršího školního věku. Součástí práce bude vypracování edukačního materiálu pro děti základních škol o uvedeném tématu.

V teoretické části práce popisuji obecné zákonitosti šíření infekčních nemocí a podávám charakteristiku infekcí nejčastěji se vyskytujících u uživatelů drog, na prvním místě a nejpodrobněji virové hepatitidy C, známé jako nejčastější onemocnění intravenózních uživatelů drog. Dále charakterizuji problém užívání drog zejména se zaměřením na různé principy boje proti tomuto jevu. Opírám se přitom kromě dostupné literatury i o své praktické znalosti z oboru infekčních nemocí a drogové epidemiologie, které jsem získala během dlouholeté praxe v hygienické službě.

Praktická část mé práce se skládá z části analytické a části vlastního výzkumu.

Analytická část bude obsahovat:

- analýzu a zhodnocení incidence infekčních onemocnění souvisejících s užíváním drog v ČR a v Jihočeském kraji;
- analýzu údajů o incidenci uživatelů drog z údajů hlášených do registru uživatelů drog v Jihočeském kraji.

Vlastní výzkum bude založen na zhodnocení úrovně informovanosti o způsobech přenosu infekčních onemocnění a o možnostech chránit se před jejich vznikem, znalostech o závažnosti některých infekcí (především HIV/AIDS, virových hepatitid, sexuálně přenosných nemocí) a úroveň motivace chránit se před infekcí u dětí v rizikovém věku 13-15let. Na podkladech z výzkumu vypracuji informační materiál pro žáky ZŠ o riziku infekčních onemocnění u uživatelů drog.

I Teoretická část

1 Obecné vymezení problematiky infekčních onemocnění

Zákonitosti vzniku a šíření infekčních nemocí jsou obecně platné v celé populaci, tedy i mezi uživateli drog. Pro pozitivní ovlivnění výskytu nemocí je třeba tyto zákonitosti znát a využívat jich při preventivních opatřeních.

1.1 Vznik infekčního onemocnění

Infekční onemocnění vzniká po vstupu infekčního agens (původce onemocnění) do organismu hostitele a pomnožení či vývoji tohoto agens v jeho tkáních. Vstup původce do hostitelského organismu se nazývá nákaza neboli infekce. Podmínkou pro vznik onemocnění je narušení tkání hostitele, což se projeví klinickými příznaky onemocnění (klinická manifestace).

Infekce, při níž nedojde k projevení klinických příznaků, se nazývá inaparentní nebo asymptomatická a lze ji prokázat pouze laboratorním vyšetřením (Šejda aj., 2005, s. 41).

1.2 Průběh infekčního onemocnění

Infekční onemocnění vzniká po uplynutí inkubační doby, což je interval mezi nákazou a rozvojem příznaků onemocnění. Během této doby se původce pomnoží či prodělá určitý vývoj a poté vyvolá příznaky onemocnění. V inkubační době se tedy infikovaný jedinec cítí zcela zdravý, přesto již může být infekční, tzn. může být zdrojem původce pro okolí. Inkubační doba je u různých onemocnění různě dlouhá (Lobovská, 2002, s. 21).

Manifestace onemocnění je podmíněna druhem agens a množstvím, které proniklo do organismu hostitele (infekční dávka), imunitním stavem hostitele i způsobem přenosu. Při manifestním průběhu onemocnění rozeznáváme čtyři základní stadia onemocnění (Krekulová, Řehák, 2002, s. 21-23):

1. Prodromální stádium. Toto stádium trvá několik dní až týdnů a během něj se objevují nespecifické příznaky onemocnění, nejčastěji „chřipkové“ obtíže: bolesti hlavy, svalů,

kloubů, nechutenství, únava, zvýšená teplota. V tomto období je diagnóza na základě klinických příznaků velmi obtížná. Již v této fázi je nemocný člověk vysoce infekční.

2. Akutní fáze vlastního onemocnění. V tomto stádiu dochází k vystupňování celkových příznaků a objevují se příznaky typické pro daný typ onemocnění (např. u virové hepatitidy bolest v pravém podžebří). Toto období je provázeno typickým laboratorním nálezem. Délka je odlišná podle typu onemocnění.

3. Stádium rekonvalescence. Příznaky postupně mizí, laboratorní nález se normalizuje. Některé příznaky, např. únava, nechutenství, mohou přetrvávat poměrně dlouhou dobu.

4. Posledním stádiem je úzdava nebo rozvoj chronického onemocnění. Ke vzniku chronického onemocnění dochází v případě, kdy agens v organismu dlouhodobě přežívá, množí se a je průběžně vylučováno. Míra poškození organismu je rozdílná podle typu onemocnění a době trvání chronické infekce.

1.3 Původci infekčních onemocnění

Rozdělení původců onemocnění do skupin podle Göpfertové aj. (2006, s. 36):

- metazoa – do této skupiny patří původci parazitárních onemocnění člověka (červi, členovci);
- protozoa – prvoci, původci např. malárie, leishmaniózy a dalších
- houby – původci povrchových onemocnění kůže, vlasů, nehtů nebo vnitřních onemocnění (histoplazmóza);
- bakterie – původci velmi širokého spektra infekčních onemocnění, působí proti nim antibiotika (u některých však narůstají problémy s jejich odolností proti známým antibiotikům);
- viry – původci řady infekčních onemocnění, spolu s bakteriemi jsou v našich podmínkách nejčastějšími původci infekčních onemocnění, na rozdíl od bakterií proti virům nepůsobí antibiotika;
- priony – infekční proteiny, vyvolávají tzv. pomalé infekce, např. Creutzfeldt-Jakobovu nemoc.

1.4 Proces šíření nákazy

Šíření nákazy v populaci se nazývá proces šíření nákazy neboli epidemický proces. Podmínkou tohoto procesu je přítomnost zdroje původce nákazy, uskutečnění přenosu původce nákazy a přítomnost vnímavého hostitele (Göpfertová aj., 2006, s.26).

Zdroj původce nákazy

Zdrojem původce je až na výjimky infikovaný lidský nebo zvířecí organismus, a to nejen ve fázi zjevného onemocnění, ale i v období, kdy příznaky onemocnění chybí, tedy v inkubační době, při asymptomatické infekci a při chronickém onemocnění. Osoby, které vylučují infekční agens bez přítomnosti příznaků onemocnění se nazývají nosiči. Nosiči jsou jako zdroj infekce zpravidla nerozpoznány, což přináší významné riziko pro nechráněné osoby v okolí (Göpfertová aj., 2006, s. 39-41).

Přenos původce nákazy

Cesty přenosu infekčních onemocnění jsou různé podle toho v jakých tkáních je infekční proces lokalizován a jakou cestou opouští původce svého stávajícího hostitele či naopak vstupuje do nového (hovoříme o výstupních a vstupních branách infekce).

Základní rozdělení způsobů přenosu je na přenos přímý a nepřímý. Bližší specifikace jednotlivých způsobů přenosu (Göpfertová aj., 2006, s. 42-43):

Přímý přenos předpokládá současnou přítomnost zdroje nákazy a vnímavého jedince.

Možnosti přímého přenosu:

- přímý kontakt kůže nebo sliznic (svrab, sexuálně přenosné nemoci);
- přenos fekálně - orální: situace, kdy si člověk kontaminuje ruce výměty nemocného a poté si původce přenesse na sliznici ústní dutiny (typický způsob přenosu u virové hepatitidy A – „nemoci špinavých rukou“);
- perinatální přenos - infekce dětí během porodu, např. vdechnutím plodové vody (infekce HIV, virové hepatitidy B);
- přenos kapénkami - kapénky s infekčním agens jsou při mluvení, kýchní, kašláni nemocného člověka vmeteny přímo na sliznici vnímavého jedince (chřipka a ostatní respirační infekce);
- přenos pokousáním či poškrábáním zvířetem (vzteklina, tetanus);
- přenos transplacentární - infekce plodu během nitroděložního života (zarděnky, HIV).

Při nepřímém přenosu nezáleží na současné přítomnosti nemocného a vnímavé osoby, přenos je zprostředkován:

- předměty, které jsou kontaminovány infekčním agens - kapesníky, ručníky, injekční jehly, stříkačky atd.;
- vehikuly, tzn. látkami s obsahem infekčního agens, které se v nich může i množit, nejčastěji voda a potraviny (salmonelóza, břišní tyfus);
- biologickými produkty, jako je krev, krevní produkty, mateřské mléko a sperma (infekce HIV, hepatitida B a C);
- vektorem neboli přenašečem, např. hmyzem (klíšťová encefalitida, malárie);
- vzduchem, tzn. přenosem aerosolu s infekčním agens do brány vstupu, kterou je obvykle sliznice dýchacího ústrojí, infekční aerosol může vzniknout např. při manipulaci s kontaminovaným prádlem, obvazovým materiálem, infikovanou slámou či senem v zemědělství apod.

Hlavní mechanismy přenosu infekčního agens podle Šejdy aj. (2005, s.73):

- ingesce - požití agens ve vodě, mléce a jiných potravinách (u tzv. alimentárních infekcí, např. salmonelóza, virová hepatitida A);
- inhalace - vdechnutí agens (tzv. vzdušné neboli volatilní infekce, např. chřipka, spalničky);
- inokulace - proniknutí kůží nebo sliznicí (např. při použití nesterilních jehel a stříkaček, tzv. parenterální přenos);
- přímý kontakt - dotekem kůže nebo sliznice (svrab, sexuálně přenosné nemoci).

Vnímový hostitel

Vnímový hostitel je jedinec, který není proti dané infekci odolný. Odolnost resp. vnímavost ovlivňují následující faktory: věk, kvalita imunitních mechanismů, předchozí očkování proti dané infekci, genetické faktory, výživový stav, fyzická kondice, osobní návyky (kuřáctví, konzumace alkoholu), psychologické faktory jako vůle, optimismus, stres, deprese (Göpfertová aj., 2006, s.49).

Pokud jde o uživatele drog, Minařík a Hobstová (2003, s. 224) je jako případné hostitele rozdělují do 3 skupin:

1) Skupina experimentátorů a neinjekčních uživatelů – většinou u nich nejsou přítomna závažná onemocnění, ale jsou více ohroženi běžnými infekcemi v důsledku oslabení odolnosti organismu. Výskyt závažnějších, např. sexuálně přenosných

infekcí závisí na jejich životním stylu a úrovni znalostí o způsobech přenosu infekčních onemocnění.

2) Injekční uživatelé drog bez závažnějších zdravotních komplikací – skupina uživatelů s kratší dobou injekčního užívání drog a/nebo s vysokou informovaností o způsobech ochrany.

3) Dlouhodobí injekční uživatelé drog – skupina, u níž je velká pravděpodobnost přítomnosti závažných infekčních onemocnění s rozsáhlými komplikacemi.

1.5 Hlášení infekčních nemocí v ČR, nemocnost, incidence, prevalence

V České republice mají zdravotnická zařízení povinnost ohlásit výskyt infekčního onemocnění na standardizovaném formuláři příslušné Krajské hygienické stanici, která provádí zpracování hlášení do elektronické podoby pomocí určeného programu.

Povinnost hlášení stanovuje zákon 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví (§ 62 odst. 1 a 2):

„(1) Osoba poskytující péči (§ 15 odst. 1), která zjistí infekční onemocnění, podezření na takové onemocnění nebo úmrtí na ně, vylučování původců infekčních onemocnění nebo se o těchto skutečnostech dozví, je povinna ohlásit toto zjištění neprodleně, způsobem a v rozsahu upraveném prováděcím právním předpisem příslušnému orgánu ochrany veřejného zdraví.

(2) Osoba poskytující péči je dále povinna ohlásit příslušnému orgánu ochrany veřejného zdraví pozitivní mikrobiologické nálezy původců alimentárních onemocnění, markerů virových hepatitid a pozitivních sérologických vyšetření na infekční onemocnění.“

K zajištění povinného hlášení, evidence a analýzy výskytu infekčních nemocí v České republice slouží program EPIDAT, který je celostátně používán hygienickou službou ČR od 1. 1. 1993. Samostatně se pak hlásí tuberkulóza a pohlavní nákazy. Vybraná pohlavní onemocnění eviduje Národní registr pohlavních nemocí (NRPN). Povinnost hlásit (dle vyhlášky 195/2005 Sb.) má každé pracoviště, které onemocnění diagnostikovalo (zpravidla dermatovenerologie). Hlášení jsou do NRPN vkládána prostřednictvím Krajských hygienických stanic. Anonymizovaná data pak dostává k celostátní analýze pracoviště Ústavu zdravotnických informací a statistiky.

Systemy pro hlášení infekčních nemocí umožňují sledovat dlouhodobé trendy a provádět podrobnější analýzy jednotlivých onemocnění podle různých kritérií na úrovni

okresní, krajské i národní. Celostátní zpracování dat z programu EPIDAT provádí Státní zdravotní ústav (SZÚ), z registrů tuberkulózy a pohlavních nemocí pak Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky.

Shromažďování a hlášení údajů o HIV pozitivních osobách upravuje vyhláška 473/2008 Sb. Lékař AIDS centra při prvním kontaktu s HIV pozitivní osobou vyplní formulář, který odešle do Národní referenční laboratoře pro AIDS ve Státním zdravotním ústavu Praha.

Číselné vyjádření výskytu nemoci či jiných jevů lze udávat dvěma způsoby:

- jako prostý absolutní počet nemocných
- jako relativní číslo, vztahující počet nemocných k velikosti populace, nejčastěji je uváděno v přepočtu na 100 000 obyvatel, toto číslo se pak v epidemiologii nazývá nemocnost.

Základními ukazateli jsou incidence a prevalence. Incidence je počet osob původně bez sledovaného stavu, který u nich ve sledovaném období nově vznikl. Prevalence vyjadřuje počet osob, u kterých byl ve sledovaném okamžiku nebo časovém období daný stav zaznamenán, bez ohledu na to, kdy došlo k jeho vzniku (Göpfertová aj., 2006).

Sledovanými údaji v rámci hlášení infekčních nemocí jsou i údaje o rizikovém chování, včetně injekčního užívání drog. Podíl uživatelů drog na incidenci infekčních onemocnění ukazuje, jaký význam má užívání drog pro šíření dané infekce. Ve většině zemí existuje systém hlášení infekčních nemocí, který monitoruje i způsob přenosu. Jak ale konstatuje Zábranský (2003, s. 47), hodnocení podílu uživatelů drog na počtech hlášených onemocnění má však jen omezený význam, protože některá onemocnění mohou probíhat bezpříznakově nebo jen s mírnými příznaky a drogoví uživatelé se spíše vyhýbají návštěvě lékaře.

2 Užívání drog – základní pojmy a charakteristika

2.1 Vymezení pojmu droga

Pojmem drogy se pro účely této práce (termín má mnoho významů) rozumí psychoaktivní látky, tzn. látky, které mohou měnit psychický stav jedince obvykle subjektivně žádoucím způsobem - definice dle Vágnerové (2004, s. 548). Účinek může být povzbuzující, omamný nebo vyvolávající změnu vědomí a chápání reality. Některé drogy mají smíšené účinky.

Tradičně se drogy dělí na legální a nelegální.

Legální drogy:

- alkohol - problémy s alkoholem jsou často podceňovány, přestože patří mezi nejčastější sekundární drogy mezi drogově závislými a alkoholismus může zhoršit jiné problémy, např. zdravotní poškození nemocných s virovou hepatitidou;
- léky - závislost na psychoaktivních lécích je podceňované, ale velké nebezpečí;
- tabák - nejrozšířenější droga s největším zdravotním dopadem;
- těkavé látky - toluen a jiná průmyslová rozpouštědla, náplně do zapalovačů, benzen, benzín, způsobují těžké zdravotní poškození (*Legální drogy*, online).

Nelegální drogy:

- halucinogeny - jiné halucinogeny než konopné se v České republice užívají spíše vzácně;
- konopné drogy - stejně jako jinde ve světě, i v ČR je nejčastěji zneužívanou ilegální drogou konopí;
- opiáty - opiáty jsou spolu s těkavými látkami považovány za nejnebezpečnější psychotropní látky vůbec pro velké riziko vzniku závislosti;
- stimulancia – v ČR především "domácí" pervitin;
- taneční drogy – především rekreačně (zne)užívané látky, mají kombinovaný halucinogenní a stimulační účinek (*Nelegální drogy*, online).

Důsledky užívání legálních drog – alkoholu, tabáku – jsou katastrofálnější než důsledky užívání nelegálních drog pokud jde o celkový počet postižených, zdravotních

komplikací a úmrtí. Přímé riziko přenosu infekčních nemocí se však při jejich užívání neprojevuje.

2.2 Způsoby aplikace drog

Mínařík a Hobstová (2003, s. 224) charakterizují jednotlivé způsoby aplikace drog takto:

Injekční aplikace

Nejzávažnější způsob aplikace drogy přímo do krevního oběhu.

Šňupání

Bránou vstupu drogy v tomto případě je nosní sliznice, která může být v důsledku aplikace drogy značně poškozena (kokain).

Inhalace

Při tomto způsobu aplikace je účinná látka vstřebávána plicními sklípky a její účinky nastupují rychle (konopné drogy, heroin, organická rozpouštědla).

Perorální aplikace

Tento způsob aplikace je rizikový z důvodu špatně odhadnutelné velikosti dávky, protože účinek drogy je opožděný. Využitelnost aplikované látky je malá.

2.3 Užívání drog – rozdělení, důsledky

Osoby užívající drogy můžeme rozdělit na experimentátory, příležitostné a rekreační uživatele, pravidelné uživatele, problémové uživatele a závislé na drogách. Bližší charakteristiku uvádí Kalina (2003, s.17):

Experimentátoři: osoby, které občas a nepravidelně užívají různé druhy drog.

Příležitostní a rekreační uživatelé: užívání drog se pro ně stalo součástí životního stylu, není však častější než jednou týdně a nevznikla u nich dosud závislost či jiné problémy.

Pravidelní uživatelé: užívají drogu častěji než jednou týdně, důsledkem je ovlivnění jejich životního stylu a vznik škodlivých účinků.

Problémoví uživatelé: podle EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) je problémové užívání definováno jako intravenózní užívání drog a/nebo dlouhodobé a pravidelné užívání opiátů, kokainu a drog amfetaminového typu.

Závislí: splňují diagnostická kritéria syndromu závislosti, často jde zároveň o problémové uživatele.

Přímé důsledky užívání psychoaktivních látek specifikuje Vágnerová (2004, s. 548): akutní intoxikace, abúzus a závislost. Akutní intoxikace je přechodná změna fyziologických i psychických funkcí po užití psychoaktivní látky. Abúzus (zneužívání) jsou psychické nebo somatické změny, které vznikají v důsledku dlouhodobého užívání drogy. Závislost je onemocnění, které postupně vede k narušení somatických, psychických i sociálních funkcí.

Podle Nešpora (2003, s.14) lze závislost chápat jako životní styl, v němž užívání psychoaktivní látky dominuje nad jiným jednáním. Hlavní charakteristikou je silná až přemáhající touha brát psychoaktivní látky. Syndrom závislosti je definován Mezinárodní klasifikací nemocí (MKN-10).

Příznaky závislosti jsou (Vágnerová, 2004, s. 548; Nešpor, 2003, s. 14):

- silná potřeba získat a užívat drogu (bažení neboli craving);
- neschopnost kontroly a sebeovládání ve vztahu k jejímu užívání;
- růst tolerance, potřeba stále většího množství nebo častějších dávek, aby se dosáhlo požadovaného účinku;
- abstinenci syndrom, který je reakcí na snížení obvyklé dávky nebo na abstinenci;
- potřeba drogy je dominantní, dochází k omezení všech ostatních zájmů a potřeb;
- potřeba konzumace drogy přetrvává, přestože člověk ví o jejím škodlivém vlivu, užívání drogy mu vadí, uvědomuje si potíže, které mu způsobuje, přesto nedokáže přestat.

Riziko vzniku závislosti na drogách je nejvyšší v období dospívání. V tomto období lidé rádi experimentují, hledají nové zážitky. Drogy představují formu protestu proti společenským normám a životnímu stylu dospělých. (Vágnerová 2004, s. 549).

2.4 Vývoj a současná situace v užívání drog

Zneužívání a distribuce nelegálních drog se v zemích střední a východní Evropy významně rozšířilo po r. 1990, jako doprovod změn ekonomických, politických a sociálních. Jak uvádí Bém aj. (2003, s. 33–34), tento vývoj bývá označován za "odloženou epidemii", neboť v zemích na západ od "železné opony" nastal tento nárůst již

v 60. a 70. letech 20. století. Nejen liberalizace společnosti, svoboda cestování a životního stylu, ale i další faktory – oslabení sociálních jistot, nedostatečná komunikace o drogové problematice, absence vhodné legislativy a další, ovlivnily nárůst problémů s drogami v postkomunistických zemích.

V ČR byla před rokem 1990 zdrojem drog domácí produkce, tzn. pěstování marihuany, výroba pervitinu a braunu. Neexistoval drogový trh, pouze malé uzavřené skupiny nepočtených uživatelů, v nichž probíhala distribuce, produkce i spotřeba. Po roce 1990 se ČR stala především tranzitní zemí, domácí produkce začala být zpestřována dovezenými drogami poskytovanými "za odměnu" za služby nebo testování trhu. Dochází k propojení dosud uzavřených skupinek, vzniká trh s nabídkou a poptávkou a výroba, dovoz či prodej drog se stává "povoláním". Postupně narůstají počty experimentátorů a rekreačních uživatelů (Bém aj., 2003).

Za zlomový je považován rok 1994: ČR se ze země tranzitní stává zemí spotřebitelskou. Dochází k masivní invazi levného heroinu na český trh. Drogy se stávají široce dostupné, snižuje se věková hranice uživatelů, roste s tím související kriminalita. Zhruba od roku 2000 získává domácí drogová scéna odlišný charakter. Roste užívání marihuany, extáze a jiných "tanečních drog", spotřeba heroinu a pervitinu již tolik nestoupá. Domácí výroba pervitinu díky zásahům policie mizí, obchodu s pervitinem se ujímají mezinárodní organizace. Mezi uživateli se šíří infekční hepatitidy (Bém aj., 2003, s. 33-34).

Současnost

Situaci v ČR v posledních letech hodnotí dokument *Národní strategie protidrogové politiky na období 2010-2018* (online, 2011, s. 9-10) jako stabilizovanou: "*V průběhu pěti let se podařilo udržet relativně stabilní situaci v počtu problémových uživatelů nelegálních drog. Na nízké úrovni se podařilo udržet výskyt zdravotních následků užívání drog – infekčních onemocnění a úmrtí.*"

A dále:

"V případě experimentálního užívání drog mezi mladými lidmi došlo ke stabilizaci, nicméně na vysokých hodnotách – zejména v užívání konopných drog vykazuje ČR nejvyšší míru užívání v Evropě. Ani v obecné (dospělé) populaci ČR nedošlo k zastavení nárůstu užívání drog, spotřeba nelegálních drog vzrostla."

Stabilizaci v situaci v ČR potvrzuje i Mravčík aj. (2011, online) v dokumentu *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v r. 2010*. Podle této zprávy v roce 2010 „vzrostl odhadovaný počet problémových uživatelů drog – ve srovnání s minulými lety však tento nárůst není statisticky významný“. Nejvíce problémových uživatelů drog je v Praze a Ústeckém kraji. Zvýšil se také počet injekčních uživatelů drog. Problémové užívání drog se týká asi 0,5 % české dospělé populace.

Mravčík (tamtéž) dále uvádí výsledky z realizovaných výzkumů, podle kterých se v posledních třech letech zkušenosti s užíváním nelegálních drog v obecné populaci drží na stabilní úrovni, nejčastěji se jedná o konopné látky (zkušenost udává 23–34 % respondentů), dále extázi (4–10 %). 1–2 % mladých lidí ve věku 15 – 34 let udává zkušenosti s pervitinem.

2.5 Protidrogové strategie

Světové strategie boje proti drogám vycházejí z úmluv OSN (*Úmluva o omamných látkách, Úmluva o psychotropních látkách, Jednotná úmluva o omamných a psychotropních látkách, Úmluva proti nedovolenému obchodu s omamnými a psychotropními látkami*). Na těchto úmluvách byla založena protidrogová strategie EU pro období let 2005-2012, přijatá na zasedání Evropské rady, která se snaží řešit problematiku drog v nadnárodních souvislostech. Tato strategie se soustřeďuje na dvě složky – snižování nabídky a snižování poptávky (*Protidrogová strategie EU na období 2005-2012*, s. 7-8).

Strategie snižování nabídky znamená zejména represivní činnost orgánů státní správy, zaměřené proti výrobě drog a obchodování s drogami, organizovanému zločinu v oblasti drog, praní špinavých peněz pocházejících ze zločinů v oblasti drog atd.

Strategie snižování poptávky působí nerepresivně, usiluje o snížení zájmu o užívání drog u potencionálních, ale i stávajících zákazníků. Klíčovým pojmem je tedy prevence, kterou WHO (Kalina, 2003, s. 17–18) rozděluje na:

1. Primární prevence – předcházení prvnímu užití drogy.
2. Předcházení vzniku nebo přetrvávání závislosti u osob, které již mají s užitím drogy zkušenosti nebo jsou již závislí.
3. Terciální prevence - předcházení trvalého zdravotního a sociálního poškození z užívání drog (sociální rehabilitace, prevence zdravotních rizik).

Cílovými skupinami strategie snižování poptávky jsou:

- obecná populace,
- rizikové skupiny, z hlediska věku je rizikovou kategorií 13-18 let, dále existují rizika profesní, etnická či sociální;
- rizikovní jednotlivci, jedinci s psychickými problémy a poruchami, poruchami učení a chování, z dysfunkčních rodin, patří sem i děti uživatelů drog;
- experimentátoři,
- příležitostní a rekreační uživatelé,
- pravidelní uživatelé,
- problémoví uživatelé,
- závislí,
- rodiny a partneři uživatelů drog: cílová skupina zejména pro sekundární a terciální prevenci.

Jiný způsob kategorizace prevence uvádí Mc Grath a kol. (2007):

Všeobecná prevence

Zaměřuje se na celou populaci s cílem ovlivnit ji tak, aby jedinci nezačali užívat návykové látky.

Selektivní prevence

Zaměřuje se na skupiny populace, u nichž je vzhledem k biologickým, psychologickým či sociálním faktorům vyšší riziko rozvoje užívání návykových látek, např. na děti s poruchami chování.

Indikovaná prevence

Zaměřuje se na jedince, u nichž se předpokládá riziko užívání drog, kteří ale zatím nesplňují kritéria pro závislost, např. uživatelé konopných drog.

Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogovou závislost (2010) definuje následující skupiny ohrožených mladých lidí:

- osoby s předčasně ukončenou školní docházkou,
- žáci se sociálními a studijními problémy,
- přistěhovalci,

- etnické skupiny,
- mladí lidé bez domova,
- mladiství pachatelé trestné činnosti,
- mládež v ústavní péči,
- mládež ve znevýhodněných lokalitách.

U těchto skupin existuje vyšší riziko, že začnou užívat drogy v nižším věku, častěji a problémovějším způsobem, může u nich také dojít k rychlejšímu přechodu k problémovému užívání. Efektivní intervence bez ohledu na míru současného užívání drog může eliminovat tato rizika.

2.6 Principy boje proti užívání drog

Různé principy v boji proti užívání drog mají své odpůrce i zastánce, je ale důležité především zajistit jejich vzájemnost provázanost a podporu.

Model prohibice a represe

Soustředí se na snižování užívání všech nelegálních drog, přičemž za ukazatel úspěšnosti slouží údaje o množství zabavených drog, odsouzených pachatelů, počtech osob, které vyhledaly léčbu nebo pomoc v kontaktních centrech atd.

Model minimalizace škod

Má za cíl zamezit škodám, tedy minimalizovat počet uživatelů drog, u kterých dochází k závažným zdravotním, psychickým a sociálně ekonomickým škodám (Kalina, 2003, s. 18). Zastánci tohoto přístupu argumentují tím, že drogy se ve společnosti budou vyskytovat vždy a přijetí tohoto faktu umožňuje jevy spojeny s jejich užíváním alespoň efektivně kontrolovat. Spíše než se snažit drogy ze společnosti vymýtit, je potřeba lidem poskytnout dostatek informací pro jejich svobodnou volbu (Nekola, 2010). Specifickou podobou tohoto modelu je model ochrany veřejného zdraví, jehož součástí je prevence šíření infekčních onemocnění, zejména HIV/AIDS a hepatitid A a C.

Do tohoto modelu patří přístupy "harm reduction", které se zaměřují na snižování rizik souvisejících s užíváním drog. Jde o ochranu zdraví před infekcemi, které se šíří sdílením injekčního náčiní při nitrožilní aplikaci drog a nechráněným pohlavním stykem, např. AIDS a hepatitidy B a C, před dalšími komplikacemi vyvolanými dlouhodobým

působením vysokých dávek, předávkováním a o ochranu přiměřeného sociálního života stávajících uživatelů. Patří sem tedy například výměnné programy na použité stříkačky a jehly, poskytování kondomů, sociální a jiné poradenství, edukace o rizicích, bezpečném sexu včetně distribuce kondomů, návody jak drogu aplikovat, jak používat a desinfikovat pomůcky, využívání aplikačních místností (Kalina, 2003, s. 19).

Model kulturní integrace

V tomto modelu jsou problémy spojené s užíváním nelegálních drog považovány za problémy stejného charakteru, jako je třeba bezdomovectví, sociální dezintegrace nebo užívání drog legálních, tedy alkoholismus či tabakismus, a k řešení těchto problémů je třeba stejných systémových opatření (Kalina, 2003, s. 19).

Na scéně jsou tedy dva extrémní přístupy. Jeden přístup usiluje o "společnost bez drog" a často se soustředí pouze na represivní opatření. Druhým extrémem je snaha o legalizaci drog, buď částečnou (marihuany, hašiše) nebo úplnou, včetně uvolnění trhu s heroinem a kokainem. Zastánci tohoto názoru, často z řad lidí bojujících bezvysledně proti zneužívání drog, argumentují, že *"zákazy samy produkují černý trh"* a kritizují *"obrovský objem finančních prostředků vynakládaných na represii bez viditelného efektu"* (Kalina, 2003, s.19).

2.7 Strategie protidrogové politiky v ČR

Hlavní odpovědnost v oblasti protidrogové strategie v České republice má vláda ČR a její poradní orgán Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky. V květnu 2010 byla vládou schválena Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2018. Tato strategie definuje východiska a principy řešení problematiky návykových látek s ohledem na vyváženost přístupů a rovnocenné uplatňování čtyř základních pilířů protidrogové politiky a na nich postavených čtyř hlavních cílů (tabulka č. 1). Konkrétní aktivity budou upraveny v na sebe navazujících akčních plánech s působností vždy na období tří let.

Tyto základní pilíře se musí navzájem prolínat a doplňovat za účasti centrálních a místních institucí veřejné správy, státních i nestátních organizací, poskytovatelů zdravotnických i nezdravotnických služeb, odborníků i laiků.

Tabulka č .1 Strategie protidrogové politiky v ČR

Pilíře protidrogové politiky	Strategický cíl	Plánované aktivity
Primární prevence	Snížit míru experimentálního a příležitostného užívání drog zejména mladými lidmi	Specifické preventivní aktivity, např. motivace k životu bez drog, posunutí zahájení experimentování s drogami
Harm reduction	Snížit potenciální rizika spojená s užíváním drog pro jedince a společnost	Aktivity zaměřené na snižování zdravotních a sociálních důsledků na straně uživatelů drog i společnosti
Léčba a resocializace	Snížit míru problémového a intenzivního užívání drog	Léčebné programy dostupné pro uživatele, kteří se rozhodnou žít bez drog
Snižování dostupnosti drog	Snížit dostupnost drog zejména pro mladé lidi	Zákonná opatření, aktivity k potlačování nabídky drog

Zdroj: *Národní strategie protidrogové politiky na období 2010-2018* , s. 19

Školní drogová prevence

Koordinace primární prevence ve školách patří do působnosti Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ČR (MŠMT). V současnosti jsou hlavními dokumenty usměrňujícími činnosti v této oblasti Strategie prevence rizikových projevů chování u dětí a mládeže v působnosti MŠMT na období 2009-2012 a Metodický pokyn MŠMT k primární prevenci sociálně patologických jevů u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních.

Efektivní školní drogový program musí kombinovat přístupy zaměřené na rozvoj sociálních dovedností, osobní rozvoj a objektivní informace o drogách. Gall aj. (2005, s. 23-24) podává přehled o nejčastějších typech programů školní prevence podle obsahu. Tyto programy bývají zaměřené na předávání informací, zdokonalování rozhodovacích schopností, složení přísahy, uvědomování si hodnot, stanovování cílů, zvládání stresu, budování pozitivního sebehodnocení, nácvik dovedností odolávat tlaku, nácvik sociálních dovedností, stanovování norem, intervenci a poradenství při řešení životních problémů. Programy mají být realizovány komplexně, dlouhodobě a intenzivně. Účinky se časem vytrácí, nejsou-li preventivní snahy opakovány.

Od zastrašování k pravdivé informovanosti

Současné programy pro primární prevenci jsou založeny především na odrazování dětí a mládeže od užívání drog za použití různých zastrašovacích metod. Experimentování s novými zážitky, včetně legálních i nelegálních drog, však zřejmě vždy bude součástí dospívání a je proto nutné děti pravdivě informovat nejen o nebezpečí spojené s užitím drogy, ale i o tom, jak užívat drogy pokud možno bezpečně. Gall aj. (2005, s. 13) zdůrazňuje důležitost znalostí o bezpečnosti: "*.....aby se v prevenci zneužívání drog přešlo od sloganu 'prostě řekni ne' k 'prostě řekni vím své'*".

3 Infekční nemoci a užívání drog

Problematikou infekčních nemocí u uživatelů drog se zabývali odborníci na infekční nemoci na zasedání ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) a EMCDDA v Lisabonu v říjnu 2011. Konstatovali, že injekční užívání drog je hlavní příčinou infekčních onemocnění v Evropě. Největší riziko přitom spatřují v těchto infekcích:

- infekce HIV
- hepatitida A,
- hepatitida B (VHB),
- hepatitida C (VHC),
- tuberkulóza (TB),
- infekce kůže a měkkých tkání způsobená *Staphylococcus aureus* včetně rezistentní formy a streptokokové infekce,
- vážné orgánové infekce a sepse,
- sexuálně přenosné nemoci mimo HIV (chlamydiové infekce, syfilis a kapavka),
- respirační infekce jako pneumonie, černý kašel, chřipka,
- botulismus,
- tetanus

(ECDC, EMCDDA, 2011, online).

Infekcemi, které jsou závažné z hlediska šíření v ČR, se podrobněji zabývám níže.

3.1 Vznik infekčních onemocnění u uživatelů drog

Souvislost vzniku infekčních onemocnění u uživatelů drog je přímá nebo nepřímá. Přímá souvislost znamená infikování při aplikaci drogy, a to použitím nesterilních jehel a stříkaček užívaných k intravenózní aplikaci, aplikací nesterilně připravené drogy (kontaminované pomůcky, sdílení společného roztoku nebo vody na proplach) nebo aplikací primárně kontaminované drogy.

Nepřímá souvislost je dána rizikovým chováním a životním stylem uživatelů drog, zejména závislých, u nichž došlo ke změnám hodnot a postojů a nichž spolupůsobí faktory jako bezdomovectví, nezaměstnanost, nízké vzdělání, chudoba. Konečným důsledkem je

nízký hygienický standard, sexuální promiskuita, event. prostituce (Minařík a Hobstová, 2003, s. 223, Gossop 2009, s. 15).

Jak již bylo zmíněno, infekční onemocnění v určité fázi nebo při mírném či inaparentním průběhu není identifikovatelné na základě klinických příznaků. Infikovaný jedinec o své nemoci často neví, neléčí se a infekci dále šíří. Pro okolní osoby je nerozpoznaným nebezpečím. Testování infekčních nemocí je proto součástí harm reduction programů, důležitý je přitom nejen samotný výsledek testu a případná následná léčba, ale i poskytnuté poradenství o riziku infekcí a bezpečné aplikaci drog. Důležitou roli v této oblasti hrají nízkoprahová zařízení, která nabízejí klientům testování rychlými metodami, a to na HIV, VHB, VHC a syfilis. Počty zařízení nabízejících tuto službu však závisí na jejich aktuální finanční situaci.

Také Studničková, Petrášová (2011) píše důležitosti nízkoprahových zařízení: uživatelé drog jsou nejčastěji navštěvována právě nízkoprahová zařízení, která se podílejí na léčbě u 59,1 % nově evidovaných klientů a u 51,7 % všech klientů.

3.2 Infekční nemoci spojené s užíváním drog

Míra ohrožení drogových uživatelů infekčním onemocněním je různá a je ovlivněna chováním uživatelů v závislosti na jejich motivaci k ochraně vlastního zdraví, způsobem aplikace drogy a charakteristikou jednotlivých infekcí.

Průběh infekčních onemocnění i diagnostika u uživatelů drog má svá specifika vyplývající z odmítání návštěvy lékaře a potlačování příznaků onemocnění zvyšováním dávek drog. Onemocnění se u nich proto častěji rozvíjejí do závažných forem, komplikovaných dále abstinenčními příznaky při hospitalizaci. Nemocní se často odmítají podřídit léčebnému režimu a často se nedoléčí (Minařík, Hobstová, 2003, s. 224).

3.2.1 Virové hepatitidy

Virové hepatitidy jsou významnou skupinou infekčních onemocnění vzhledem k celosvětovému rozšíření a závažným medicínským následkům. Průběh těchto onemocnění je značně variabilní od inaparentních (tzn. bezpříznakových) forem až po fulminantní (tzn. prudké, dramatické) projevy s jaterním selháním, končící v některých případech smrtí. U některých typů hepatitid následuje po onemocnění úplné uzdravení, jiné mohou přecházet do chronicity a způsobovat trvalé následky, z nichž nejzávažnější je

jaterní cirhóza. Různé typy virových hepatitid se liší i způsobem přenosu ze zdroje (nemocný člověk) na vnímavého jedince.

Nejznámějším klinickým příznakem onemocnění virovou hepatitidou je žluté zabarvení kůže a sliznic, nejlépe viditelné na spojivkách a měkkém patře (ikterus). Toto zabarvení však neprovází všechna onemocnění, některé případy jsou anikterické (zvláště u dětí a často u virové hepatitidy C). Dalšími typickými příznaky bývají tupá bolest v pravém podžebří, zvětšení jater, nauzea nebo zvracení, bolesti kloubů, tmavá moč, světlá stolice. Pacient většinou nemá teplotu (Lobovská, 2002, s. 189-190).

Původci virových hepatitid se replikují v jaterních buňkách (nazývají se proto hepatotropní viry) a tím způsobují zánětlivé poškození jater (hepatitidu). Kromě infekčních původců mohou být hepatitidy způsobeny např. alkoholem, chemikáliemi, léky, příčinou bývají ilegálně vyráběné psychoaktivní látky často v kombinaci s infekčním agens (Krekulová, Řehák 2002, s. 19).

Chronické hepatitidy

Průběh infekce virem hepatitidy B nebo C může mít několik podob:

- a) vznikne akutní hepatitida, která se bez následků vyléčí;
- b) akutní hepatitida přechází v hepatitidu chronickou;
- c) chybí klinicky projevená akutní fáze, onemocnění je diagnostikováno již jako chronická infekce;
- d) část nemocných s chronickou infekcí má benigní průběh a nepřechází do cirhózy;
- e) u části nemocných s těžším průběhem dojde k rozvoji jaterní cirhózy, u některých i karcinomu jater (Horák, Stříteský, 1999, s. 11).

Chronická hepatitida je definována jako zánětlivé onemocnění jater trvající déle než 6 měsíců.

Virová hepatitida C (VHC)

Přenos

Nejúčinnější cestou přenosu u VHC je parenterální přenos. Nejrizikovější je v tomto směru sdílení společných stříkaček a jehel mezi intravenózními uživateli drog. Podle ECDC (2011) je pro žloutenku typu C charakteristická vysoká koncentrace viru

v krvi, a to nejen v průběhu primární fáze infekce, ale i u chronicky infikovaných (viz níže).

Rizikový je dále kontakt nechráněných sliznic nebo porušené pokožky s infikovanou krví. Přenos sexuálním stykem je daleko méně efektivní, ale vzhledem k četnosti pohlavních styků nezanedbatelný. K infekci může dojít i při společném používání hygienických potřeb (kartáček na zuby). Možný je přenos z matky na dítě, u části nemocných se zdroj ani způsob přenosu nepodaří identifikovat. V současné době se díky zavedení vyšetřování dárců krve (v roce 1992) a kontrole krevních produktů přenos VHC v souvislosti s transfuzí krve ve vyspělých zemích téměř nevyskytuje (Krekulová, Řehák, 2002, s. 86, 109).

Výskyt

Odhaduje se, že virem hepatitidy C je na světě infikováno 170-200 miliónů osob (Urbánek, 2010, s.103). Pozitivita protilátek proti viru hepatitidy C (anti-HCV protilátek) byla v roce 2001 ve statisticky reprezentativním vzorku populace ČR prokázána u 0,2 % osob (Němeček, 2001).

Diagnostika

Přítomnost protilátek svědčí o kontaktu dané osoby s virem hepatitidy C a s velkou pravděpodobností i na pokračující přítomnost viru v organismu, protože riziko přechodu do chronicity je kolem 80 %. Protilátky anti-HCV nemají neutralizační efekt, tzn. nejsou účinné v obranné reakci organismu na infekci virem. Mohou přetrvávat i u pacientů po úspěšné léčbě, případně po samovolném vymizení viru (Urbánek, 2010, s. 104).

Rozlišení, zda se jedná o probíhající infekci nebo pouhou přítomnost protilátek v organismu je možné pomocí molekulárně genetické metody, která prokáže přítomnost nukleové kyseliny (HCV RNA) v séru infikovaného jedince.

Klinický průběh

Akutní virová hepatitida C je ve většině případů zcela asymptomatická nebo probíhá pod nespecifickými příznaky (únava, nevolnost, zvracení apod.), pouze asi u 10 % se objeví ikterus. Proto je VHC diagnostikována v akutní fázi nejčastěji u osob, které jsou v riziku infekce a nechávají se pravidelně testovat (Urbánek 2010, s. 105). Průběh virové hepatitidy C nepříznivě ovlivňuje užívání alkoholu nebo jiných drog a současná infekce virem hepatitidy B.

Inkubační doba VHC se pohybuje v rozmezí 15 až 160 dnů. Podle Krekulové a Řeháka (2002, s. 91-92) přechází 80-90 % neléčených infekcí do chronicity. Ta může mnoho let probíhat asymptomaticky nebo se projevovat pouze zvýšenou únavou. Míra postižení jaterní tkáně je značně odlišná a lze ji prokázat pouze histologickým vyšetřením jater (jaterní testy prováděné z krve nejsou v tomto případě objektivním ukazatelem. Průběh onemocnění je obvykle pomalý (15-30 let). Následky chronické VHC jsou nejčastější indikací k transplantaci jater (ve 30 % ze všech výkonů).

Léčba

Léčbou je nutné zastavit replikaci viru. Pro léčbu akutní hepatitidy C jsou k dispozici účinné preparáty (antivirotika), kterými lze při včasné zahájení zabránit téměř ve 100 % případů přechodu akutní infekce do chronické (Urbánek 2010, s. 105). Z tohoto důvodu je důležité pravidelné testování injekčních uživatelů drog (nejlépe v půlročních intervalech). Léčba chronické hepatitidy C má delší trvání a její výsledek je méně jistý.

Pro léčbu pacientů s drogovou závislostí v anamnéze i aktivních uživatelů drog byly odbornými společnostmi vypracovány léčebné a diagnostické standardy (*Standard pro léčbu virových hepatitid u uživatelů drog*, 2008). Velký důraz je kladen na těsnou spolupráci mezi centry poskytujícími léčebnou péči pacientům s chronickými hepatitidami a pracovišti adiktologickými či psychiatrickými.

Aktuální situace mezi injekčními uživateli drog v ČR

V rámci studie provedené v letech 2002-2005 mezi klienty nízkoprahových zařízení (Mravčík aj., 2009, online) byla pozitivita protilátek proti viru hepatitidy C zjištěna u 30 % osob. Hodnocení prevalence protilátek podle délky intravenózního užívání ukázalo, že během prvních 6 měsíců se infikuje 8 % osob, při délce užívání 2-5 let je to 25 % osob a při délce užívání více než 10 let 78 % osob. Při zjišťování incidence v prospektivní části studie dospěli autoři k údaji 11,2 případů na 100 osob a rok. Nejvýznamnějším faktorem pro přenos VHC bylo sdílení injekčních stříkaček a jehel v posledních 6 měsících před vyšetřením.

Prevence

Proti VHC není k dispozici očkovací látka, prevence spočívá tedy pouze v ochraně před přímým kontaktem s krví a tělesnými sekrety infikovaných osob. Opatření po

expozici viru hepatitidy C spočívá v opakovaném vyšetřování po celou inkubační dobu, případně ve včas zahájené léčbě.

Virová hepatitida A (VHA)

Přenos

VHA je onemocnění přenášené především fekálně - orální cestou. Z tohoto důvodu získala lidové označení „nemoc špinavých rukou“. Virus je vylučován stolicí, nejvíce v prodromálním stádiu. Nejčastěji se šíří v komunitách s nízkým hygienickým standardem nebo v dětských kolektivech. Může dojít i k rozšíření onemocnění kontaminovanými potravinami nebo vodou. Méně častý je parenterální přenos.

Výskyt je celosvětový, zejména v rozvojových zemích (ve Střední a Jižní Americe, Africe, Asii). Ve vyspělých zemích má její výskyt mírně klesající trend. Ročně je hlášeno ve světě asi 1,4 miliónů případů, skutečný výskyt je však pravděpodobně mnohem vyšší (Schejbalová, Slámová, 2011, s. 22).

Diagnostika

Pro akutní VHA je průkazný nález časných protilátek v séru (anti HAV IgM). Ty se objeví v době prvních příznaků a přetrvávají zhruba 2 – 4 měsíce. Poté se objevují pozdní protilátky (anti HAV IgG), které jsou zárukou pravděpodobně celoživotní imunity (Lobovská, 2002, s. 191).

Klinický průběh

Průběh VHA může být velmi variabilní od asymptomatického až po fulminantní. Většinou se po inkubační době (15-50 dní) rozvine akutní onemocnění, které se po dvou týdnech spontánně zhojí. Fulminantní průběh je velmi vzácný, především u starých osob nebo u nemocných s chronickou VHC. Do chronicity tato hepatitida nepřechází (Krekulová, Řehák, 2002, s. 59–61).

Léčba

Většinou je léčba VHA pouze podpůrná, tzn. dieta (zejména abstinence alkoholu), klid na lůžku. Povinná je izolace pacienta na infekčním oddělení (Lobovská, 2002, s. 192).

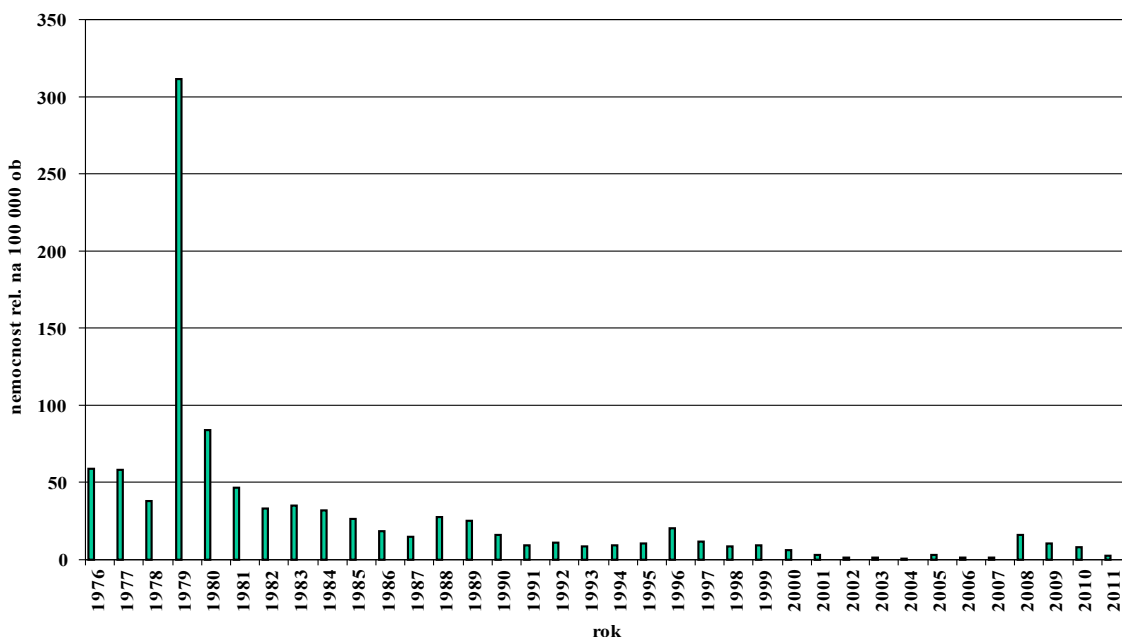
Aktuální situace v ČR

Výskyt virové hepatitidy A měl v ČR dlouhodobě klesající trend až do let 2008-2009, kdy došlo k epidemii VHA v Praze a Středočeském kraji (graf č. 1). Tato epidemie

se rozšířila z původního ohniska mezi uživateli drog a bezdomovci do běžné populace a postihla i ostatní části země. Šíření VHA bylo ovlivněno nízkým hygienickým standardem v rizikových skupinách (Schejbalová, Slámová, 2011).

V roce 2010 se počet případů virové hepatitidy A opět snížil.

Graf č. 1 Vývoj počtů onemocnění VHA v ČR od roku 1976 do roku 2011



Zdroj: SZÚ Praha

Prevence

Nejzákladnějším preventivním opatření je dodržování hygienických zásad, zejména při cestách do oblastí vyššího výskytu VHA. Ta spočívají v dostatečné tepelné úpravě potravin, pití vody ze spolehlivých zdrojů, mytí rukou atd. Očkování proti virové hepatitidě A se provádí dle vyhlášky 537/2006 Sb. v rámci zvláštního očkování u nově přijímaných zaměstnanců složek integrovaného záchranného systému, dále v rámci mimořádného očkování vyhlášeného hlavním hygienikem ČR při mimořádných situacích, jako jsou povodně, probíhající epidemie apod.

Virová hepatitida B

Přenos

Virová hepatitida B se přenáší zejména parenterálně (krví), a tělesnými tekutinami (vaginální sekret a sperma) při pohlavním styku. Novorozenci se mohou infikovat od nemocné matky během porodu nebo po něm při těsném kontaktu (Lobovská, 2002, s. 192).

Mezi uživateli drog se virus hepatitidy B přenáší při sdílení kontaminovaného injekčního náčiní a předmětů osobní hygieny a sexuálním kontaktem. Minařík a Hobstová (2003, s. 229) udávají, že podíl nakažených při injekční aplikaci je pouze asi 15 %, častější je přenos sexuálním stykem (asi 50 %). Parenterální přenos je možný i při piercingu, tetovázích apod., pokud se používají nesterilní pomůcky.

Výskyt

Předpokládá se, že třetina světové populace je infikována a 400 milionů lidí jsou chroničtí nosiči. Tři čtvrtiny z nich žijí v tzv. endemických oblastech Asie, Jižního Pacifiku, subsaharské Afriky a Středního Východu. (Schejbalová a Slámová, 2001, s. 22).

V zemích s vysokým socioekonomickým standardem výskyt VHB v posledních letech klesá, zejména díky očkování, prevenci ve zdravotnických zařízeních (používání jednorázových nástrojů, důkladná sterilizace nástrojů opakovaně používaných). V těchto zemích jsou nejrizikovější skupinou uživatelé drog, zejména injekční (*Standard pro léčbu virových hepatitid u uživatelů drog*, 2008).

V ČR významně poklesl výskyt VHB po roce 1970, kdy se zavedlo testování dárců krve na infekci VHB. Prevalence chronické infekce VHB v ČR je 0,56 % (Němeček, 2001).

Diagnostika

Pro stanovení diagnózy je nutná laboratorní diagnostika – vyšetření na přítomnost protilátek, antigenů a virové DNA. Podle těchto markerů lze rozeznat, zda se jedná o akutní nebo chronickou fázi onemocnění a lze je prokázat i v období, kdy pacient nemá žádné příznaky infekce.

Klinický průběh

V akutní fázi probíhá většinou pod stejnými příznaky jako VHA. Podle Lobovské (2002, s. 193) asi u jednoho pacienta z tisíce dojde k fulminantnímu průběhu a úmrtí na

jaterní kóma. Přibližně u 10 % pacientů nemoc přechází do chronicity, u novorozenců je to až 90 %, u dětí 40 %. Následkem chronické hepatitidy B bývá často jaterní cirhóza a maligní onemocnění jater.

Chronická hepatitida B se u většiny nemocných neprojevuje žádnými příznaky, pociťují obvykle pouze zvýšenou únavu, zvýšenou potřebu spánku, malátnost. S rozvojem cirhózy dochází k poklesu hmotnosti, zvyšování únavy, slabosti, poklesu sil (Stránský, 2001, s. 74).

Léčba

V akutním onemocnění, pokud probíhá nekomplikovaně, je léčba pouze podpůrná (klid, dieta). Je nutné dlouhodobé sledování pacientů na infekčním oddělení z důvodu rizika vzniku karcinomu jater, a to i u pacientů, u nichž po akutním onemocnění došlo k úzdavě (Krekulová, Řehák, 2002, s. 78).

V případě chronické VHB je na místě léčba antivirotiky, indikaci k léčbě určuje specialista, možné jsou dva postupy:

- časově omezená léčba s cílem dlouhodobého snížení virémie (přítomnost viru v krvi pacienta);
- pokud se časově omezenou léčbou nepodaří snížit virémi, nastupuje dlouhodobá, časově neomezená léčba.

Účinnost léčby je podmíněná imunitní odpovědí organismu, zdaleka není stoprocentní a její výsledky nebývají vždy setrvalé (Špercl, 2011, s. 58).

Aktuální situace v ČR

Počty onemocnění akutní hepatitidou B v ČR mají dlouhodobě klesající trend (graf č.2).

Prevence

Proti tomuto onemocnění existuje účinná vakcína. V souladu s vyhláškou 537/2006 Sb. se očkují v rámci pravidelného očkování všechny děti během prvních měsíců života a dále 12 leté děti, u nichž se očekává začátek rizikového chování. Toto očkování se v ČR uskutečňuje již od roku 2001, dá se tedy předpokládat, že v současné době je u nás populace 12-22 letých a 0-10 letých osob chráněna protilátkami proti VHB. To by mělo mít velký vliv i na výskyt VHB u mladých uživatelů drog. Očkují se dále osoby vystavené rizikové expozici biologickému materiálu (např. poranění pohozenou injekční jehlou),

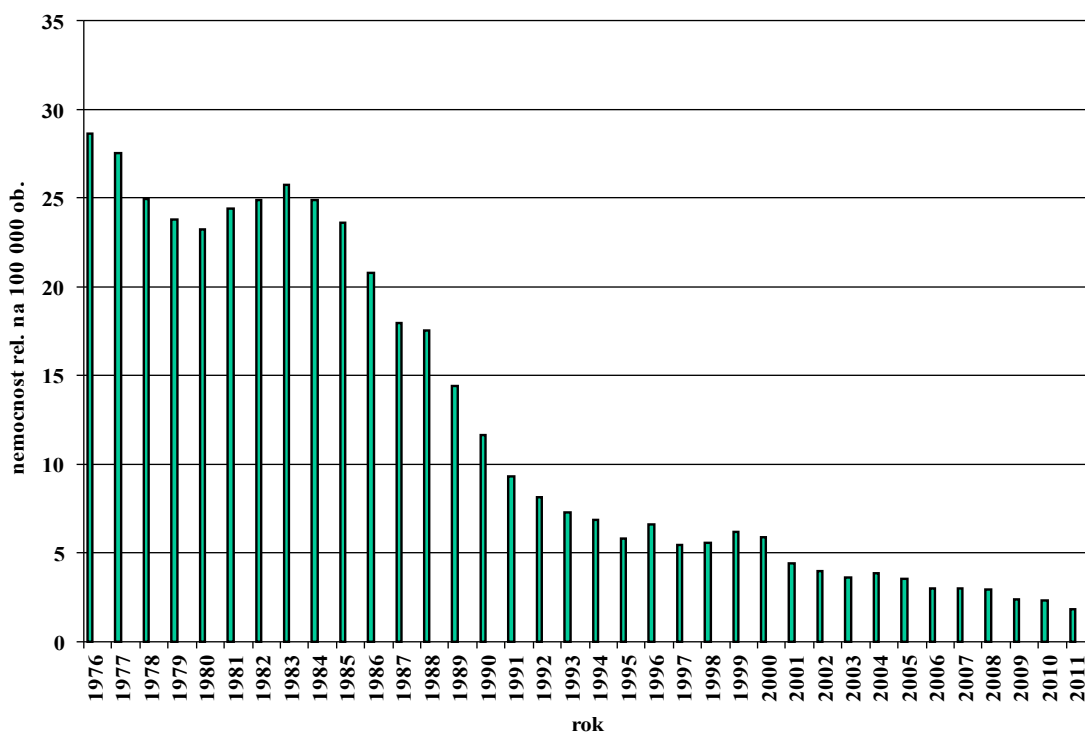
osoby nově přijaté do domovů se zvláštním režimem nebo domovů pro osoby se zdravotním postižením.

V rámci zvláštního očkování se proti VHB očkují osoby na pracovištích se zvýšeným rizikem vzniku hepatitidy B (zejména zdravotničtí pracovníci a pracovníci v zařízeních sociálních služeb) a studenti připravující se pro činnost na takovém pracovišti.

Vakcinace proti VHB je velmi vhodná pro všechny uživatele drog a měla by jim být důrazně doporučována v kontaktních centrech.

Nespecifickou prevencí je zejména bezpečný sex, individualizace pomůcek pro osobní hygienu, individualizace pomůcek pro injekční užívání drog - misek, lžiček, filtračních pomůcek apod.

Graf č. 2 Vývoj počtů hlášených onemocnění v ČR od roku 1976 do roku 2011



Zdroj: SZÚ Praha

3.2.2 Sexuálně přenosná onemocnění

HIV/AIDS

Problematika HIV/AIDS, která byla v naší republice velmi intenzivně řešena v době krátce po objevení se prvních prokázaných onemocnění v USA, tedy v 80. letech minulého století, byla podle mého názoru v poslední době neprávem zanedbávána v důsledku „žhavějších“ témat, jako nemoc šílených krav, pandemická chřipka aj.

Přenos

Podle *Metodického návodu k řešení problematiky HIV/AIDS v České republice* z roku 2003 je virus HIV je obsažen v tělesných tekutinách, zejména v krvi, spermatu, poševním sekretu a mateřském mléku. V ostatních tekutinách, jako sliny, moč, lymfa atd., je množství viru velmi nízké a tyto tekutiny se při přenosu neuplatňují

Zdrojem onemocnění je infikovaný člověk, bez ohledu na přítomnost projevů onemocnění. Nejvíce nakažlivý bývá v období krátce po nákaze a poté v posledním období nemoci.

Možné způsoby přenosu:

1. Krevní cestou, v minulosti nejčastěji při aplikaci krevních transfúzí, transplantaci orgánů nebo tkání od HIV pozitivních dárců. Po zavedení testování všech dárců krve, tkání i orgánů na přítomnost HIV se tento způsob přenosu již neuplatňuje. Přenos viru z krve infikovaného člověka se může uskutečnit při sdílení jehel, stříkaček či dalších pomůcek a roztoků injekčními užívateli drog. Důležité je, že přenos je možný i při sdílení zubních kartáčků, žiletek a dalších předmětů, které mohou být kontaminovány krví, dále při provádění tetováže nebo aplikaci piercingu.
2. Přenos pohlavním stykem homo i heterosexuálním (v současnosti nejčastější způsob přenosu).
3. Přenos z matky na dítě transplacentárně, perinatálně i postnatálně (prokázán je i přenos mateřským mlékem).

Nebylo prokázáno, že by se virus přenášel vzdušnou cestou, při běžném společenském styku, předměty denní potřeby, vodou, potravinami, hmyzem nebo členovci (Göpfertová aj., 2006, s. 239-240).

Výskyt

UNAIDS (program OSN pro boj proti viru HIV a nemoci AIDS) odhaduje, že ke konci roku 2010 žilo na světě 34 milionů lidí infikovaných HIV. Nárůst nově infikovaných je v roce 2010 odhadován na 2,7 milionů osob a srovnání s předchozími lety ukazuje stabilizaci v ročních počtech nově infikovaných osob. V zemích východní Evropy a centrální Asie se však počty nově zjištěných infekcí razantně zvyšují (*UNAIDS World AIDS Day Report 2011*, online).

Ve východní Evropě stále narůstá počet HIV pozitivních osob, zejména z Ruské federace a Ukrajiny. Podle Informačního centra OSN v Praze (2011, s. 3) podíl osob infikovaných HIV činí více než 1,6 % dospělé populace Ukrajiny. Více než polovina nově infikovaných osob se nakazila při použití infikovaných jehel a stříkaček. Je zde vysoká prevalence je mezi uvězněnými.

Klinický průběh

AIDS neboli Acquired Immune Deficiency Syndrome znamená soubor příznaků způsobených ztrátou imunity, tj. obranyschopnosti organismu. Původcem je virus HIV - Human Immunodeficiency Virus, tedy virus způsobující ztrátu obranyschopnosti u člověka. Virus HIV se množí v bílých krvinkách - T lymfocytech, které přitom ničí. Právě to vede k selhávání imunity, neboť bílé krvinky hrají důležitou úlohu v obranyschopnosti člověka. Nemocný člověk je náchylný k řadě nejrůznějších infekčních a nádorových onemocnění, kterým v konečném stádiu podléhá.

Infekce virem HIV může dlouhou dobu probíhat bezpříznakově, infikovaný člověk nemusí mít řadu let vůbec žádné zdravotní potíže, přesto je infekční pro osoby v rizikovém kontaktu. Zatím se s jistotou neví, zda se u všech infikovaných osob onemocnění projeví. U velké většiny z nich se rozvinou některé příznaky HIV/AIDS za 10-15 let po infekci. Za jakou dobu dojde k rozvoji onemocnění je podmíněno řadou faktorů: původní úroveň obranyschopnosti, životním stylem, stresem, výživou. Velký vliv na začátek onemocnění má včasná léčba (Šejda aj., 2005).

Diagnostika

Základní diagnostikou metodou je průkaz protilátek. Výsledek každého testu musí být potvrzen v Národní referenční laboratoři pro AIDS zřízené Ministerstvem zdravotnictví (je součástí Státního zdravotního ústavu Praha). Teprve takto potvrzený

výsledek lze označit za pozitivní. Detekce protilátek má nevýhodu, že je průkazná až za 2-3 měsíce po nákaze, tedy po době, kterou tělo potřebuje k vytvoření detekovatelné hladiny protilátek. Toto „diagnostické okénko“ je třeba brát v úvahu při vyšetřování pacientů, kteří byli v rizikovém kontaktu s infikovaným člověkem (*Metodický návod k řešení problematiky HIV/AIDS*, 2003).

Včasná diagnostika HIV infekce je důležitá pro nasazení léčby. Uživatelům drog nabízejí možnost provedení vyšetření na HIV rychlými vyhledávacími testy některá kontaktní centra.

Standardní vyšetřování nabízejí různá zdravotnická zařízení jako Zdravotní ústavy, soukromé laboratoře, některé nemocnice a další. Aktuální informace ohledně místa testování a ceně je možno získat na celonárodním informačním serveru www.aids-hiv.cz nebo na bezplatné telefonní lince „pomoc AIDS“.

Léčba

Pro léčbu AIDS jsou vyhrazena specializovaná zařízení, tzv. AIDS centra. V Českých Budějovicích je to AIDS centrum při infekčním oddělení Nemocnice České Budějovice a.s.

Včasné zahájení léčby antivirotickými preparáty může významně prodloužit a zlepšit život infikovaných jedinců, dosud však neexistuje léčba, která by vedla k úplnému vyléčení osob s rozvinutým onemocněním nebo k eliminaci viru u HIV pozitivních osob.

Aktuální situace v ČR

Podle tiskové zprávy Národní referenční laboratoře pro AIDS (SZÚ) se počty nových případů HIV infekce u občanů ČR a cizinců s dlouhodobým pobytem v ČR (rezidentů) od roku 2002 každoročně zvyšovaly až na 180 případů v roce 2010. V roce 2011 bylo zjištěno 153 nových případů HIV infekce.

Prevence

K zabezpečení prevence infekce HIV/AIDS byl roce 2003 Ministerstvem zdravotnictví vydán již zmíněný metodický návod. Z důvodu neexistence účinného léku ani očkovací látky je prevence přenosu HIV nejdůležitějším a nejméně nákladným způsobem boje proti této nemoci.

Preventivní opatření proti šíření HIV v ČR jsou koordinována *Národním programem řešení problematiky HIV/AIDS v České republice v období 2008-2012*. Na prvním místě je uváděna prevence sexuálního přenosu HIV neboli výchova k bezpečnému sexu. Dalším bodem je prevence přenosu krví cestou, tedy transfuzními přípravky, při užívání drog a při kosmetických výkonech jako je tetování a piercing.

Klíčovou součástí prevence je zvyšování znalostí obecné i rizikové populace o závažnosti infekce, způsobech šíření, možnosti ochrany, významu bezpečného sexu atd. Zárukou by měly být především kvalitní vzdělávací programy aplikované na základních a středních školách.

Dostupnost injekčních jehel a stříkaček pro intravenózní aplikace drog (tzv. výměnný program) je v tomto směru významným opatřením, zajímavý je i projekt aplikačních místností, které kromě sterilních pomůcek poskytují i hygienické prostředí a desinfekční přípravky.

Důležitým úkolem zdravotníků při sdělování pozitivního výsledku je motivovat HIV pozitivní osoby k ochraně jejich okolí za případného použití právních prostředků.

Syfilis

Přenos

Jak uvádí Zákoucká (2007) přenos syfilis (lues, příjice) se nejčastěji uskutečňuje velmi intimním kontaktem - pohlavním stykem (včetně orálního), vertikálním přenosem z matky na plod, zcela výjimečně jinými způsoby (původce není schopen přežít ve vnějším prostředí). Podle způsobu přenosu se rozlišuje:

- získaná syfilis (přenos sexuálním kontaktem, výjimečně jinak, transfúzí apod.),
- vrozená syfilis (přenos z matky na dítě v době těhotenství nebo v průběhu porodu).

Výskyt

Syfilis se pravděpodobně rozšířila z Ameriky v 15. století, kdy byla zavlečena do Evropy a dále do všech světadílů. Z tohoto století jsou i první zmínky o tomto onemocnění na našem území. V současnosti jsou ročně ve světě diagnostikovány miliony onemocnění, s maximem v rozvojových zemích. Avšak i v západní Evropě dochází od konce 90. let 20. století k nárůstu incidence (Zákoucká, 2007).

Klinický průběh

Získaná syfilis probíhá ve třech stádiích (podle Zákoucké, 2007):

1. stádium – po asi 21 dnech od nákazy se v místě vstupu infekce (genitálie, ústa) objeví povrchová léze, která se vyvíjí v tzv. tvrdý vřed, který je nebolestivý a po 4-6 týdnech se spontánně zhojí. Následuje zduření spádových lymfatických uzlin.
2. stádium – po asi dvou měsících nastupuje vyrážka na trupu, pažích, dlaních a chodidlech, nebolestivá ložiska v ústech, dále únavnost, zvýšená teplota. U některých pacientů se může vyskytnout postižení CNS, ledvin aj. Nemocní v první a druhé fázi jsou infekční. Příznaky opět po čase mizí a nemoc přejde do latentní fáze, kdy infekčnost klesá a tento stav trvá většinou do konce života.
3. stádium - po desítkách let se u cca 30 % neléčených osob objevují závažné až život ohrožující následky (kardiovaskulární poškození, postižení mozku).

Vrozená syfilis se projevuje malformacemi plodu, dítě se rodí s vážnými orgánovými a mentálními defekty nebo dochází k potratu.

Diagnostika

Sérologické vyšetření je indikováno dle platné legislativy (zákon č. 258/2000 Sb., vyhláška č. 195/2005 Sb.):

- u dárců krve, tkání i orgánů
- u těhotných žen
- u novorozenců
- v rámci předoperační přípravy
- při hospitalizaci

Záchyt serologické positivity musí být potvrzen v Národní referenční laboratoři pro syfilis v SZÚ Praha.

Léčba

U syfilis I. a II. stádia je nařízena izolace a léčba na venerologickém oddělení a fyzické osoby jsou povinny podrobit se léčení (vyhl. č. 195/2005 Sb.)

Aktuální situace v ČR

Syfilis se v ČR šíří především v souvislosti s rizikovým sexuálním chováním (prostituce, promiskuita). Pravděpodobnost přenosu cestou injekční aplikace drog je malá,

výskyt syfilis u uživatelů drog souvisí s jejich sexuálním chováním, zejména vysokým podílem promiskuity a prostituce. Počty infikovaných v ČR od roku 2006 rostou.

Prevence

Uplatňování zásad bezpečného sexu, sérologické vyšetřování dárců krve, vyhledávání, vyšetřování kontaktů a zdrojů infekce (Göpfertová aj., 2006, s. 233).

3.2.3 Další infekce spojené s užíváním drog

Při nesterilní aplikaci drogy dochází k bakteriálním infekcím, které mohou být povrchové nebo invazivní. Těmi povrchovými bývají kožní hnisavé infekce a infekce měkkých tkání, projevující se abscesy a flegmónami, dále povrchové záněty žil. Zanedbání těchto lokálních infekcí vede k rozvoji celkových onemocnění.

Invazivní onemocnění je takové infekce, při níž se bakterie šíří krevním řečištěm a může dojít ke vzniku sepse s následným poškozením různých orgánů (srdce, ledvin, plic apod.). Úmrtnost při těchto stavech je vysoká (Minařík, Hobstová, 2003, s. 224 - 225).

3.3 Shrnutí

Mezi nejzávažnější infekce u uživatelů drog patří infekce přenášené krví - virus lidské imunodeficience (HIV), virus hepatitidy C a virus hepatitidy B. Hlavní mechanismus přenosu těchto infekcí je sdílení injekčního náčiní mezi uživateli drog, jako jsou injekční stříkačky, jehly a pomůcky pro přípravu roztoku.

Kromě šíření prostřednictvím společných injekčních pomůcek je mezi drogovými uživateli významný sexuální přenos HIV, VHB, syfilis a dalších infekcí, a to jak mezi samotnými uživateli, tak ze současných nebo bývalých uživatelů na jejich sexuální partnery nebo klienty.

U VHC je vyšší riziko přenosu z důvodu vysoké koncentrace viru v krvi infikovaného člověka. Proto je výskyt VHC u drogových uživatelů vyšší než prevalence HIV. Vyšší riziko přenosu také vysvětluje, proč je výskyt VHC obtížnější omezit.

II Praktická část

1 Cíle práce

Praktická část této práce je sestavena ze dvou částí – části analytické a z vlastního výzkumu.

Analytická část

Cíle:

- analýza a zhodnocení incidence infekčních onemocnění souvisejících s užíváním drog v ČR a v Jihočeském kraji;
- analýza údajů o incidenci uživatelů drog z údajů hlášených do registru uživatelů drog v Jihočeském kraji.

Vlastní výzkum

Cílem vlastního výzkumu bylo zhodnotit u dětí v rizikovém věku 13-15 let úroveň informovanosti o způsobech přenosu infekčních onemocnění a o možnostech chránit se před jejich vznikem, znalosti o závažnosti některých infekcí (především HIV/AIDS, virových hepatitid, sexuálně přenosných nemocí) a úroveň jejich motivace chránit se před infekcí. Na podkladech z výzkumu vypracovat informační materiál pro žáky ZŠ o riziku užívání drog v souvislosti se vznikem infekčních onemocnění.

2 Analýza a zhodnocení výskytu infekčních onemocnění souvisejících s užíváním drog v Jihočeském kraji a v ČR

2.1 Cíl analýzy a výzkumné otázky

Cílem této části práce je provést analýzu výskytu vybraných infekčních onemocnění v Jihočeském kraji v letech 2009–2011 u uživatelů drog a v porovnání s výskytem v České republice zhodnotit podíl uživatelů drog na počtech těchto onemocnění a dlouhodobé trendy jednotlivých ukazatelů.

Výzkumné otázky:

- jaký je podíl intravenózních uživatelů drog (dále jen IUD) na celkových počtech hlášených případů syfilis v porovnání s ostatními riziky v Jihočeském kraji v letech 2009-2011;
- jaký je dlouhodobý trend ve výskytu syfilis v České republice a dlouhodobý podíl IUD na počtech těchto onemocnění;
- jaký je podíl jednotlivých druhů virových hepatitid na celkových počtech hlášených onemocnění virovou hepatitidou v Jihočeském kraji;
- jaký je podíl osob s údajem o intravenózním užívání drog (IUD) na počtech hlášených virových hepatitid a u jakého typu VH je jejich podíl nejvyšší;
- jaká je věková struktura IUD s hlášenou virovou hepatitidou;
- jaký je dlouhodobý trend v počtech hlášených onemocnění VHC chronické u IUD v Jihočeském kraji a v České republice;
- jaké jsou aktuální počty osob infikovaných HIV v Jihočeském kraji a ČR, jaký je podíl IUD na těchto počtech a kolik osob onemocnělo v letech 2009 – 2011.

2.2 Metodika

Analýzu infekčních onemocnění v Jihočeském kraji jsem prováděla z dat dostupných oprávněným zaměstnancům Krajské hygienické stanice Jihočeského kraje z elektronických databází, které jsou dílčími součástmi celonárodních informačních systémů infekčních nemocí. Jedná se o Národní registr pohlavních nákaz (NRPN)

a informační systém EPIDAT. Databáze NRPN je přístupná z webové aplikace pod přiděleným heslem, které chrání proti zneužití citlivých dat neoprávněnou osobou. Krajská databáze EPIDAT je uložena na Krajské hygienické stanici Jihočeského kraje.

Údaje jsou sbírány na standardizovaných formulářích (*Povinné hlášení pohlavní nemoci, Hlášení přenosné nemoci*), které v případě zjištění infekční nemoci vyplňuje příslušné zdravotnické zařízení a zasílá na Krajskou hygienickou stanici, kde jsou pak data zpracovávána do elektronické databáze.

Pro zhodnocení výskytu infekčních onemocnění na území ČR jsem využila data dostupná na webových stránkách Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (pohlavní nemoci, tuberkulóza) a Státního zdravotního ústavu v Praze (ostatní onemocnění).

Údaje o počtech potvrzených infekcí vyvolaných virem lidského imunodeficitu (HIV) jsem získala z veřejně přístupných webových stránek Státního zdravotního ústavu Praha, kde jsou Národní referenční laboratoří pro AIDS měsíčně publikovány informace o počtech nových případů této infekce, členěných mimo jiné i dle způsobu přenosu.

V informačních systémech jsou kromě demografických a socioekonomických údajů sledovány i údaje o rizikovém chování nemocné osoby, kdy proměnná rizikové chování může nabývat hodnotu IV uživatel drog, případně IV narkoman. Systémy neobsahují údaje o jiných než intravenózních uživatelích drog.

2.3 Výsledky

2.3.1 Syfilis

Podíl intravenózních uživatelů drog na celkových počtech hlášených případů syfilis v porovnání s ostatními riziky v Jihočeském kraji v letech 2009-2011

Zkoumaný soubor tvoří pacienti, u kterých bylo v letech 2009-2011 zjištěno onemocnění syfilis a následně bylo předepsaným způsobem ohlášeno Krajské hygienické stanici Jihočeského kraje. Formulář umožňuje zaškrtnout více možností.

Tabulka č. 2 **Hlášená onemocnění syfilis (všechny formy) v Jihočeském kraji podle sexuálních a ostatních rizik**

rok	2009		2010		2011	
	počet	% z n	počet	% z n	počet	% z n
sexuální a ostatní rizika:*						
styk s cizincem	3	10	8	18	7	22
nechráněný styk	17	57	33	75	23	72
alkoholik	0	0	0	0	0	0
IV uživatel drog	2	7	5	11	1	3
vazba	0	0	1	2	1	3
vězeň	1	3	3	7	2	6
bezdomovec	0	0	0	0	0	0
jiná	1	3	0	0	0	0
nezjištěno	11	37	5	11	7	22
n = počet hlášených onemocnění	30	100	44	100	32	100

Zdroj dat: krajská databáze NRPN

* ve formuláři je možno uvést i kombinace několika možností

V tabuce č. 2 jsou výsledky analýzy výskytu onemocnění syfilis v Jihočeském kraji podle proměnné sexuální a ostatní rizika. Ve formuláři je možno uvést i kombinaci několika možností, součet řádků proto neodovídá počtu hlášených případů v jednotlivých letech.

V roce 2009 bylo v Jihočeském kraji nahlášeno celkem 30 případů onemocnění syfilis. Dva z nich (7 %) jsou intravenózní uživatelé drog.

Většina nemocných (17, tj. 57 %) má jako hlavní riziko uveden nechráněný styk. Riziko nebylo zjištěno u 11 případů (37 %).

V roce 2010 bylo hlášeno 44 případů onemocnění syfilis, z toho 5 (11 %) u intravenózních uživatelů drog (v kombinaci s: věžeň 2x, vazba 1x, styk s cizincem 1x, nechráněný styk 1x). Nechráněný styk jako hlavní riziko udává 33 (75 %) pacientů.

V roce 2011 bylo hlášeno 32 případů onemocnění syfilis, z toho 1 (3 %) u intravenózních uživatelů drog. Nechráněný styk udává 72 % pacientů.

Dlouhodobý trend ve výskytu syfilis v České republice a dlouhodobý podíl IUD na počtech těchto onemocnění

Údaje o počtech hlášených případů syfilis v ČR jsem získala na internetových stránkách Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky. Údaje za rok 2011 nejsou bohužel dosud k dispozici.

Tabulka č. 3 **Celkové počty hlášených onemocnění syfilis v ČR a z toho počty onemocnění u IUD, od roku 2001**

forma on.	všechny formy			časná syfilis		
	počet případů	z toho IUD	podíl IUD (%)	počet případů	z toho IUD	podíl IUD (%)
2001	1376	62	5	405	45	11
2002	976	24	2	304	9	3
2003	849	26	3	232	14	6
2004	684	40	6	225	23	10
2005	523	27	5	161	17	11
2006	502	20	4	177	8	5
2007	822	44	5	413	25	6
2008	850	52	6	513	38	7
2009	997	103	10	695	84	12
2010	1022	113	11	702	83	12

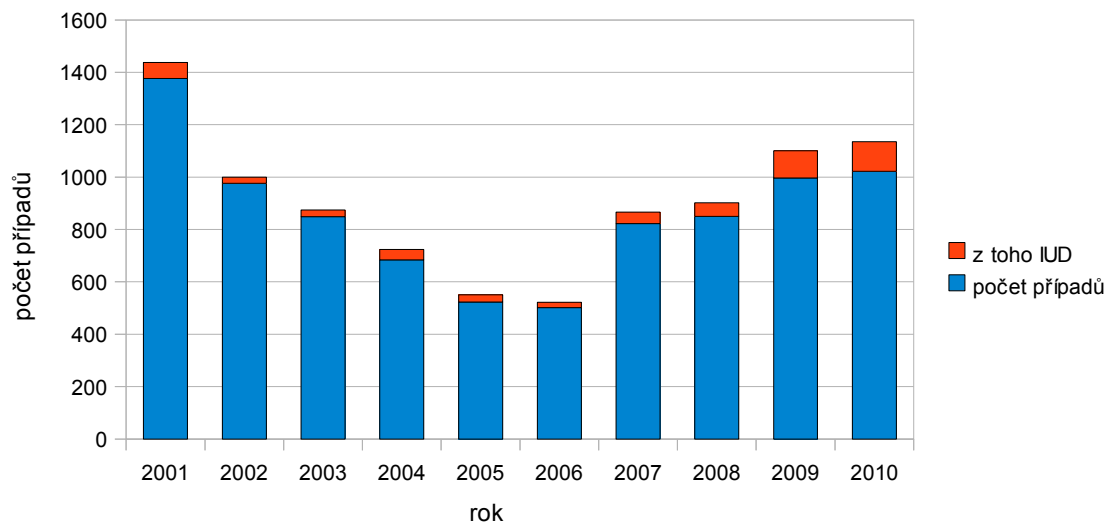
Zdroj dat: ÚZIS ČR

Po výpočtu procentuálního podílu onemocnění syfilis u IUD na celkovém počtu hlášených onemocnění v jednotlivých letech lze konstatovat:

- průměrně je podíl IUD na celkových počtech syfilis 6 % u všech forem, 8 % u časných forem;

- od roku 2006, kdy byl zjištěn nejmenší počet onemocnění u IUD, jejich počet každým rokem rostl, až na 11 % v roce 2010 (u časné formy 12 %). Vzrůstají i celkové počty hlášených onemocnění (graf č. 3).

Graf č. 3 Celkové počty hlášených onemocnění syfilis - všechny formy v ČR a z toho počty onemocnění u IUD, od roku 2001



Zdroj dat: ÚZIS ČR

2.3.2 Virové hepatitidy

Podíl jednotlivých druhů virových hepatitid na celkových počtech hlášených onemocnění virovou hepatitidou v Jihočeském kraji

Zkoumaný soubor tvoří pacienti, kteří v letech 2009–2011 onemocněli některou z virových hepatitid a toto onemocnění bylo předepsaným způsobem ohlášeno Krajské hygienické stanici Jihočeského kraje, kde bylo vloženo do databáze EPIDAT. Ta je vytvořena programem EPIINFO, který umožňuje uživatelům jednoduchým způsobem analyzovat všechny proměnné.

Tabulka č. 4 **Absolutní počty hlášených případů virových hepatitid v Jihočeském kraji v letech 2009-2011 a podíl jednotlivých typů na celkových počtech**

rok	2009		2010		2011	
	počet případů	% z celkového počtu VH	počet případů	% z celkového počtu VH	počet případů	% z celkového počtu VH
virová hepatitida A	13	9	9	9	4	5
virová hepatitida B akutní	13	9	5	5	3	4
virová hepatitida C akutní	7	5	3	3	1	1
akutní hepatitida E	8	5	3	3	13	16
virová hepatitida B chronická	22	15	19	18	13	16
virová hepatitida C chronická	87	58	65	63	48	59
celkem	150	100	104	100	82	100

Zdroj dat: program EPIDAT hygienické služby, Krajská hygienická stanice Jihočeského kraje

Tabulka č. 4 uvádí absolutní počty hlášených případů jednotlivých typů virových hepatitid v Jihočeském kraji v letech 2009-2011 a podíl jednotlivých typů na celkových počtech těchto onemocnění. Ve sledovaných letech je ze všech typů virových hepatitid nejvíce virových hepatitid C chronických (58 – 63 %).

Podíl osob s údajem o intravenózním užívání drog (IUD) na počtech hlášených virových hepatitid

V tabulce č. 5 jsou uvedeny celkové počty hlášených případů jednotlivých virových hepatitid a dále počty případů, u nichž je proměnná rizikové chování rovna hodnotě IV narkoman.

Tabulka č. 5 Absolutní počty hlášených případů virových hepatitid v Jihočeském kraji a podíl IUD, rok 2009-2011

rok	2009			2010			2011		
	počet případů	z toho u IUD	podíl IUD (%)	počet případů	z toho u IUD	podíl IUD (%)	počet případů	z toho u IUD	podíl IUD (%)
virová hepatitida A	13	2	15	9	1	11	4	0	0
virová hepatitida B akutní	13	8	62	5	0	0	3	1	33
virová hepatitida C akutní	7	5	71	3	0	0	1	1	100
akutní hepatitida E	8	0	0	3	0	0	13	0	0
virová hepatitida B chronická	22	2	9	19	1	5	13	1	8
virová hepatitida C chronická	87	78	90	65	57	88	48	42	88
celkem	150	95	63	104	59	57	82	45	55

Zdroj dat: program EPIDAT hygienické služby, Krajská hygienická stanice Jihočeského kraje

Podíl IUD je ve sledovaných letech nejvyšší u chronických virových hepatitid C a to 90 % v roce 2009 a 88 % v roce 2010 i v roce 2011. U ostatních typů virových hepatitid podíl IUD kolísá a nelze z něj vyvozovat závěry z důvodu malého počtu analyzovaných dat.

Tabulka č. 6 **Věková struktura osob s virovou hepatitidou C chronickou v letech 2009 – 2011 v Jihočeském kraji**

rok	2009		2010		2011	
věková skupina	počet případů	z toho IUD	počet případů	z toho IUD	počet případů	z toho IUD
1-4	0	0	0	0	0	0
5-9	0	0	0	0	0	0
10-14	0	0	0	0	0	0
15-19	7	6	7	6	3	3
20-24	20	18	14	12	15	14
25-34	49	45	25	24	21	20
35-44	9	9	16	13	5	4
45-54	1	0	3	2	2	1
55-64	1	0	0	0	1	0
65-74	0	0	0	0	1	0
75+	0	0	0	0	0	0
celkem	87	78	65	57	48	42

Zdroj dat: program EPIDAT hygienické služby, Krajská hygienická stanice Jihočeského kraje

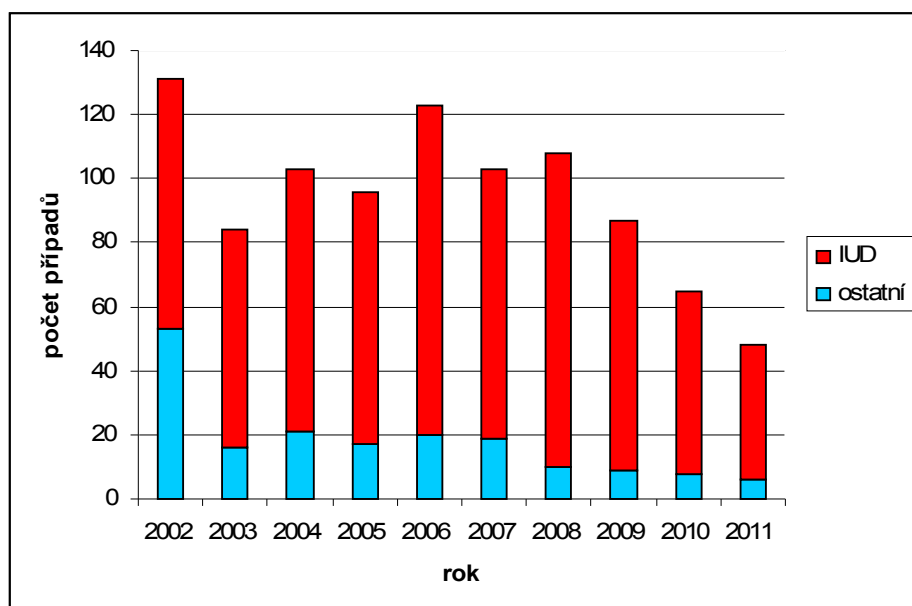
Věkovou strukturu jsem analyzovala pouze u virové hepatitidy typu C chronické z důvodu malých počtů ostatních onemocnění. Nejvyšší počty chronické VHC jsou zaznamenány ve věkové skupině 25-34 let, na druhém místě ve skupině 20-24 let. Tento údaj koreluje s věkovou strukturou osob žádajících o léčbu v L/K centru (viz tabulka č. 9).

Tabulka č. 7 **Dlouhodobý trend v počtech hlášených onemocnění VHC chronické u IUD v Jihočeském kraji a v České republice**

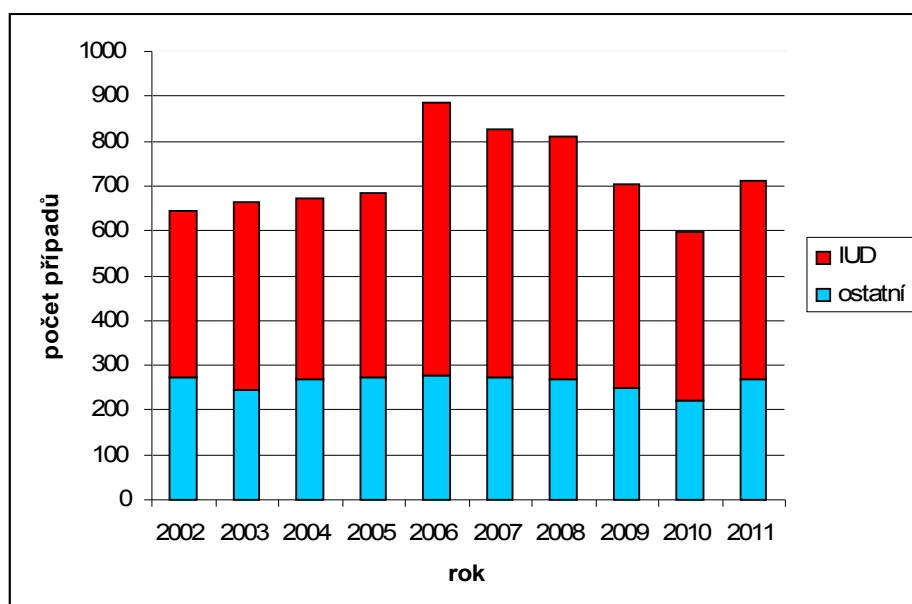
region	Jihočeský kraj			ČR		
rok	počet případů	Z toho IUD	% IUD	počet případů	z toho IUD	% IUD
2002	131	78	60	645	374	58
2003	84	68	81	664	419	63
2004	103	82	80	671	404	60
2005	96	79	82	682	408	60
2006	123	103	84	887	612	69
2007	103	84	82	825	551	67
2008	108	98	91	812	542	67
2009	87	78	90	702	454	65
2010	65	57	88	595	372	63
2011	48	42	88	711	444	62

Zdroj dat: program EPIDAT hygienické služby, Krajská hygienická stanice Jihočeského kraje; SZÚ Praha

Graf č. 4 Trend v počtech hlášených onemocnění VHC chronické v Jihočeském kraji v letech 2002 – 2011



Graf č. 5 Trend v počtech hlášených onemocnění VHC chronické v ČR v letech 2002 – 2011



Při porovnání počtů hlášených onemocnění virovou hepatitidou C chronickou od roku 2002 do roku 2011 se dá konstatovat, že:

- celkové absolutní počty hlášených onemocnění v Jihočeském kraji mají klesající tendenci, s maximem v roce 2002 a minimem v roce 2011 (graf č. 4);
- podíl IUD v Jihočeském kraji byl nejmenší v roce 2002, od té doby se pohyboval kolem 80 % v letech 2003 – 2007 a kolem 90 % v letech 2008 – 2011;
- V ČR byl maximální počet onemocnění hlášen v roce 2006, od té doby klesal až do roku 2011, kdy došlo k nárůstu počtu onemocnění (graf č.5);
- podíl IUD v ČR je trvale nižší než v Jihočeském kraji, s maximem v roce 2006.

2.3.3 HIV/AIDS

Aktuální počty osob infikovaných virem HIV v Jihočeském kraji a ČR v letech 2009 – 2011

Tabulka č. 8 Nové případy HIV infekce v Jč kraji a v ČR v letech 2009-2011

region	Jihočeský kraj			ČR*		
	počet př.	z toho IUD	IH**	počet př.	z toho IUD	IH**
rok						
2009	2	0	0	157	4	3
2010	12	0	0	180	6	3
2011	5	1	0	153	7	5
kumulativně od 1.10.1985	53	?	?	1675	76	33

Zdroj dat: SZU, Národní referenční laboratoř pro AIDS

* občané ČR a cizinci s trvalým pobytem

** IH = injekční uživatelé drog + homo/bisexuálové

Mezi novými HIV pozitivními osobami jsou intravenózní uživatelé drog zastoupeni pouze ve velmi malém podílu. V rámci ČR je to v roce 2009 ve 2,5 % (případně 4,5 %, pokud vezmeme v úvahu i injekční uživatele, kteří zároveň udávají homo či bisexuální styky), v roce 2010 ve 3,3 % (případně 5 %).

V Jihočeském kraji byl v letech 2009 -2011 mezi novými případy HIV infekce pouze jeden IUD.

Kumulativní počty infikovaných HIV v ČR a podíl IUD na těchto počtech

Kumulativní údaje hovoří o počtech HIV pozitivních osob zaregistrovaných od počátku sledování, tj. od 1.10.1985, do 31.12.2011. V tomto období bylo v ČR zjištěno celkem 1675 osob infikovaných virem HIV, z toho 76 (5 %) IUD. Spolu s osobami, kteří zároveň udávají homo/bisexuální styky je to 109 (7 %).

Údaj o kumulativních počtech HIV pozitivních osob v Jč kraji a podíl IUD není dostupný.

2.4 Shrnutí

Podíl IUD na celkovém počtu hlášených případů onemocnění syfilis v Jihočeském kraji se pohybuje mezi 3 a 11 %. Počty hlášených případů v jednotlivých letech kolísají mezi 30-44. Hlavním rizikovým faktorem přenosu tohoto onemocnění je nechráněný pohlavní styk v kombinaci s náhodným stykem či prostitucí.

Vysoký podíl nezjištěných údajů svědčí o obtížnosti získávání kompletních údajů při prováděném šetření a vyplňování formulářů hlášení a hodnota výstupů z analýz je tímto omezená. V rámci kraje se jedná o analýzu malých počtů případů.

Incidence onemocnění v ČR má vzrůstající trend, stoupá i podíl IUD hlášených případech.

Největší počet ze všech druhů virových hepatitid hlášených v Jihočeském kraji i v ČR představuje virová hepatitida C chronická, na jejímž výskytu se nejvíce podílejí IUD (na její roční incidenci se IUD v letech 2009–2011 podíleli v 88–90 % v Jihočeském kraji, v 62–65 % v ČR). Počty všech hlášených onemocnění VHC chronické v Jihočeském kraji sice od roku 2008 klesají, tento fakt je však ovlivněn řadou faktorů a nemusí znamenat nižší prevalenci infekce v populaci.

Závěry vyvozované z počtů hlášených onemocnění virových hepatitid jsou problematické z několika důvodů. Kolísání počtů těchto onemocnění nemusí znamenat změnu situace ve výskytu infekce v zemi, ale může odrážet například situaci v testování na jednotlivé infekce v kontaktních centrech, změny v organizaci hlášení z laboratoří, ochotu lékařů hlásit diagnostikovaná onemocnění atd.

V Jihočeském kraji je nejvíce onemocnění VHC diagnostikováno v psychiatrické léčebně Červený Dvůr. Pokles počtů onemocnění v posledních letech, zejména v roce 2011 může mít důvod v tom, že mnoho klientů této léčebny je zde umístěno opakovaně

a onemocnění u nich již bylo hlášeno v předchozích letech. Počty nově infikovaných, kteří se dosud nestali klienty léčebny ani nenavštívili odborného lékaře pro potíže není znám a projeví se v hlášených datech postupně, tak jak budou vyhledávat léčbu.

Zhodnocením hlášených údajů o nových případech HIV positivity i z kumulativních údajů se dá konstatovat, že podíl IUD mezi HIV pozitivními je zatím malý, a to 5–7 %.

Je třeba připomenout fakt, že informační systémy infekčních nemocí, které jsou zdrojem informací o počtech onemocnění a podílu uživatelů drog na nich, sledují jako rizikové chování pouze injekční aplikaci drog. Jiný způsob užívání není v těchto systémech evidován, přestože u infekcí jako např. virová hepatitida A, syfilis, HIV, virová hepatitida B je možný nebo pravděpodobný jiný přenos než při injekční aplikaci a užívání drog je chování, které zvyšuje příležitost k nákaze (např. vzhledem k uvolnění zábran, způsobu života v komunitách, životním stylem atd..) Z tohoto důvodu není přehled o infekcích spojených s užíváním drog získaný touto analýzou komplexní.

3 Analýza údajů o uživatelích drog

3.1 Cíl analýzy a výzkumné otázky

Při analýze údajů o uživatelích drog z léčebně kontaktních center v Jihočeském kraji jsem se kromě údajů o věku, vzdělání a zaměstnání zaměřila především na fakta související se šířením infekčních onemocnění mezi jednotlivými uživateli prostřednictvím injekčních stříkaček (údaje o injekčním užívání drogy, sdílení jehel a stříkaček) a na údaje o vyšetření klientů L/K center na přítomnost infekcí HIV a virových hepatitid.

Výzkumné otázky:

- jaké jsou hlavní socioekonomické charakteristiky evidovaných uživatelů drog v Jihočeském kraji v letech 2009 – 2011;
- jaké je chování evidovaných uživatelů drog ve vztahu k rizikovým faktorům jako je injekční aplikace drog a sdílení injekčních jehel a stříkaček;
- kolik z evidovaných uživatelů drog nebylo nikdy testováno na pozitivitu HIV a virových hepatitid, jaké jsou výsledky u testovaných;

3.2 Metodika

Předmětem analýzy jsou data získaná od uživatelů drog při jejich návštěvě v některém z léčebně/kontaktních center v Jihočeském kraji, poskytujícím léčebnou, poradenskou a sociální službu uživatelům drog (dále L/K centra). Patří sem nízkoprahová, ambulantní i lůžková zařízení. V rámci pravidelného hlášení vyplňují pracovníci center s klientem při jeho první návštěvě v daném kalendářním roce formulář, který je sestaven dle doporučení EMCDDA. Čtvrtletně tyto vyplněné formuláře odesílá na příslušnou Krajskou hygienickou stanici, kde jsou data vložena do elektronické databáze Registr uživatelů drog – žadatelů o léčbu, vytvořené v programu EPIINFO.

Pro účely této práce jsem provedla analýzu dat v databázi Krajské hygienické stanice Jihočeského kraje za roky 2009–2011. Výsledky analýzy prezentuji v tabulkách se stručným komentářem.

V rozporu se zadáním, kde jsem uvedla, že provedu analýzu incidence léčených uživatelů drog v Jihočeském kraji, rozhodla jsem v průběhu šetření pro analýzu prevalence, z důvodu většího počtu dat a tedy větší validity výsledků. V prevalenci jsou zahrnuti

všichni klienti, kteří ve sledovaných letech navštívili některé ze zařízení poskytující péči osobám užívajícím drogy (na rozdíl od incidence, která zahrnuje pouze žadatele, kteří žádají o první léčbu v životě).

3.3 Charakteristika výzkumného souboru

Celkové počty uživatelů drog, kteří ve sledovaných letech, tj. 2009-2011 navštívili některé L/K centrum a údaje o nich byly nahlášeny na předepsaném formuláři byly 419 v roce 2009, 592 v roce 2010 a 575 v roce 2011. Někteří klienti však neposkytli všechny požadované údaje a nejsou v tabulkách zahrnuti v celkových počtech pro výpočet procentuální četnosti.

V tabulce č. 9 je uvedeno rozdělení klientů L/K center do desetiletých věkových skupin (pouze skupinu 10-19 let jsem pro potřebu větší konkretizace rozdělila na skupiny 10 – 14 let a 15 – 19 let).

Nejvíce klientů bylo ve věku 20 – 29 let (52 % v roce 2009, 53 % v roce 2010 a 60 % v roce 2011). Druhou nejčastěji zastoupenou skupinou byla skupina 30 – 39 let, třetí byla skupina 15 – 19 let. Většina klientů byli muži, a to v 68 % shodně v letech 2009 i 2010 a 62 % v roce 2011 (tabulka č. 10).

Tabulka č. 9 Rozdělení klientů podle věkových skupin

rok	2009		2010		2011	
	počet	%	počet	%	počet	%
10 – 14 let	0	0	0	0	1	0
15 – 19 let	67	16	68	12	53	9
20 – 29 let	214	52	301	53	344	60
30 – 39 let	103	25	157	28	157	27
40 – 49 let	17	4	32	6	15	3
50 – 59 let	5	1	10	2	2	0
60 – 69 let	2	0	0	0	0	0
celkem	408	100	568	100	572	100
neuvedeno	11		24		3	

Tabulka č. 10 **Rozdělení klientů podle pohlaví**

rok	2009		2010		2011	
pohlaví	počet	%	počet	%	počet	%
žena	135	32	190	32	215	38
muž	283	68	397	68	345	62
celkem	418	100	587	100	560	100
neuvedeno	1		5		15	

3.4 Výsledky

3.4.1 Socioekonomické údaje

Tabulka č. 11 **Vzdělání**

rok	2009		2010		2011	
vzdělání	počet	%	počet	%	počet	%
nedokončené základní	3	1	3	1	6	1
základní	202	49	256	47	261	47
střední bez maturity	144	35	187	34	193	35
střední s maturitou	58	14	91	17	92	16
vyšší (VOŠ)	6	1	5	1	1	0
vysokoškolské	1	0	4	1	5	1
celkem	414	100	546	100	558	100
neuvedeno	5		46		17	

Ze socioekonomických údajů je z hlediska vztahu infekčních onemocnění k užívání drog nejzajímavější údaj o vzdělání uživatelů drog, dle něhož lze předpokládat i úroveň znalosti o infekčních nemocech a motivaci chránit se před nimi. Z tabulky č. 11 vyplývá, že největší podíl tvoří uživatelé se základním vzděláním (49 % v roce 2009 a 47 % v roce 2010 a 47 % v roce 2011).

Tabulka č. 12 **Zaměstnání**

rok	2009		2010		2011	
	počet	%	počet	%	počet	%
zaměstnání						
pravidelné	60	14	79	14	97	17
student/žák	33	8	26	5	48	9
důchodce/žena v domácnosti	24	6	24	4	24	4
nezaměstnaný	265	64	391	70	367	65
jiná možnost	35	8	37	7	28	5
celkem	417	100	557	100	564	100
neuvedeno	2		35		11	

Analýza údajů o zaměstnání ukazuje, že 64 – 70 % sledovaných klientů je nezaměstnaných. Pravidelné zaměstnání má pouze 5 – 8 % z nich. Je to očekávaný výsledek, který potvrzuje, že nezaměstnanost je jedním z častých faktorů provázející užívání drog.

Tabulka č. 13 **Charakter bydlení**

rok	2009		2010		2011	
	počet	%	počet	%	počet	%
bydlení						
stálé bydliště	213	55	214	52	206	49
přechodné bydliště	59	15	61	15	93	22
v zařízení	17	4	37	9	31	7
bezdomevec	95	24	101	24	90	21
celkem	384	100	413	100	420	100
neuvedeno						

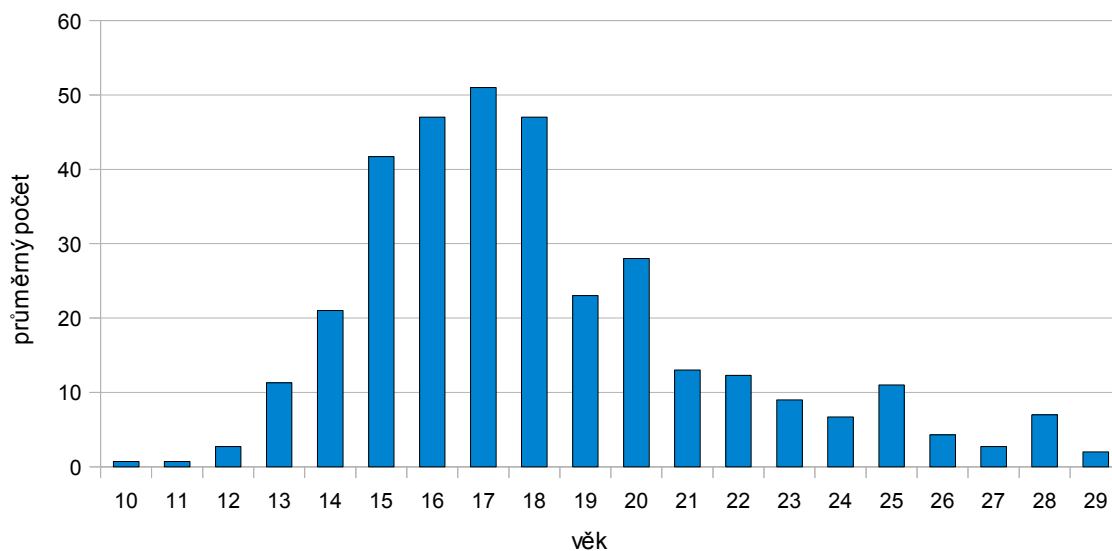
Zatímco 49 – 55 % klientů center uvedlo, že mají stálé bydliště, 21 – 24 % je bezdomovců. Bezdomovectví je jedním z faktorů, který přispívá k šíření infekčních nemocí.

3.4.2 Údaje o užívání drog

Tabulka č. 14 Věk prvního injekčního užití drogy

rok	2009	2010	2011	průměr
věk	počet	počet	počet	počet
10	2	0	0	0,7
11	2	0	0	0,7
12	6	2	0	2,7
13	12	16	6	11,3
14	19	22	21	21,0
15	41	38	46	41,7
16	58	51	32	47,0
17	56	57	40	51,0
18	34	59	49	47,0
19	17	23	29	23,0
20	22	30	31	28,0
21	12	11	16	13,0
22	4	17	10	12,3
23	7	10	10	9,0
24	1	8	11	6,7
25	11	11	12	11,0
26	2	5	6	4,3
27	2	2	4	2,7
28	3	11	7	7,0
29	2	3	1	2,0
30 – 34	4	14	8	8,7
35 – 39	6	4	6	5,3
celkem	323	394	345	

Graf č. 6 Průměrné počty klientů L/K center za roky 2009 - 2011 podle věku prvního injekčního užití drogy



Z klientů, kteří užívají nebo užívali drogy injekčně, jich nejvíce poprvé užilo drogu tímto způsobem v 17 letech (průměrně je to 51 klientů za rok). Nejnižší věk prvního injekčního užití je 10 let, což je zarážející, stejně tak jako poměrně vysoký počet uživatelů kteří začali s injekčním užíváním ve 13 letech (celkem 34).

Tabulka č. 15 Rizikové chování – injekční aplikace

rok	2009		2010		2011	
	počet	%	počet	%	počet	%
injekční aplikace						
ano, ale ne v současnosti	104	25	153	29	175	33
ano v současnosti (poslední měsíc)	228	54	286	54	257	49
nikdy	87	21	92	17	96	18
celkem	419	100	531	100	528	100
neuvedeno	0		61		47	

Injekční aplikaci drogy v současnosti nebo minulosti udává valná většina klientů L/K center. V roce 2009 je to 79 % ze všech klientů, v roce 2010 pak 83 % a v roce 2011 je to 82 %.

Tabulka č. 16 **Užívání společných jehel a stříkaček kdykoli v minulosti**

rok	2009		2010		2011	
spol.jehly/střík.	počet	%	počet	%	počet	%
ano	97	25	169	49	162	43
ne	293	75	177	51	216	57
celkem	390	100	346	100	378	100

Na otázku, zda užívali společné jehly nebo stříkačky kdykoli v minulosti, měli odpovídat jen klienti, kteří uváděli injekční aplikaci drog v minulosti. Užití společných jehel/stříkaček přiznává 25 % klientů v roce 2009, 49 % klientů v roce 2010 a 43 % klientů v roce 2011.

Tabulka č. 17 **Užívání společných injekčních jehel a stříkaček v posledním měsíci**

rok	2009		2010		2011	
spol.jehly/střík.	počet	%	počet	%	počet	%
ano	40	10	62	16	89	23
ne	351	90	326	84	291	77
celkem	391	100	388	100	380	100

V posledním měsíci užívalo společné jehly nebo stříkačky údajně 10 % klientů v roce 2009, 16 % klientů v roce 2010 a 23 % klientů v roce 2011.

Obě poslední tabulky ukazují na spíše rostoucí počty uživatelů, kteří sdílejí injekční pomůcky s druhými.

3.4.3 Vyšetření na HIV a virové hepatitidy

V této části hodnotím odpovědi klientů na dotaz, zda byli kdykoli během života testováni na některou z uvedených infekcí. Kromě počtů osob, které měly pozitivní výsledek některého z testů, mne zajímal i podíl uživatelů, kteří se nikdy nenechali testovat na některou z infekcí.

Tabulka č. 18 Testování na infekci HIV

rok	2009		2010		2011	
	počet	%	počet	%	počet	%
test HIV						
neznámo, zda testován	11	3	159	27	113	20
testován - pozitivní	0	0	3	1	3	1
testován - negativní	184	44	199	34	235	41
testován – výsledek neznámý	78	19	113	19	85	15
nikdy netestován	146	35	118	20	139	24
elkem	419	100	592	100	575	100

Celkem 6 uživatelů udalo, že byli testováni na HIV infekci s pozitivním výsledkem. Podíl uživatelů drog, kteří nebyli nikdy testováni, je v jednotlivých letech 20–35 %.

Tabulka č. 19 Testování na infekci VHA

rok	2009		2010		2011	
	počet	%	počet	%	počet	%
test VHA						
neznámo, zda testován	12	3	188	32	120	21
testován - pozitivní	0	0	8	1	3	1
testován - negativní	178	42	186	31	235	41
testován – výsledek neznámý	85	20	111	19	90	16
nikdy netestován	144	34	99	17	127	22
celkem	419	100	592	100	575	100

V položce testování na infekci VHA udává pozitivní test 11 z testovaných uživatelů. Podíl nikdy netestovaných je 17–34 %.

Tabulka č. 20 **Testování na infekci VHB**

rok	2009		2010		2011	
	počet	%	počet	%	počet	%
test VHB						
neznámo, zda testován	11	3	180	30	119	21
testován - pozitivní	5	1	13	2	10	2
testován - negativní	171	41	183	31	230	40
testován – výsledek neznámý	87	21	114	19	91	16
nikdy netestován	145	35	102	17	125	22
celkem	419	100	592	100	575	100

Ve sledovaných letech udalo pozitivní test na infekci VHB celkem 28 osob, podíl nikdy netestovaných je 17–35 %.

Tabulka č. 21 **Testování na infekci VHC**

rok	2009		2010		2011	
	počet	%	počet	%	počet	%
test VHC						
neznámo, zda testován	10	2	153	26	107	19
testován - pozitivní	36	9	55	9	62	11
testován - negativní	142	34	158	27	193	34
testován – výsledek neznámý	88	21	123	21	88	15
nikdy netestován	143	34	103	17	125	22
celkem	419	100	592	100	575	100

Pozitivní výsledek testu na VHC uvedlo celkem 153 klientů (9 %), podíl nikdy netestovaných je 17–34 %.

3.5 Shrnutí

Při analýze dat z *Registru uživatelů drog - žadatelů o léčbu* se podařilo odpovědět na výzkumné otázky takto:

1. Socioekonomické údaje

Více než polovina klientů – žadatelů o léčbu v L/K centrech Jihočeského kraje je ve věku 20–29 let. Nad 60 % z nich jsou muži. 47–49 % léčených uživatelů má pouze

základní vzdělání, což je nepříznivý faktor, neboť se dá předpokládat vztah mezi vzděláním a úrovní znalostí o infekčních nemocech, způsobech přenosu a ochrany a motivaci bránit jejich přenosu na lidi v okolí.

Vysoký je podíl nezaměstnaných osob, mezi 64–70 %. S tím téměř vždy souvisí špatná ekonomická situace a tedy i životní úroveň. To je faktor, který může negativně ovlivňovat zdravotní stav včetně odolnosti proti infekčním onemocněním.

Pokud jde o charakter bydlení, více než pětina léčených uživatelů drog jsou bezdomovci. U těchto osob se kombinuje několik nepříznivých faktorů pro jejich zdravotní stav – nízká životní úroveň, nízký hygienický standard, úzký a častý kontakt s osobami s infekčním onemocněním.

2. Chování evidovaných uživatelů drog ve vztahu k rizikovým faktorům jako je injekční aplikace drog a sdílení injekčních jehel a stříkaček

S injekční aplikací začínali klienti nejčastěji mezi 16. a 18. rokem života, vysoký je i počet těch, kteří začali s užíváním v 15 letech. Tento údaj je důležitý pro preventivní působení mezi žáky základních a středních škol s ohledem na potřebu zdůraznění rizika tohoto způsobu užívání pro přenos infekčních onemocnění. Je třeba, aby děti věděli i o způsobech, jak aplikovat drogu bezpečně, pokud se k jejímu užití rozhodnou.

79–83 % klientů udalo injekční užití drogy v současnosti nebo kdykoli v minulosti. Vysoký počet těchto uživatelů ovlivněn i tím, že právě injekční uživatelé častěji vyhledají pomoc v L/K centrech než ostatní. Větší vypovídající hodnotu má údaj o počtech těch, kteří v posledním měsíci nebo v minulosti sdíleli injekční pomůcky s jinými uživateli.

Oba výsledky poukazují na to, že počet těch, kteří injekční pomůcky sdílejí, se posledních letech spíše zvyšuje. To je patrné zejména u osob, kteří udávají sdílení v posledním měsíci (10 % v roce 2009, 16 % v roce 2010 a 23 % v roce 2011).

3. Testování na infekce HIV a virové hepatitidy

Nejvíce pozitivních výsledků testování je podle očekávání u virové hepatitidy C – během tří sledovaných let to bylo celkem u 153 klientů. Pokud vezmeme v úvahu počet testovaných s negativním výsledkem (celkem 493), je poměr negativních a pozitivních výsledků přibližně 1:3. Pokud budeme předpokládat, že testovat se nechávají především

injekční uživatelé drog, pak tento výsledek znamená infekci VHC u každého třetího intravenózního uživatele drog.

Pozitivní je, že podíl nikdy netestovaných u všech sledovaných infekcí byl největší v roce 2009, v dalších letech byl nižší. Naopak nepříznivé jsou vysoké počty těch, kteří neznají výsledek svého testu.

4 Zhodnocení úrovně znalostí dětí ve věku 13-15 let o riziku infekčních onemocnění spojených s užíváním drog

4.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Děti ve věku 13-15 začínají experimentovat s drogami a úroveň jejich znalostí o infekčních nemocech je důležitým prvkem v prevenci problémů spojených s užíváním drog. Cílem mého výzkumu bylo zjistit, jaké jsou jejich znalosti o způsobech přenosu infekčních nemocí a možnostech ochrany před nimi.

Výzkumné otázky

1. Jaké mají děti v uvedeném věku obecné znalosti infekčních onemocněních a způsobech přenosu a ochrany.
2. Jaké jsou specifické znalosti o infekčních nemocech nejčastěji spojovaných s užíváním drog.
3. Jak děti hodnotí rizika spojená s užíváním drog a jednotlivé zdroje informací o infekčních nemocech.

4.2 Metoda a technika sběru dat

Ke zhodnocení znalostí jsem použila dotazník s nestandardizovaným didaktickým testem vlastní konstrukce (příloha č.1).

Metodu dotazníku jsem zvolila pro potřebu získat údaje od co největšího počtu respondentů a pro možnost objektivního zhodnocení. Otázky do dotazníku jsem vytvořila s ohledem na věk respondentů a týkaly se témat, které potřebují děti v daném věku znát, aby se uměly účinně chránit před infekcemi. Použila jsem otázky uzavřené, polootevřené i otevřené.

Test byl po dohodě s řediteli škol zadán v 9. třídách celkem čtyř základních škol. Vyplňování testu probíhalo pod dohledem instruovaného pedagoga.

V dotazníku bylo celkem 18 otázek. Úvodní část objasňovala účel dotazníku a instrukce k jeho vyplňování, dále otázky ke zjištění základních údajů o respondentech – věk a pohlaví.

Vlastní znalostní test měl 12 otázek, v závěru byly čtyři otázky týkající se názorů dětí na rizika spojená s užíváním drog a hodnocení dostupných zdrojů informací.

Pro matematicko-statistické zhodnocení a grafické znázornění výsledků jsem využila program Excel.

V následující části práce prezentuji údaje získané z dotazníkového výzkumu v tabulkách a stručně komentuji.

4.3 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek tvořili žáci 9. tříd čtyř základních škol (v Českých Budějovicích, Křemži, Milevsku a Trhových Svinech) ve věku 14-15 let. Celkem jsem získala 123 vyplněných dotazníků s testem, 9 z nich bylo vyřazeno z důvodu nevyplnění dle instrukcí nebo pro zjevně záměrné špatné odpovědi. Hodnoceno tedy bylo 114 vyplněných dotazníků, 62 respondentů byli chlapci, 52 dívky. Průměrný věk byl 14,5 roku.

4.4 Výsledky hodnocení znalostí

V otázkách 3 - 7 měli respondenti zadána tvrzení, u nichž měli označit, zda jsou pravdivá či nepravdivá.

Otázka č. 3 Infekční onemocnění jsou přenosná z člověka na člověka

Tabulka č. 22

pohlaví	chlapci		dívky		celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%
pravdivé	61	98	52	100	113	99
nepravdivé	1	2	0	0	1	1
celkem	62	100	52	100	114	100

Na tuto jednoduchou otázku podle očekávání odpověděli správně téměř všichni - 99 % respondentů, 98 % chlapců a 100 % dívek.

Otázka č. 4 Člověk, který nemá žádné příznaky infekčního onemocnění, není nakažlivý pro okolní osoby

Tabulka č. 23

pohlaví	chlapci		dívky		celkem	
odpovědi	počet	%	počet	%	počet	%
pravdivé	24	39	21	40	45	39
nepravdivé	38	61	31	60	69	61
celkem	62	100	52	100	114	100

Více než polovina dětí (61 %) odpověděla, že člověk bez příznaků infekčního onemocnění není nakažlivý pro okolní osoby, což je špatná odpověď. Chlapci i dívky odpovídali téměř shodně.

Otázka č. 5 Největším rizikem pro přenos infekčního onemocnění mezi uživateli drog je sdílení společných jehel a stříkaček

Tabulka č. 24

pohlaví	chlapci		dívky		celkem	
odpovědi	počet	%	počet	%	počet	%
pravdivé	62	100	52	100	114	100
nepravdivé	0	0	0	0	0	0
celkem	62	100	52	100	114	100

Na tuto otázku odpověděli naprosto všichni správně, což je ve shodě s očekáváním, že se jedná o všeobecně známý fakt.

Otázka č. 6 Rozdíl mezi bakterií a virem je mimo jiné ten, že bakterie nejsou přenosné z člověka na člověka, viry ano

Tabulka č. 25

pohlaví	chlapci		dívky		celkem	
odpovědi	počet	%	počet	%	počet	%
pravdivé	20	32	24	46	44	39
nepravdivé	42	68	28	54	70	61
celkem	62	100	52	100	114	100

S nesprávným tvrzením, že zatímco viry jsou přenosné z člověka na člověka, bakterie nejsou, souhlasilo 39 % respondentů, a to 32 % chlapců, 46 % dívek.

Otázka č. 7 V dnešní době existuje na všechny infekční nemoci léčba antibiotiky

Tabulka č. 26

pohlaví	chlapci		dívký		celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%
pravdivé	10	16	6	12	16	14
nepravdivé	52	84	46	88	98	86
celkem	62	100	52	100	114	100

Na léčbu antibiotiky u všech infekčních nemocí by se spolehlo 14 % respondentů, o něco více chlapců (16 %) než dívek (14 %).

V otázce č. 8 měli respondenti na výběr 6 odpovědí, ze kterých měli vybrat nesprávnou.

Otázka č. 8 Přenos infekčního onemocnění je možný:

Tabulka č. 27

pohlaví	chlapci		dívký		celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%
pohlavním stykem	2	3	3	6	5	4
vzduchem	22	35	17	33	39	34
potravinami	4	6	5	10	9	8
infikovanými injekčními jehlami	0	0	0	0	0	0
pouze přímým kontaktem s nemocným člověkem	27	44	22	42	49	43
hmyzem	7	11	5	10	12	11
celkem	62	100	52	100	114	100

Nesprávnou odpověď „pouze přímým kontaktem“ označilo správně 43 % respondentů (44 % chlapců a 42 % dívek). Překvapivé procento respondentů označilo za nesprávnou odpověď „vzduchem“ (celkem 34 %) a „hmyzem“ (11 %).

V otázkách 9-12 měli respondenti na výběr vždy několik možností a měli označit všechny správné.

Otázka č. 9 Virus HIV se může přenést:

(u této otázky bylo možné označit více možností)

Tabulka č. 28

pohlaví	chlapci		dívký		celkem	
	počet	% z n	počet	% zn	počet	% z n
pohlavním stykem mezi osobami stejného pohlaví	45	72	36	69	81	71
při aplikaci drogy do žíly	46	74	39	75	85	75
podáním ruky	2	3	1	2	3	3
vzduchem	8	13	4	8	12	11
pohlavním stykem mezi osobami různého pohlaví	57	92	51	98	108	95
v bazénu	12	19	17	33	29	25
při sdílení zubních kartáčků	29	47	33	63	62	54
při tetování	34	55	31	60	65	57
n = počet respondentů	62	100	52	100	114	100

Pouze 20 respondentů ze 114 (18 %) označilo v této otázce všechny možnosti správně. Za podstatné považují, že významný způsob přenosu viru HIV v současnosti – heterosexuální styk - označilo správně 108 respondentů (95 %). Možnost „při aplikaci drogy do žíly“ označilo 85 respondentů (75 %). Přenos viru při tetování označilo za možný 65 respondentů (57 %). Poměrně málo respondentů vědělo, že riziko existuje i při sdílení zubních kartáčků, tuto možnost označilo pouze 62 (54 %) z nich. Zajímavý je počet tázaných, kteří předpokládají možnost přenosu viru v bazénu (29, tj. 25 %).

Otázka č. 10 Která z těchto onemocnění se přenáší pohlavním stykem?

(u této otázky bylo možné označit více možností)

Tabulka č. 29

pohlaví	chlapci		dívky		celkem	
	počet	% z n	počet	% z n	počet	% z n
některé druhy virových hepatitid (žloutenek)	16	26	11	21	27	24
HIV/AIDS	56	90	52	100	108	95
syfilis	48	77	45	87	93	82
salmonelóza	2	3	0	0	2	2
n = počet respondentů	62	100	52	100	114	100

Pouze 21 respondentů ze 114 (18 %) označilo všechny možnosti správně. Nejčastěji chybovali u možnosti „některé druhy hepatitid“ - pouze 27 (24 %) vědělo, že se mohou přenášet pohlavním stykem. Téměř všichni (108, tj. 95 %) označili správně „HIV/AIDS“, přitom tuto správnou možnost označilo 100 % dívek a 90 % chlapců. „syfilis“ označilo správně 93 respondentů (82 %, a to 77 % chlapců a 87 % dívek).

Otázka č. 11 Virová hepatitida C (žloutenka C) je:

Tabulka č. 30

pohlaví	chlapci		dívky		celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%
lehké onemocnění, které po krátké době samo odezní	1	2	6	12	7	6
závažné onemocnění, při správné léčbě antibiotiky se vyléčí bez následků	23	37	18	35	41	36
závažné onemocnění, které má za následek vážné poškození jater	38	61	28	54	66	58
celkem	62	100	52	100	114	100

Většina respondentů odpověděla správně, že hepatitida C je „závažné onemocnění, které má za následek vážné poškození jater“ (celkem 66 respondentů, tj. 58 %). Více

správných odpovědí uvedli chlapci (v 61 %) než dívky (54 %). Zarážející je dost vysoký počet respondentů spoléhající na léčbu antibiotiky (41, tj. 36 %).

Otázka č. 12 Proti nákaze virovou hepatitidě C se lze chránit:

(u této otázky bylo možné označit více možností)

Tabulka č. 31

pohlaví	chlapci		dívky		celkem	
	počet	% z n	počet	% z n	počet	% z n
odpovědi						
důslednou hygienou, mytím rukou	51	82	49	94	100	88
důkladnou tepelnou úpravou potravin	16	26	6	12	22	19
dodržováním pravidel bezpečného sexu	24	39	15	29	39	34
vyhýbat se vniku viru hepatitidy C do krve při nehygienické apl. piercingu, tetování, příp. apl. drog do žil	39	63	38	73	77	68
očkováním	46	74	45	87	91	80
n = počet respondentů	62	100	52	100	114	100

U této otázky pouze 3 respondenti označili správně všechny možnosti. Nejčastěji chybovali označením možnosti „*důslednou hygienou, mytím rukou*“. Označilo ji 100 respondentů ze 114, což je 88 %. Častěji takto odpovídaly dívky (v 94 %). Dále často chybovali označením možnosti „*očkováním*“ (91 respondentů, tj. 80 %, z chlapců to bylo 74 %, z dívek 87 %). 77 respondentů (68 %, 63 % chlapců, 73 % dívek) zaškrtnulo správně „*vyhýbat se vniku viru hepatitidy C do krve při nehygienické aplikaci piercingu, tetování, případně aplikaci drog do žil*“. Jen 39 (34 %) označilo jako způsob ochrany správně „*dodržování pravidel bezpečného sexu*“. Bylo to 39 % chlapců a 29 % dívek.

Otázka č. 13 Odhadni, kolik nových případů HIV pozitivních osob přibýlo v České republice v loňském roce:

Tabulka č. 32

pohlaví	chlapci		dívky		celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%
odpovědi						
15-20	3	5	2	4	5	4
100-200	38	61	38	73	76	67
1000-2000	21	34	12	23	33	29
celkem	62	100	52	100	114	100

Většina respondentů (76, tj. 67 %) věděla, že počet nových případů HIV pozitivních osob v ČR v loňském roce je mezi 100-200. 33 z nich (29 %) si myslelo, že je to mezi 1000-2000 osob.

Otázka č. 14 Jaká onemocnění se nejčastěji přenášejí mezi uživateli drog:

Tabulka č. 33

pohlaví	chlapci		dívky		celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%
odpovědi						
HIV	12	22	11	24	23	23
HIV, žloutenky	10	18	17	38	27	27
žloutenky	18	33	4	9	22	22
HIV, syfilis	2	4	1	2	3	3
HIV, syfilis, kapavka	6	11	10	22	16	16
HIV, syfilis, žloutenka	3	5	0	0	3	3
HIV, syfilis, hepatitida C	1	2	0	0	1	1
HIV, syfilis, žloutenka, kapavka	3	5	2	4	5	5
celkem	55	100	45	100	100	100

Tato otázka byla otevřená. Respondenti nejčastěji uvedli „HIV“ buď samostatně, nebo v kombinaci s jinými onemocněními (celkem 78 x). 58 x uvedli „žloutenka“ příp. „hepatitida C“. Ve skutečnosti, jak vyplývá z předchozí části mé práce, je v ČR jen málo

případů HIV přeneseného při užívání drog, na rozdíl od hepatitidy C, která naopak ve většině případů vzniká v souvislosti s IUD.

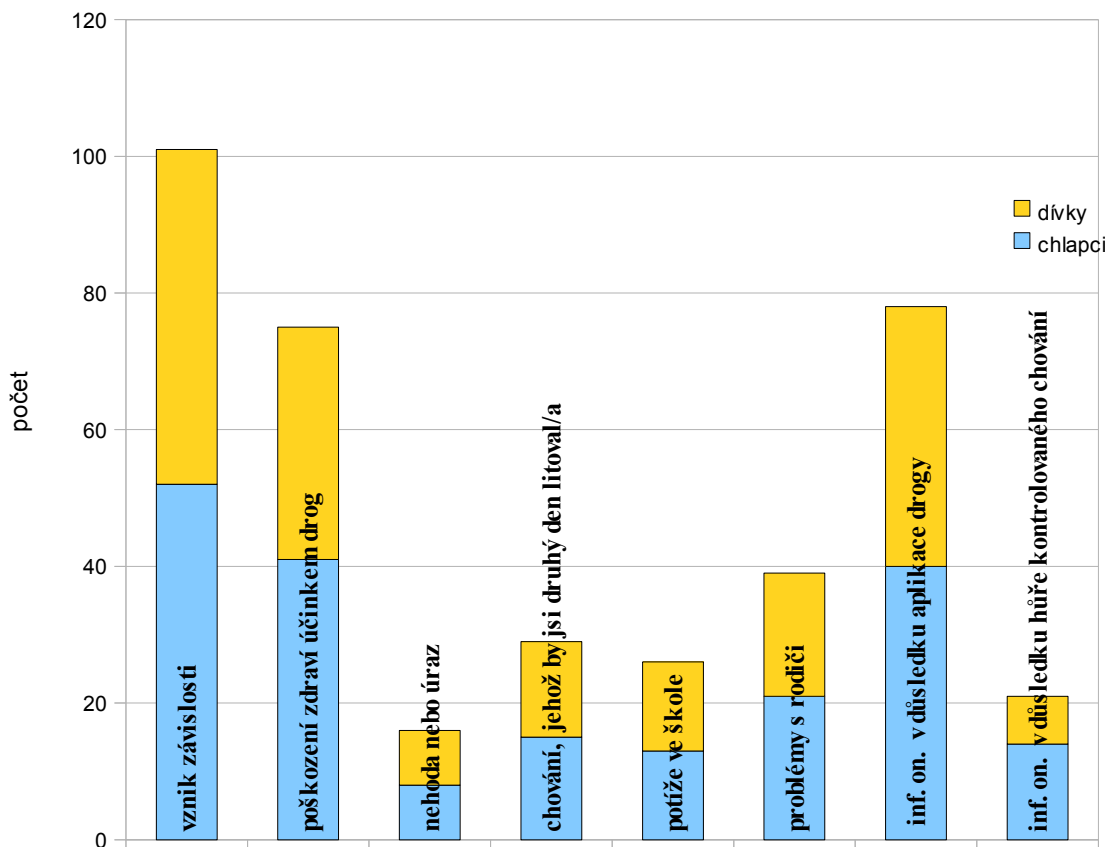
Otázka č. 15 Co podle tvého názoru hrozí lidem, kteří užívají drogy?

(v této otázce měly respondenti označit možnosti, které považují za nejvýznamnější)

Tabulka č. 34

pohlaví	chlapci		dívky		celkem	
	počet	% z n	počet	% z n	počet	%
vznik závislosti	52	84	49	94	101	89
poškození zdraví účinkem drog	41	66	34	65	75	66
nehoda nebo úraz	8	13	8	15	16	14
chování, jehož by jsi druhý den litoval/a	15	24	14	27	29	25
potíže ve škole	13	21	13	25	26	23
problémy s rodiči	21	34	18	35	39	34
vznik infekčního onemocnění v důsledku aplikace drogy	40	65	38	73	78	68
vznik infekčního onemocnění v důsledku hůře kontrolovaného chování	14	23	7	13	21	18
n = počet respondentů	62	100	52	100	114	100

Graf č. 7 Co podle tvého názoru nejvíce hrozí lidem, kteří užívají drogy



Respondenti považovali za největší riziko při užívání drog „vznik závislosti“ (označilo 101 respondentů, tj. 89 %, z chlapců 84%, z dívek 94%), na druhém místě pak „vznik infekčního onemocnění v důsledku aplikace drogy“ (78 respondentů, tj. 68 %, z chlapců 65 %, z dívek 73 %), na třetím „poškození zdraví účinkem drog“ (75 respondentů, tj 65 %, chlapci i dívky téměř shodně).

Otázka č. 16 Kde jsi získal nejvíce informací o infekčních nemocech a o způsobech ochrany před nimi?

(v této otázce měli respondenti zapsat k jednotlivým možnostem počet bodů od 0 do 5 podle množství informací, které z daného zdroje získal).

Tabulka č. 35

pohlaví	chlapci	dívky	celkem
odpovědi	průměrný počet bodů	průměrný počet bodů	průměrný počet bodů
z časopisu	1,9	2,7	2,3
ve škole	3,7	3,4	3,6
na internetu	3,2	3,3	3,3
od kamarádů	2,3	2,5	2,4
od rodičů	2,3	2,7	2,5
jinde	2,4	2,9	2,7

Nejvyšším průměrným počtem bodů jako zdroj informací o infekčních nemocech byla hodnocena škola (3,6 bodů), na druhém místě internet (3,3 bodu). Možnost „jinde“ (2,7 bodů) měli respondenti upřesnit:

Tabulka č. 36

pohlaví	chlapci		dívky		celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%
televize	6	38	6	50	12	43
arkáda	3	19	3	25	6	21
u lékaře	2	13			2	7
knihy			2	17	2	7
radio			1	8	1	4
příbuzní	2	13			2	7
na fotbale	1	6			1	4
z doslechu	1	6			1	4
police	1	6			1	4
celkem	16	100	12	100	28	100

Na otázku „kde jinde“ uvedlo 12 respondentů „televize“, 6 respondentů „Arkáda“ (sociálně psychologické centrum, poskytující preventivní programy školám).

Otázka č. 17 Měli jste ve škole nějakou přednášku, akci nebo program na téma drogy?

Tabulka č. 37

pohlaví	chlapci		dívky		celkem	
odpovědi	počet	%	počet	%	počet	%
ano	50	81	44	85	94	82
ne	12	19	8	15	20	18
celkem	62	100	52	100	114	100

Otázka č. 18 Pokud ano, probírali jste tam riziko infekčních nemocí spojených s užíváním drog?

Tabulka č. 38

pohlaví	chlapci		dívky		celkem	
odpovědi	počet	%	počet	%	počet	%
ano	47	94	41	93	88	94
ne	3	6	3	7	6	6
celkem	50	100	44	100	94	100

94 respondentů (82 %) odpovědělo „ano“ na otázku, zda ve škole měli přednášku, akci nebo program na téma drogy, z nich pak 88 (94 %) potvrdilo, že se tam probíralo riziko infekčních nemocí spojených s užíváním drog.

4.5 Shrnutí výzkumu

Z dotazníkového šetření vyplývají následující odpovědi na výzkumné otázky:

1. Jaké mají děti v uvedeném věku obecné znalosti infekčních onemocnění a způsobech přenosu a ochrany

V obecné části testu děti projevíly poměrně závažné neznalosti, které mohou mít negativní vliv na jejich chování při kontaktu s infekčním onemocněním, zejména v případě, kdy zdroj infekce nemá žádné příznaky infekčního onemocnění. Domněnka, že člověk bez příznaků infekčního onemocnění není nakažlivý pro své okolí, je nebezpečná,

neboť právě bezpříznakoví nosiči bývají častým zdrojem onemocnění nejen ve skupinách uživatelů drog (např. virová hepatitida C, nejčastější onemocnění mezi IUD, probíhá ve vysokém procentu bez zjevných příznaků).

Vzhledem k zaměření dotazníkového šetření kladně hodnotím fakt, že všichni respondenti věděli o riziku sdílení injekčních stříkaček pro přenos infekčního onemocnění. Naopak překvapivá je neznalost značné části dotazovaných ohledně rozdílu mezi bakterií a virem, neboť 39 % respondentů se domnívá, že bakterie nejsou přenosné z člověka na člověka. Způsoby ochrany před nákazou bakteriemi i viry jsou však obdobné, v prevenci tedy tato neznalost nemá zásadní význam. Svědčí o tom, že znalosti dětí nejsou komplexní a utříděné.

Část dotazovaných spoléhá na účinnost antibiotik u všech infekčních onemocnění (14 %). Jedná se poměrně o velký podíl respondentů vzhledem k tomu, že antibiotika nejen že vůbec nepůsobí proti virům, ale navíc jejich účinnost proti bakteriím klesá. Taková domněnka může navíc vést k falešnému pocitu bezpečí a hazardování při kontaktu s infekčním onemocněním.

Pokud jde o způsoby přenosu infekčních onemocnění, i tady se v dotazníku projeví základní neznalosti – více než jedna třetina dětí se domnívala, že není možný přenos vzduchem, desetina hmyzem.

2. Jaké jsou specifické znalosti o infekčních nemocech nejčastěji spojovaných s užíváním drog

V části zkoumající specifické znalosti žáků o jednotlivých infekčních nemocech se také u části z nich vyskytly značné neznalosti. Lze říci, že největší informovanost projeví o infekci HIV/AIDS, znali hlavní způsob přenos viru HIV (pohlavní styk) a značná část z nich i počty nových infekcí HIV v ČR v roce 2010. Rezervy však jsou i v této problematice: o možnosti přenosu viru HIV při aplikaci drogy do žíly vědělo 75 % respondentů, při sdílení zubních kartáčků a při tetování 54, resp. 57 % respondentů.

Horší situace je v oblasti virových hepatitid. Jen 24 % dětí odpovědělo správně, že některé druhy se mohou přenést pohlavním stykem. Virovou hepatitidu C považuje 38 % dětí za onemocnění, které lze bez následků vyléčit antibiotiky a jen 58 % z nich ví, že se jedná o závažné onemocnění s vážným poškozením jater. Z odpovědí na otázku, jak se lze chránit proti VHC vyplývá, že dětem splývají jednotlivé typy hepatitid dohromady přesto,

že jde o velmi odlišná onemocnění s odlišnými následky i způsobem ochrany. 88 % tázaných považuje za ochranu proti VHC důslednou hygienu, mytí rukou. To je ve skutečnosti způsob účinný u virové hepatitidy A, kterou znají lépe v důsledku epidemie v letech 2008 - 2009. Podobné je to s očkováním: 80 % dětí označilo očkování jako další způsob ochrany proti VHC, což je špatně, neboť proti VHC neexistuje očkovací látka. Vyhnout se vniknutí viru hepatitidy C do krve při nehygienické aplikaci piercingu, tetování, příp. aplikaci drog do žil označilo jako způsob ochrany před VHC 68 % respondentů – třetina z nich tedy neví, že hlavním způsobem přenosu viru hepatitidy C je právě přenos při nitrožilní aplikaci drog (tomu odpovídá i výsledek u otevřené otázky „*jaká onemocnění se nejčastěji přenášejí mezi uživateli drog*“: pouze v 58 odpovědích ze 100 bylo uvedeno „*žloutenka*“, resp. „*hepatitida C*“.

V případě syfilis nevěděla téměř jedna pětina dotazovaných, že se přenáší pohlavním stykem. Vzhledem k věku respondentů je to vysoký podíl.

3. Jak děti hodnotí rizika spojená s užíváním drog a zdroje informací o infekčních

nemocích

Významné je, že děti při hodnocení rizik spojených s užíváním drog mimo vzniku závislosti (u 89 % respondentů) nezapomněly na riziko vzniku infekčních onemocnění. Vznik infekčního onemocnění v důsledku aplikace drogy uvedlo 68 % tázaných, vznik infekčního onemocnění v důsledku hůře kontrolovaného chování 18 %.

Jako zdroj informací největší průměrný počet bodů získala škola (3,6 z 5 možných bodů) a internet (3,3 bodů). 82 % respondentů uvedlo, že měli ve škole přednášku nebo akci na téma drogy, kde se probíralo i riziko infekčních nemocí.

Závěr

Cílem této práce bylo analyzovat infekční onemocnění spojená s užíváním drog, analyzovat údaje o léčených uživatelích drog z L/K center, zjistit úroveň znalostí o infekčních nemocech a způsobech přenosu a ochrany u dětí ve věku 13-15 let.

Z teoretické části práce vyplynulo, že k vážným zdravotním důsledkům užívání nelegálních drog, zejména injekčního, patří vznik infekčního onemocnění, zejména hepatitidy C. Vznik infekcí u drogových uživatelů souvisí i s jiným rizikovým chováním, zejména sexuálním (syfilis, HIV) i s nízkým hygienickým standardem (virová hepatitida A. Opatření proti šíření infekcí v populaci uživatelů drog tedy musí být zaměřena nejen na prevenci sdílení pomůcek k injekční aplikaci drog, ale i na zdravotní výchovu.

Při analýze infekčních onemocnění vyšlo najevo, že zjištěné údaje nemohou postihnout celou problematiku infekčních nemocí spojených s užíváním drog. V databázích informačních systémů, ze kterých jsou údaje čerpány, nepracují s údaji o jiných než injekčních uživatelích drog. Bylo by zajímavé zhodnotit u některých infekcí, např. virové hepatitidy A, syfilis a HIV, stupeň rizika pro neinjekční uživatele drog ve srovnání s normální populací.

Ze zjištěných údajů je zřejmé, že výskyt infekcí spojených s IUD, zejména virové hepatitidy C, je stále závažnou problematikou a nedá se hovořit o poklesu či příznivé situaci, která by mohla být spojována např. s výměnnými programy pro uživatele drog.

Analýza údajů o léčených uživatelích drog přinesla potvrzení známých faktů o socioekonomických údajích i o rizikovém chování uživatelů drog. Zásadní je zjištění, že klienti nejčastěji začali užívat drogy injekčně ve věku 16-18 let. Tento údaj potvrzuje správnost zvolení cílové skupiny pro hodnocení znalostí o infekčních nemocech (13-15 let). Problémem je nízké dosažené vzdělání léčených uživatelů, které signalizuje i nižší schopnost zhodnotit míru rizika svého chování. To potvrzuje i zjištěný údaj o počtech injekčních uživatelů, kteří udávají sdílení pomůcek pro injekční aplikaci.

Nejvýznamnější částí práce je část týkající se hodnocení znalostí dětí o infekčních nemocech a jejich prevenci. Podařilo se prokázat ve znalostech dětí určité konkrétní nedostatky, na něž je potřeba zaměřit pozornost při vzdělávání v této oblasti. Těchto zjištění jsem využila k vypracování informačního letáku pro děti ZŠ, který může být doplněním informací poskytnutých dětem dle školních osnov a pořádaných přednášek. (příloha č. 2).

Seznam použité literatury a pramenů:

BÉM, P., KALINA, K., RADIMECKÝ, J. Vývoj drogové scény a drogové politiky v České republice. In KALINA, K., RADIMECKÝ, J. *Drogy a drogové závislosti 1 : mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003, s. 33-39. ISBN 80-86734-05-6.

EVROPSKÉ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVOU ZÁVISLOST. *Drogy a ohrožené skupiny mladých lidí*. 1. vyd. v českém jazyce. Praha : Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova v Praze: Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, 2010. 48 s. ISBN 978-80-254-6807-4.

GALL, M., AERTSEN, P., DAATLAND, CH., DESWERT, J., FENK, R., FISCHER, U., HABILS, K., JASPERS, D., KOLLER, M., LEE, H., MICHAELIS, TH., SANNEN, A. *Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí : příručka o efektivní školní drogové prevenci*. 1. vyd. v českém jazyce. Praha : Úřad vlády České republiky, 2005. 156 s. ISBN 80-86734-38-2.

GÖPFERTO VÁ, D., PAZDIORA, P. DÁŇOVÁ, J. *Epidemiologie : (obecná a speciální epidemiologie infekčních nemocí)*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2006. 299 s. ISBN 80-246-1232-1.

GOSSOP, M. *Léčba problémů spojených se zneužíváním drog : důkazy o účinnosti*. 1. vyd. v jazyce českém. Praha : Úřad vlády České republiky, 2009. 104 s. ISBN 978-80-87041-81-9.

HORÁK, J., STŘÍTESKÝ, J. *Chronické hepatitidy*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 1999. 173 s. ISBN 80-7169-775-3.

INFORMAČNÍ CENTRUM OSN V PRAZE. Výroční zpráva mezinárodního výboru pro kontrolu narkotik. *Bulletin Národní protidrogové centrály*. Praha: Tiskárna Ministerstva vnitra, oddělení vydavatelství obchodního odboru, roč. 2011, č. 2, s. 3-5. ISSN 1211-8834.

KREKULOVÁ, L. *Virové hepatitidy : prevence, diagnostika a léčba*. 2. vyd. Praha : Triton, 2002. 167 s. ISBN 80-7254-218-4

LOBOVSKÁ, A. *Infekční nemoci*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2001. 263 s. ISBN 80-246-0116-8.

MCGRATH, Y., SUMNALL H., MCVEIGH J., BELLIS M. *Prevence užívání drog mezi mladými lidmi : přehled dostupných informací*. 1. vyd. v jazyce českém. Praha : Úřad vlády České republiky, 2007. 70 s. ISBN 978-80-87041-16-1.

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů : MKN-10 : desátá revize : aktualizovaná druhá verze k 1.1.2009. 2., aktualiz. vyd. Praha : Bomton Agency, 2008. 860 s. ISBN 978-80-904259-0-3.

MINAŘÍK, J., HOBSTOVÁ, J. Somatické komplikace a komorbidita 1 – místní a celkové infekce, orgánová postižení. In KALINA, K., RADIMECKÝ, J. *Drogy a drogové závislosti : mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003, s. 223-227. ISBN 80-86734-05-6.

NĚMEČEK, V. Sérologický přehled ČR v roce 2001 – virová hepatitida A,B,C. *Zprávy CEM*. Praha : Státní zdravotní ústav, roč. 2003, č. 12, s. 55-61.

NEKOLA, M. Pragmatici, represionisté a preventisté v drogové politice. *Zaostřeno na drogy*. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. Praha : Úřad vlády České republiky, roč. 2010, č. 6, s. 2-11. ISSN 1214-1089.

NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost : současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 2., upr. Praha : Portál, 2003. 151 s. ISBN 80-7178-831-7.

Protidrogová strategie EU na období 2005-2012. 1. vyd. Praha : Úřad vlády České republiky, c2005. 27 s. ISBN 80-86734-64-1.

SCHEJBALOVÁ, M., SLÁMOVÁ, A. 2011. Očkovací kalendář pro dospělé. *Očkování a cestovní medicína*. Praha : Avenir, roč. 2011, č. 2, s. 20-24.

ŠEJDA, Jan, ŠMERHOVSKÝ, Z., GÖPFERTOVÁ, D. *Výkladový slovník epidemiologické terminologie*. 1. vyd. Praha : Grada, 2005. 120 s. ISBN 80-247-1068-4.

ŠPERCL, J. Léčba a prevence chronických virových hepatitid. *Vakcinologie*. Praha : Medakta, roč. 2011, č.2, s. 57-65. ISSN 1802-3150.

STRÁNSKÝ, J. *Virová hepatitida B a její klinický význam*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2001. 202 s. ISBN 80-247-0243-6.

STUDNIČKOVÁ, B., PETRÁŠOVÁ, B. *Výroční zpráva ČR – 2010. Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog*. 1. vyd. Praha: Hygienická stanice hlavního města Prahy, 2011. 206 s. ISBN 978-80-254-9321-2.

URBÁNEK, P. *Virová hepatitida C. Adiktologie : odborný časopis pro prevenci, léčbu a výzkum závislostí*. Tišnov : Scan, roč. 2010, č.2, s. 102-109. ISSN 1213-3841.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha : Portál, 2004. 870 s. ISBN 80-7178-802-3.

ZÁBRANSKÝ, T. *Drogová epidemiologie*. In KALINA, K., RADIMECKÝ, J. *Drogy a drogové závislosti 1 : mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003, s. 41-48. ISBN 80-86734-05-6.

ZÁKOUCKÁ, H. 2007. *Syfilis – tradiční choroba, současný problém I. Zprávy CEM*. Praha : Státní zdravotní ústav, roč. 2007, č. 9, s. 422-426.

Použité elektronické zdroje

EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL, EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION. *Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs* [online]. Stockholm: ECDC, 2011 [cit. 29. října 2011]. Dostupné z WWW: <http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_142052_EN_ECDC-EMCDDA%20IDU%20guidance%20_%20web%20version.pdf>. ISBN 978-92-9193-313-6.

Ilegální drogy [online]. Praha : Úřad vlády České republiky, c2006 [cit. 30. října 2011] Dostupné z WWW: <http://www.drogy-info.cz/index.php/info/ilegalni_drogy>.

Legální drogy [online]. Praha : Úřad vlády České republiky, c2006 [cit. 30. října 2011] Dostupné z WWW: <http://www.drogy-info.cz/index.php/info/legalni_drogy>.

KALINA, K., Úvod do drogové politiky: základní principy, pojmy, přístupy a problémy. In KALINA, K., RADIMECKÝ, J. *Drogy a drogové závislosti 1 : mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003, s. 15-24. ISBN 80-86734-05-6.

MRAVČÍK, V., PEŠEK, R., HORÁKOVÁ, M., NEČAS, V., CHOMYNOVÁ, P., ŠŤASTNÁ, L., GROLMUSOVÁ, L., KIŠŠOVÁ, L., FIDESOVÁ, H., NECHANSKÁ, B., VOPRAVIL, J., PRESLOVÁ, I., DOLEŽALOVÁ, P., KOŇÁK, T. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010* [online]. Praha: Úřad vlády České republiky, 2011 [cit. 14. března 2012]. Dostupné na WWW: <http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/vyrocní_zpravy/vyrocní_zprava_o_stavu_ve_vecech_drog_v_cr_v_r_2010>. ISBN 978-80-7440-056-8.

MRAVČÍK, V., PETROŠOVÁ, B., ZÁBRANSKÝ, T., ŘEHÁK, V., COUFALOVÁ, M. *Výskyt VHC u injekčních uživatelů drog*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2009 [cit. 11. října 2011]. Dostupné z <http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/e_publikace/vyskyt_vhc_u_injekcnich_uzivatelu_drog>. ISBN 978-80-7440-003-2.

Metodický návod k řešení problematiky infekce HIV/AIDS v České republice. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2003. [Program] ASPI pro Windows verze 8.0, aktualizace z 30. září 2011 [cit. 28. října 2011].

Národní program řešení problematiky HIV/AIDS v České republice v období let 2008 – 2012. [Program] ASPI pro Windows verze 8.0, aktualizace z 30. září 2011 [cit. 12. října 2011].

Národní strategie protidrogové politiky na období 2010-2018 [online]. Praha: Úřad vlády České republiky, 2011. Aktualizováno: 02.08.2011 [cit. 8. srpna 2011]. Dostupné z <http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/strategie_akcni_plany/narodni_strategie_protidrogove_politiky_na_obdobi_2010_az_2018>. ISBN 978-80-7440—045-2.

Standard pro léčbu virových hepatitid u uživatelů drog. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2008. [Program] ASPI pro Windows verze 8.0, aktualizace z 30. září 2011 [cit. 2. října 2011].

UNAIDS World AIDS Day Report 2011 [online]. United Nation Programme On HIV/AIDS, 2011 [cit. 10. prosince 2011]. Dostupné na www : <http://issuu.com/unaidst/docs/worldaidsday_report_2011>. ISBN 978-92-92-9173-904-2.

Vyhláška 195/2005 Sb. kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče. [Program] ASPI pro Windows verze 8.0, aktualizace z 30. září 2011 [cit. 2. října 2011].

Vyhláška 473/2008 Sb., o systému epidemiologické bdělosti pro vybrané infekce. [Program] ASPI pro Windows verze 8.0, aktualizace z 30. září 2011 [cit. 2. října 2011].

Vyhláška 537/2006 Sb., o očkování proti přenosným nemocem. [Program] ASPI pro Windows verze 8.0, aktualizace z 30. září 2011 [cit. 2. října 2011].

Zákon 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů [Program] ASPI pro Windows verze 8.0, aktualizace z 30. září 2011 [cit. 2. října 2011].

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Strategie protidrogové politiky v ČR	24
Tabulka č. 2: Hlášená onemocnění syfilis v Jihočeském kraji podle sexuálních a ostatních rizik	45
Tabulka č. 3: Celkové počty hlášených onemocnění syfilis v ČR a z toho počty onemocnění u IUD, od roku 2001	46
Tabulka č. 4: Absolutní počty hlášených případů virových hepatitid v Jihočeském kraji v letech 2009-2011 a podíl jednotlivých typů na celkových počtech	48
Tabulka č. 5: Absolutní počty hlášených případů virových hepatitid v Jihočeském kraji a podíl IUD, rok 2009-2011	49
Tabulka č. 6: Věková struktura osob s virovou hepatitidou C chronickou v letech 2009 – 2011 v Jihočeském kraji	50
Tabulka č. 7: Dlouhodobý trend v počtech hlášených onemocnění VHC chronické u IUD v Jihočeském kraji a v České republice	50
Tabulka č. 8: Nové případy HIV infekce v Jč kraji a v ČR v letech 2009-2011	52
Tabulka č. 9: Rozdělení klientů podle věkových skupin	56
Tabulka č. 10: Rozdělení klientů podle pohlaví	57
Tabulka č. 11: Vzdělání	57
Tabulka č. 12: Zaměstnání	58
Tabulka č. 13: Charakter bydlení	58
Tabulka č. 14 Věk prvního injekčního užití drogy	59
Tabulka č. 15: Rizikové chování – injekční aplikace	60
Tabulka č. 16: Užívání společných jehel a stříkaček kdykoli v minulosti	61
Tabulka č. 17: Užívání společných injekčních jehel a stříkaček v posledním měsíci	61
Tabulka č. 18: Testování na infekci HIV	62
Tabulka č. 19: Testování na infekci VHA	62
Tabulka č. 20: Testování na infekci VHB	63
Tabulka č. 21: Testování na infekci VHC	63
Tabulka č. 22: Otázka č. 3 Infekční onemocnění jsou přenosná z člověka na člověka	67
Tabulka č. 23: Otázka č. 4 Člověk, který nemá žádné příznaky infekčního onemocnění, není nakažlivý pro okolní osoby	68

Tabulka č. 24: Otázka č. 5 Největším rizikem pro přenos infekčního onemocnění mezi uživateli drog je sdílení společných jehel a stříkaček	68
Tabulka č. 25: Otázka č. 6 Rozdíl mezi bakterií a virem je mimo jiné ten, že bakterie nejsou přenosné z člověka na člověka, viry ano	68
Tabulka č. 26: Otázka č. 7 V dnešní době existuje na všechny infekční nemoci léčba antibiotiky	69
Tabulka č. 27: Otázka č. 8 Přenos infekčního onemocnění je možný:	69
Tabulka č. 28: Otázka č. 9 Virus HIV se může přenést:	70
Tabulka č. 29: Otázka č. 10 Která z těchto onemocnění se přenáší pohlavním stykem?....	71
Tabulka č. 30: Otázka č. 11 Virová hepatitida C (žloutenka C) je	71
Tabulka č. 31: Otázka č. 12 Proti nákaze virovou hepatitidě C se lze chránit:	72
Tabulka č. 32: Otázka č. 13 Odhadni, kolik nových případů HIV pozitivních osob přibylo v České republice v loňském roce	73
Tabulka č. 33: Otázka č. 14 Jaká onemocnění se nejčastěji přenášejí mezi uživateli drog	73
Tabulka č. 34: Otázka č. 15 Co podle tvého názoru hrozí lidem, kteří užívají drogy?.....	74
Tabulka č. 35: Otázka č. 16 Kde jsi získal nejvíce informací o infekčních nemocech a o způsobech ochrany před nimi?.....	76
Tabulka č. 36: Upřesni, kde jinde	76
Tabulka č. 37: Otázka č. 17 Měli jste ve škole nějakou přednášku, akci nebo program na téma drogy?	77
Tabulka č. 38 Otázka č. 18 Pokud ano, probírali jste tam riziko infekčních nemocí spojených s užíváním drog?	77

Seznam grafů

Graf č. 1 Vývoj počtů onemocnění VHA v ČR od roku 1976 do roku 2011	32
Graf č. 2 Vývoj počtů hlášených onemocnění v ČR od roku 1976 do roku 2011	35
Graf č. 3 Celkové počty hlášených onemocnění syfilis - všechny formy v ČR a z toho počty onemocnění u IUD, od roku 2001	47
Graf č. 4 Trend v počtech hlášených onemocnění VHC chronické v Jihočeském kraji v letech 2002 – 2011	51
Graf č. 5 Trend v počtech hlášených onemocnění VHC chronické v ČR v letech 2002 – 2011	51

Graf č. 6 Průměrné počty klientů L/K center za roky 2009 - 2011 podle věku prvního injekčního užití drogy	60
Graf č. 7 Co nejvíce hrozí lidem, kteří užívají drogy?	75

Přílohy:

Příloha č. 1 Dotazník

Příloha č. 2 Informační materiál na téma infekční nemoci určený pro děti 8. a 9. tříd ZŠ

Dotazník

Tento dotazník slouží jako podklad pro průzkum znalostí o infekčních nemocech a způsobech, jak se před nimi chránit.

Prosím nespěchej a dotazník pečlivě vyplň.

Dotazník je anonymní, nepiš na něj své jméno. Nejde o hodnocení jednotlivců, údaje budou zpracovány hromadně a prezentovány budou pouze celkové výsledky.

Zvolenou odpověď označ zakřížkováním příslušného políčka X. Pokud chceš svoji původní odpověď změnit, zakřížkuj nové políčko a dej jej do kroužku.

Přečti si pozorně pokyny u jednotlivých otázek.

1. Jsi chlapec nebo dívka?

chlapec

dívka

2. Kolik ti je let?

14

15

16



Přečti si následující tvrzení a zaškrtni, které z nich jsou pravdivé a které nepravdivé:

	pravdivé	nepravdivé
3. Infekční onemocnění jsou přenosná z člověka na člověka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Člověk, který nemá žádné příznaky infekčního onemocnění, není nakažlivý pro okolní osoby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Největším rizikem pro přenos infekčního onemocnění mezi uživateli drog je sdílení společných jehel a stříkaček	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Rozdíl mezi bakterií a virem je mimo jiné ten, že: bakterie nejsou přenosné z člověka na člověka, viry ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Infekce někdy probíhají bez zjevných příznaků	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

U následující otázky označ NESPRÁVNOU odpověď:

8. Přenos infekčního onemocnění je možný

- pohlavním stykem
- vzduchem
- potravinami
- infikovanými injekčními jehlami
- pouze přímým kontaktem s nemocným člověkem
- hmyzem

V následujících otázkách označ všechny možnosti, které jsou podle tebe správné:

9. Virus HIV se může přenést

- pohlavním stykem mezi osobami stejného pohlaví
- při aplikaci drogy do žíly
- podáním ruky
- vzduchem
- pohlavním stykem mezi osobami různého pohlaví
- v bazénu
- při sdílení zubních kartáčků
- při tetování

10. Která z těchto onemocnění se přenáší pohlavním stykem?

- některé druhy virových hepatitid (žloutenek)
- HIV/AIDS
- syfilis
- salmonelóza



11. Virová hepatitida C (žloutenka C)

- je lehké onemocnění, které po krátké době samo odezní
- je závažné onemocnění, při správné léčbě antibiotiky se vyléčí bez následků
- závažné onemocnění, které má za následek vážné poškození jater

12. Proti nákaze virovou hepatitidou C se lze chránit

- důslednou hygienou, mytím rukou
- důkladnou tepelnou úpravou potravin
- dodržováním pravidel bezpečného sexu
- vyhýbat se vzniku viru hepatitidy C do krve při nehygienické aplikaci piercingu, tetování, příp. aplikaci drog do žil
- očkovaním

13. Odhadni kolik nových případů HIV pozitivních osob přibylo v České republice v loňském roce?

- 15-20 100-200 1000-2000

14. Jaká onemocnění se nejčastěji přenáší mezi uživateli drog (uved' alespoň jedno):

.....

15. V této otázce se nehodnotí správnost odpovědí, jde pouze o tvůj názor. Co podle tebe nejvíce hrozí lidem, kteří užívají drogy? Vyber 3 možnosti, které považuješ za nejvýznamnější:

- vznik závislosti
- poškození zdraví účinkem drogy
- nehoda nebo úraz
- chování, jehož by jsi druhý den litoval/a
- potíže ve škole
- problémy s rodiči
- vznik infekčního onemocnění v důsledku aplikace drogy
- vznik infekčního onemocnění v důsledku hůře kontrolovaného chování

16. Kde jsi získal nejvíce informací o infekčních nemocech a o způsobech ochrany před nimi? Zapiš do rámečku u jednotlivých zdrojů počet bodů od 0 do 5 podle toho, kolik informací jsi z daného zdroje získal (čím více bodů, tím více kvalitních informací)

z časopisu

ve škole

na internetu

od kamarádů

od rodičů

jinde

kde jinde.....

17. Měli jste ve škole nějakou přednášku, akci nebo program na téma drogy?

Ano

Ne

18. Pokud ano, probírali jste tam riziko infekčních nemocí spojených s užíváním drog:

Ano

Ne

Děkuji za poskytnuté odpovědi.

Infekční nemoci

Všichni je známe, jsou běžnou součástí našeho života. Chřipka, rýma neštovice – nepříjemné, ale nevadí, to přejde.

Existují ale infekční nemoci, které mohou změnit celý život – způsobují závažné postižení nebo smrt. Ne na všechny totiž účinkují antibiotika a léčba některých infekcí je dlouhodobá, komplikovaná nebo účinná léčba zcela chybí.

Infekční onemocnění vznikne, když do organismu pronikne původce infekce (například virus nebo bakterie).

Přenos původce z nemocného člověka je možný různými způsoby. Například rýma se přenáší vzduchem, salmonelóza potravinami, žloutenka typu A „špinavýma rukama“. U některých infekcí je nutný přímý kontakt, to znamená dotek kůže nebo sliznic. Jde například o nákazy přenosné pohlavním stykem, jako je syfilis, HIV nebo kapavka. Jiné se přenášejí krevní cestou a bývají častými infekcemi u injekčních uživatelů drog – použitím stejné jehly, stříkačky nebo dalších pomůcek pro aplikaci drogy, kterou předtím použil nakažený člověk.

? Víte, že: **člověk, který je infekční, to znamená, že vylučuje původce infekčního onemocnění, nemusí mít žádné viditelné příznaky – nikdo nepozná, že je zdrojem infekce! Takovému člověku se odborně říká „nosič původce onemocnění“.**

Několik podrobností o některých nemocech a hlavních způsobech jejich přenosu:

Virová hepatitida (žloutenka) C

Slovo hepatitida znamená zánět jater, který u typu C mívá dlouhodobý nebo celoživotní průběh a může způsobit i smrt v důsledku selhání jater. Právě infekce žloutenkou C probíhá často a dlouho bez příznaků.

? Víte, že: **proti tomuto typu hepatitidy neexistuje očkovací látka?**

Přenáší se krví infikovaného člověka, nejčastěji při injekční aplikaci drog – pokud člověk použije jehlu, stříkačku nebo jiné náčiní (lžíci, vodu na propláchnutí), které předtím použil člověk s hepatidou C, pravděpodobně se nakazí. Tato hepatitida je mezi injekčními uživateli drog velmi častá.



Riziko přenosu hrozí i při sexuálním styku, zejména při častém střídání partnerů. Přenos je možný prostřednictvím nesterilních nástrojů používaných k tetování či propichování těla, dokonce i zubním kartáčkem nebo holicím strojkem.

Virová hepatitida (žloutenka) B

I toto onemocnění může způsobit vážné poškození jater s trvalými následky nebo smrtí.



Víte, že: původce žloutenky typu B je stokrát nakažlivější než virus HIV?

Přenos je podobný jako u virové hepatitidy C. Také nosičství (pro zopakování – nosičství znamená, že člověk je infekční, i když nemá žádné příznaky onemocnění) je u této hepatitidy časté. Naštěstí proti této nemoci existuje očkování a u nás je povinné – očkují se miminka a děti ve věku 12 let.

Virová hepatitida (žloutenka) A

Tento typ žloutenky se od předcházejících liší – probíhá mírněji a bez závažných komplikací (ale i tak je léčba dlouhodobá a nepříjemná je hlavně dieta, kterou musí člověk dodržovat).

Také přenos je jiný – říká se jí nemoc špinavých rukou – je tedy jasné, že nejlepší způsob ochrany je důkladné mytí rukou, zejména po použití WC. Virus hepatitidy A totiž nemocný člověk vylučují stolicí. Očkování je možné, ale není povinné a musí se hradit.

Víte že: uvedené druhy hepatitid jsou způsobené viry, takže na jejich léčbu nelze použít antibiotika? Ty proti virům nejsou účinná. Léčba speciálními preparáty je sice možná, ale je dlouhodobá, ne ve všech případech účinná.

HIV

HIV je virus, který v organismu postupně ničí imunitní systém. V důsledku toho se ve fázi rozvinutého onemocnění AIDS organismus nedokáže ubránit ani běžným infekčním onemocněním. Důležité je, že rozvoj onemocnění u nakaženého člověka trvá řadu let. Takový člověk žije dlouhá léta bez jakýchkoli příznaků nemoci a nemusí ani vědět o tom, že je infikován, přesto je nakažlivý pro osoby v okolí – ovšem jen při rizikovém kontaktu. Tím je především sexuální styk. Přenos je možný i krevní cestou, například při sdílení injekčních jehel, stříkaček a dalších pomůcek pro injekční aplikaci drog.

I zde je třeba připomenout: zubní kartáček a žiletka se nepůjčuje!

Pokud tě zajímají podrobnější informace, můžeš kontaktovat Krajskou hygienickou stanici – protiepidemický odbor.