

# **Analýza rizikového chování uživatelů drog**

Kamila Adamovská, DiS.

---

Bakalářská práce  
2012

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav pedagogických věd  
akademický rok: 2011/2012

## **ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Kamila ADAMOVSÁ, DiS.**  
Osobní číslo: **H080160**  
Studijní program: **B 7507 Specializace v pedagogice**  
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Analýza rizikového chování uživatelů drog**

Zásady pro vypracování:

**Analýza literárních pramenů a zpracování teoretických východisek**  
**Příprava výzkumu, výběr a charakteristika výzkumného souboru**  
**Provedení výzkumu**  
**Zpracování a vyhodnocení výsledků výzkumu**  
**Přijetí odpovídajících závěrů**  
**Doporučení pro praxi**

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

KALINA, K. a kol. Drogy a drogové závislosti 1. 1.vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 78-82. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, K. a kol. Drogy a drogové závislosti 2. 1.vydání. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 165-171. ISBN 80-86734-05-6.

NESPOR, K. Vaše děti a návykové látky. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 160 s. ISBN 80-7178-515-6.

NESPOR, K., CSÉMY, L. Průchozí drogy. 1. vyd. Praha: Fortuna, 2002. 28 s. ISBN 80-7071-198-1.

ŘEZÁČ, J. Sociální psychologie. 1.vyd. Brno: Paido, 1998. 268 s. ISBN 80-85931-48-6.

VÝROČNÍ ZPRÁVA O STAVU VE VĚCECH DROG V ČESKÉ REPUBLICE V ROCE 2009. Praha : Úřad vlády České republiky, 2010. 153 s. ISBN 978-807440-034-6.

ZÁBRANSKÝ, T. Drogová epidemiologie 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. 95 s. ISBN 80-244-0709-4.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Jan Zahradník**

Datum zadání bakalářské práce: **22. listopadu 2011**

Termín odevzdání bakalářské práce: **4. května 2012**

Ve Zlíně dne 12. ledna 2012



doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.  
děkanka



  
Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.  
ředitel ústavu

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně ..... 20.4.2012

.....  
K. Adámek

<sup>1)</sup> zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací

<sup>2)</sup> Vyšší škola nevydělává zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledků obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vyšší školy

(2) Ústavní, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být již nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném veřejným předporem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3;

(7) Do práva autorského také nezahrnuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, utvořené nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu, k výuce nebo k vlastní potřebě díla vytvořené zákonným nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školské dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 25 odst.

3). Oupřávně-li autor takového díla odlišné užití bez náležité důvody, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybných projevů jeho vůle a tudy. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nadále.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdětku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložil, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; právo se přehléhá k výši výdětku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Práce se zabývá analýzou rizikového chování klientů kontaktního centra. Teoretická část obsahuje popis drogové problematiky v České republice a nástroje její protidrogové politiky. Dále jsou představeny kontaktní centra, jejich služby a způsoby vedení evidence těchto zařízení. Výzkumná část této práce se věnuje analýze rizikového chování konkrétních uživatelů drog reprezentovaných klienty Kontaktního centra PLUS. Údaje byly zpracovány ze vstupních dotazníků, které jsou s klienty tohoto centra každoročně vyplňovány. Hlavním cílem analýzy bylo identifikovat základní charakteristiky respondentů a vysledovat souvislosti mezi úrovní jejich rizikového chování a proměnnými jako je věk, pohlaví, délka kontaktu se zařízením, absolvování testů na HIV či hepatitidu a zkušenosti s léčbou závislosti. Výsledky budou dále využity jako podklady pro plánování nových či zhodnocení efektivnosti stávajících služeb Kontaktního centra PLUS.

Klíčová slova:

Harm reduction, uživatel drog, kontaktní centrum, in-come dotazník, rizikové chování

## **ABSTRACT**

The theses deals with analysing risky behavior of the contact centre clients. The description of drug problems in the Czech Republic and instruments of Czech anti-drug policy can be found in the theoretical part. Contact centers, their services and ways of register keeping of these facilities are introduced additionally. As for practical point of view, the attention has been paid to analysing risky behavior of concrete drug users represented with the clients of Contact centre PLUS. The data shown in the experimental part have been obtained from in-come questionnaires which are completed by the clients of Contact centre PLUS regularly each year. Identification of fundamental respondent features and monitoring links between level of risky behavior and factors like respondent age, gender, length of the centre contact, passing a HIV or hepatitis test and experience with addiction therapy were the main goals of the work. The analysis results will be used as a background for planning new or assessing current services of Contact centre PLUS.

Keywords:

Harm reduction, drug user, contact centre, in-come questionnaire, risky behavior

Ráda bych zde poděkovala Mgr. et Mgr. Janu Zahradníkovi za cenné rady a připomínky při zpracování této bakalářské práce. Rovněž děkuji pracovníkům Kontaktního centra Plus, kteří mi pomohli při výběru a třídění dokumentů potřebných pro moji analýzu dat.

## OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>10</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>12</b>
<b>1 PROBLEMATIKA NELEGÁLNÍCH DROG V ČR</b> .....	<b>13</b>
1.1 UŽÍVÁNÍ DROG V POPULACI .....	13
1.2 DOSTUPNOST, NABÍDKA A SPOTŘEBA DROG V ČR.....	14
1.2.1 Produkce, dostupnost a ceny drog na trhu.....	14
1.2.2 Spotřeba drog .....	16
1.2.3 Drogová kriminalita .....	16
1.3 PROBLÉMOVÉ UŽÍVÁNÍ DROG .....	16
1.3.1 Specifické skupiny problémových uživatelů.....	17
1.4 INFEKCE SPOJENÉ S UŽÍVÁNÍM DROG .....	18
1.4.1 HIV.....	18
1.4.2 Parenterální virové hepatitidy .....	19
1.5 ÚMRTNOST .....	20
<b>2 PROTIDROGOVÁ POLITIKA ČR</b> .....	<b>22</b>
2.1 HLAVNÍ ORGÁNY PROTIDROGOVÉ POLITIKY.....	22
2.2 NÁRODNÍ STRATEGIE PROTIDROGOVÉ POLITIKY .....	23
2.3 AKČNÍ PLÁN REALIZACE PROTIDROGOVÉ POLITIKY .....	24
2.4 PRÁVNÍ PŘEDPISY .....	24
<b>3 TERCIÁRNÍ PROTIDROGOVÁ PREVENCE</b> .....	<b>26</b>
3.1 TERCIÁRNÍ PREVENCE .....	26
3.2 HARM REDUCTION.....	26
3.2.1 Postupy HR .....	27
3.3 KONTAKTNÍ CENTRA A TERÉNNÍ PROGRAMY PRO UŽIVATELE DROG.....	27
3.3.1 Cílová skupina.....	28
3.3.2 Poskytované služby .....	28
<b>4 KONTAKTNÍ CENTRUM PLUS</b> .....	<b>31</b>
4.1 CHARAKTERISTIKA ZAŘÍZENÍ.....	31
4.1.1 Území působnost služeb.....	31
4.1.2 Drogová scéna .....	31
4.1.3 Principy poskytování služeb.....	32
4.2 SPECIFIKA POSKYTOVÁNÍ SLUŽEB .....	32
4.2.1 První kontakt .....	33
4.2.2 Úvodní zhodnocení stavu klienta .....	33
4.3 IN-COME DOTAZNÍK.....	35
4.3.1 Elektronické databáze FreeBase a Uniata .....	35



4.3.2	Formulář In-come dotazníku .....	36
<b>5</b>	<b>RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ A UŽÍVÁNÍ .....</b>	<b>38</b>
5.1	RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ .....	38
5.2	RIZIKA UŽÍVÁNÍ.....	38
5.3	ROZDĚLENÍ RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ .....	38
5.3.1	Chování při injekční aplikaci .....	39
5.3.2	Sexuální chování .....	40
5.3.3	Jiné způsoby rizikového chování .....	40
5.4	DALŠÍ RIZIKOVÉ FAKTORY SPOJENÉ S INJEKČNÍM UŽÍVÁNÍM .....	41
5.5	BEZPEČNÉ BRÁNÍ, BEZPEČNÝ SEX.....	41
<b>II</b>	<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>43</b>
<b>6</b>	<b>ZÁKLADNÍ INFORMACE O ANALÝZE.....</b>	<b>44</b>
6.1	CÍL VÝZKUMU .....	44
6.2	POUŽITÉ METODY .....	45
6.3	VÝBĚR VÝZKUMNÉHO VZORKU .....	45
6.4	METODY TRŽIDĚNÍ DAT .....	46
<b>7</b>	<b>VÝSLEDKY VÝZKUMU.....</b>	<b>47</b>
7.1	CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU.....	47
7.1.1	Věk .....	47
7.1.2	Vzdělání .....	48
7.1.3	Zaměstnanost.....	49
7.1.4	Bydlení .....	50
7.1.5	Společné soužití s osobami užívajícími drogy .....	51
7.1.6	Užívané drogy .....	51
7.1.7	Doba kontaktu s KC .....	52
7.1.8	Testování .....	53
7.1.9	Léčba závislosti .....	53
7.2	ANALÝZA RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ.....	54
7.2.1	Rizikového chování v minulosti a současnosti .....	55
7.2.2	Pohlaví a analýza rizikového chování.....	58
7.2.3	Věk a analýza rizikového chování.....	59
7.2.4	Délka kontaktu s zařízením a analýza rizikového chování .....	61
7.2.5	Testování na HIV a analýza rizikového chování.....	63
7.2.6	Testování na hepatitidy B, C a analýza rizikového chování .....	65
7.2.7	Léčba závislosti a analýza rizikového chování .....	66
7.3	NEJVÝZNAMNĚJŠÍ ZJIŠTĚNÍ ANALÝZY .....	68
7.3.1	Zjištění vztahující se k výzkumnému vzorku respondentů .....	68
7.3.2	Zjištění vztahující se k rizikovému chování respondentů .....	69
7.4	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	72
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>74</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>75</b>

<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK .....</b>	<b>78</b>
<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>79</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>80</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>81</b>

## ÚVOD

Užívání drog je závažným problémem společnosti, často s ním však jsou spojovány kliše nebo představy. Proto jsem se rozhodla jsem se prostřednictvím analýzy dokumentů jednoho z poskytovatelů drogových služeb potvrdit či vyvrátit informace o konkrétní skupině uživatelů drog pohybujících se ve stejné lokalitě a využívajících služeb. Kontaktní centra se zabývají terciární protidrogovou prevencí a jejich hlavní náplní je snižování rizik a minimalizace škod u uživatelů drog, které vznikají v souvislosti s jejich zneužíváním. Pracují nejčastěji s osobami, které nejsou motivované k abstinenci ani ke změně životního stylu. A právě míra rizikového chování, tedy chování, které zvyšuje negativní důsledky užívání drog, je předmětem této práce. Osm let jsem pracovala v jednom z těchto zařízení. Právě proto mne zajímaly informace o rizikovém chování klientů tohoto kontaktního centra – tedy Kontaktního centra Plus v Kroměříži. Zařízením jsou sice vykazovány statistická data, ale ta nesledují trendy týkající se rizikového chování. Sem patří především injekční aplikace, sdílení jehel, sdílení náčiní, předávkování a nechráněný sex.

Nejdříve chci obecně popsat situaci ve věcech nelegálních drog v celé České republice, dále uvést základní nástroje drogové politiky naší země a v neposlední řadě představit zařízení, která s nemotivovanými uživateli drog pracují. Vzhledem k zaměření analýzy na klienty pouze jednoho konkrétního kontaktního centra uvedu také údaje o specifických poskytovaných služeb a cílové skupiny v lokalitě, jež působí.

Cílem analýzy je identifikovat podstatné vlastnosti respondentů a vysledovat vztah mezi úrovní jejich rizikového chování a proměnnými jako je věk, pohlaví, délka kontaktu se zařízením, absolvování testů na HIV, hepatitidy B, C a zkušeností s léčbou závislosti a vůbec zjistit, jaké se vyskytuje.

Práce s cílovou skupinou uživatelů drog je specifická především tím, že základní podmínkou pro jakoukoliv úspěšnou intervenci je třeba navázat s těmito lidmi kontakt a získat jejich důvěru. U většiny uživatelů jde o pomalý proces, který může každý nátlak oddálit nebo ukončit. Pro zajištění většího pocitu bezpečí umožňují kontaktní centra anonymní formu kontaktu a snaží se práh dostupnosti služby co nejvíce přiblížit potřebám a možnostem cílové skupiny. Na druhou stranu však tato zařízení musí s uživateli služeb systematicky pracovat a vykazovat statistické výstupy o své činnosti. Je třeba uzavírat s klienty dohody o využívání služby, tvořit s nimi individuální plány pro spolu-

práci, získávat data potřebná pro statistické výstupy služby, či vyplňovat dotazníky pro různé výzkumy a studie.

Od roku 2004 využívalo Kontaktní centrum PLUS databázového programu FreeBase, jehož součástí je i dotazník In-come. Tento dokument se zabývá mapováním socioekonomické situace klienta, dále užíváním drog a sleduje i rizikové chování vzhledem k možnosti nákazy infekčními nemocemi jako jsou hepatitidy typu B, C a virus HIV. Slouží však především jako podklad pro anamnestický rozhovor, který je základem pro další práci s klientem, a jen jeho malá část je využívána ke sledování kvantitativních výstupů.

Vzhledem k tomu, že je po zařízení neustále požadováno stále více dat týkajících se i výkonů a statistických výstupů k cílové skupině uživatelů služby, rozhodla jsem se pokusit využít stávajících dokumentů jako zdroje pro nový pohled na interpretaci již získaných dat.

Existující data byla v širším rozsahu než je běžné pro závěrečné zprávy služby zpracována pouze jednou, kdy je použila dobrovolnice zařízení jako zdroj pro svoji absolventskou práci zabývající se socioekonomickým statutem klientů Kontaktního centra PLUS.

Výsledky budou dále využity jako podklady pro plánování nových či zhodnocení efektivnosti stávajících služeb Kontaktního centra PLUS.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 PROBLEMATIKA NELEGÁLNÍCH DROG V ČR

Fenomén drog není, jak by se mohlo zdát, problémem, který se u nás objevil až s otevřením hranic po Sametové revoluci. Už v období první republiky museli zákonodárci řešit nárůst užívání a expanzi ilegálního obchodu s nimi, již tenkrát se Československo stalo vzhledem ke své centrální poloze významnou tranzitní a cílovou zemí. Po komunistickém převratu sice došlo k uzavření hranic a ČSSR se dostala mimo zájem drogových mafií, ale drogy přes hranice přesto putovaly. V drtivé většině však šlo o tranzitní zásilky určené do třetích zemí. Příznačné pro tehdejší dobu bylo značné nadužívání alkoholu a později i léků. S tím souvisela absence komplexních opatření v oblasti nealkoholových drog. V období po roce 1989 se začíná přistupovat ke komplexnímu řešení protidrogové politiky a vznikají první vládní koncepce (Kiššová, 2009). Občané ČR se dlouhodobě vyznačují vysokou mírou tolerance k alkoholu a v po listopadovém období i k lehkým drogám. Typickým fenoménem naší drogové scény je samozásobitelství stimulační drogou pervitinem. (Výroční zpráva za rok 2011, Stav drogové problematiky v Evropě, 2011).

### 1.1 Užívání drog v populaci

V roce 2010 se uskutečnila dvě nezávislá šetření - Výzkum názorů a postojů občanů ČR k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života a studie Vybrané aspekty drogové problematiky z pohledu občanů. Spolu s dalšími výzkumy z posledních tří let ukazují, že lze užívání drog v obecné populaci v České republice považovat za stabilní.

Nejčastěji užívané nelegální drogy mezi dospělými jsou konopné látky (23 - 34 %), extáze (4 -10 %), užití jiných nelegálních drog uvedlo méně než 4 % dotázaných dospělých. Přičemž mladí dospělí ve věku 15 – 34 let vykazují vyšší míru prevalence.

V roce 2010 se začaly častěji objevovat tzv. legal highs. S těmito drogami podle výzkumu Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti (dále NMS) má v ČR zkušenost 4, 5 % mladých dospělých ve věku 15 – 34 let (6 % mužů a 3 % žen), podle evropské studie Eurobarometr jsou to 4 % z mladých Čechů ve věku 15 – 24 let (Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010, 2012).

V roce 2011 proběhl již pátý ročník Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách, který probíhá mezi šestnáctiletými. V roce 2011 pokračoval pokles zkušeností mládeže

s nelegálními drogami, včetně konopných látek. Nejčastější zkušenost byla uvedena s konopnými látkami (42,3 %), dále se objevilo zneužívání léků se sedativním účinkem (10,1 %), s čicháním rozpouštědel (7,8 %) a požitím halucinogenních hub (6,9 %). Dále studie uvádí, že zkušenost s LSD (5,1 %), extází (3,3 %) a amfetaminy (2,0 %) byla ve skupině šestnáctiletých méně častá. S heroinem a kokainem se studenti setkávali nejméně často (1,4 % a 1,1 %). Zároveň respondenti subjektivně vnímali nižší míru dostupnosti nelegálních drog, a to včetně konopných látek a souběžně i nárůstu subjektivně vnímaných rizik spojovaným s jejich užíváním (Csémy, Chomynová, 2012).

Další studie zaměřená na chování mladých lidí v souvislosti s užíváním drog Tanec a drogy, proběhla čtvrtým rokem a opět se věnovala rozsahu užívání legálních i nelegálních drog, v tomto případě však v prostředí noční zábavy. Mezi nelegálními drogami je v tomto prostředí stále nejčastěji užívaná marihuana, dalšími obvyklými drogami je extáze a halucinogenní houby, následuje pervitin, LSD a poppers (látka používaná k erotické stimulaci). Byly zjišťovány i zkušenosti s užíváním a nákupem nových syntetických drog. Mezi nimi byl nejčastěji zmiňován Mefedron, který alespoň jednou v životě užil 3,8 % respondentů, další syntetické drogy vyzkoušel výrazně menší podíl účastníků tohoto výzkumu. Mefedron je stimulační droga vyvolávající entaktogenní potřebu (potřebu tělesného dotyku), slangově zvaná mňau – mňau, od dubna 2011 uvedena na seznamu zakázaných látek. (Grohmannová, Grolmusová, Chomynová, 2012).

## **1.2 Dostupnost, nabídka a spotřeba drog v ČR**

Podle Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti nedochází v posledních letech k velkým výkyvům v dostupnosti či nabídce drog na české drogové scéně. Kromě výskytu nových syntetických drog v roce 2010 a 2011 se objevují jen drobné změny v trendech stávajících užívaných látek (Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010, 2012).

### **1.2.1 Produkce, dostupnost a ceny drog na trhu**

Ceny drog vycházejí z cen u konkrétních hlášených trestných činů, byla-li informace o ceně k dispozici. Ceny a čistota nejčastěji užívaných nelegálních drog jsou vesměs stabilní.

Cena marihuany se pohybuje mezi 200 – 250Kč, u hašiše je to 220 – 250 Kč za gram.. Z důvodu vyššího rizika okradení se pěstitelé více zaměřují na pěstování indoor. Uživatelé drogu získávají nejčastěji na polootevřeném trhu, tj. přes známé.

Pervitin je vyráběn převážně tuzemskými výrobci v malých domácích laboratořích. Časté je přemísťování, aby se snížilo riziko prozrazení, využívána jsou i místa jako malé vesnice, rekreační chatové oblasti. Téměř celá produkce směřuje na domácí trh, jen malá část je určena na vývoz. V posledních letech se začaly objevovat organizované skupiny osob z Vietnamu a Albánie, které se podílely na produkci této drogy ve vyšším objemu. Pervitin se vyrábí léků obsahujících pseudoefedrin, často je vzhledem ke kontrolovanému vydávání u nás dovážen a to především z Polska, Německa a Slovenska. Cena pervitinu se pohybuje v posledních letech v rozmezí 200 – 300 Kč za gram.

Heroin dosahuje čistoty mezi 5 a 10 % a je nejčastěji ředěn paracetamolem a kofeinem. Gram této drogy se dá pořídit za 1 000 – 1 300 Kč. Česká republika je pro tuto drogu částečně spotřebitelskou, ale především tranzitní zemí. Na černém trhu konkurují heroinu tablety substitučních přípravků Subutex a Subuxon.

Extáze se dováží zejména z Nizozemska, Polska a Slovenska. V posledních letech se poptávka po ní snižuje, cena se však již několik let drží 200 – 250 Kč.

Kokain se stal etablovanou drogou užívanou především v prostředí zábavy a nočního života, gram této drogy stojí kolem 2 000 Kč. V posledních letech byl pozorován trend zvyšující se oblíbenosti a dostupnosti této drogy u nás. K pašování kurýři využívají tělní dutiny (tzv. polykači) a pochází většinou z Jižní Ameriky, distribucí se zabývají osoby původem ze západní Afriky, dále Albánci, Rumuni a Bulhaři (Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010, 2012).

Od roku 2010 je v ČR patrný výskyt nových látek s podobnými účinky jako tradiční drogy, ale vymykající se mezinárodnímu i národnímu systému kontroly OPL. Tyto drogy (nazývané designer drugs) jsou k nám importovány především z Asie (nejčastěji z Číny). Prodej probíhá prostřednictvím internetu a ve větších městech byly tyto drogy nabízeny i v kamenných obchodech. Aby se vyhnuli zákonným podmínkám, vydávali prodejci nové syntetické drogy za sběratelské nebo dárkové předměty. V dubnu 2011 se díky legislativní úpravě zákona č. 167/1998 Sb. o návykových látkách podařilo tento trend zastavit (Grohmannová, Grolmusová, Chomynová, 2012).



### 1.2.2 Spotřeba drog

Nejaktuálnější data o spotřebě drog v ČR pocházejí z roku 2008, podle nich se spotřebovalo téměř 19 tun konopných drog, 4,7 mil. tablet extáze, 1 mil. kusů LSD. Dovezeno bylo 550 kg kokainu, vyrobeny 4,2 tuny pervitinu, heroin se do ČR dovezl v množství 330 kg. Od roku 2005 roste obsah THC v indoorově pěstované marihuaně. Nejčastěji ji ve velkém produkují osoby vietnamské národnosti a část jejich produkce jde i do zemí západní Evropy (Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010, 2012).

### 1.2.3 Drogová kriminalita

Pro drogové trestné činy bylo v ČR v roce 2010 stíháno téměř 2,5 tis. osob, z nich bylo 2,2 tis. obžalovaných (to odpovídá podílu 90 % stíhaných). Rozsudek byl vynesen nad 1,7 tis. z nich, přičemž nejčastější trestné činy se týkaly výroby, pašování a prodeje drog a nejčastěji souvisely s pervitinem a konopnými látkami (Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010, 2012).

Za drogové trestné činy byly v roce 2010 uloženy převážně podmíněné tresty, u nepodmíněných se délka trvání pohybovala v rozpětí od 1 do 4 let.

Nejčastější trestné činy spáchané pod vlivem nelegálních drog patřily ohrožování pod vlivem návykové látky, maření výkonu úředního rozhodnutí, krádeže, vloupání a nedovolená výroba omamných a psychotropních látek (dále OPL).

V roce 2010 bylo řešeno 1021 přestupků na příslušných obecních úřadech, v 94 % případech šlo o držení drog a v 6 % se přestupky týkaly pěstování rostlin obsahujících OPL (Grohmannová, Grolmusová, Chomynová, 2012)..

## 1.3 Problémové užívání drog

Problémové užívání drog zahrnuje podle definice Evropského monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti (dále EMCDDA) „jako injekční užívání drog a/nebo dlouhodobé či pravidelné užívání opioidů, kokainu a/nebo amfetaminu“ (Výroční zpráva za rok 2011 Stav drogové problematiky v Evropě, 2012 s. 76).

Protože výskyt užívání kokainu je v ČR na velmi nízké úrovni, není u nás tato droga do prováděných odhadů zahrnována. Ze skupiny amfetaminů je proto pouze odhadován

počet uživatelů metamfetaminu (pervitinu). Heroin a Subutex jsou nejčasněji užívanými opiáty u nás. Ze stejného důvodu jako kokain nejsou v skupině opiátů zvláště sledovány další drogy tohoto typu a jsou pouze zahrnuty v celkovém počtu.

Podle odhadů, využívajících data o klientech z nízkoprahových programů, činí počet problémových uživatelů drog v ČR 39, 2 tis. osob.

V roce 2010 vzrostl podíl uživatelů pervitinu na 28,2 tis., v případě uživatelů opiátů byl naopak zaznamenán pokles a činil tak 11 tis. osob.

Počet injekčních uživatelů se v posledních letech také zvýšil a to na 37,2 tis..

Nejvyšší počty problémových uživatelů se zároveň největším podílem uživatelů opiátů vykazuje tradičně Praha a Ústecký kraj. Zde je typické také rozšíření zneužívání Subutexu (Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010, 2012).

Subutex je lék s obsahem buprenorfinu, který je předepisován nejen ve specializovaných centrech a lékaři adiktology, ale i běžnými lékaři. Léčba Subutexem i Suboxonem (novější varianta Subutexu) není evidována v Registru substituční léčby. Dalším preparátem substituční léčby na opiátech je také Metadon (Radimecký, Janíková, Zábranský, 2009). V substituční léčbě bylo v roce 2010 zařazeno 2113 osob (Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010, 2012).

### **1.3.1 Specifické skupiny problémových uživatelů**

V roce 2010 proběhla poprvé studie zabývající se užíváním návykových látek mezi vězni ve výkonu trestu odnětí svobody v ČR. Studie zmapovala, že vězeňská populace vykazuje výrazně vyšší celoživotní prevalenci v užívání heroínu, pervitinu a kokainu ve srovnání s obecnou populací. Zkušenosti s užíváním drog ve věznici udala víc než čtvrtina dotázaných (26, 2 %) , nejčastěji šlo o konopné látky (14,5 %), alkohol (14,3 %), pervitin (12,5 %) a tlumivé léky bez předpisu (11,6 %). Injekční aplikaci během pobytu ve vězení udalo 8,4 % a sdílení jehel či stříkaček 6,6 %. Studie odhaduje, že mezi vězni je přibližně 20 – 50krát vyšší prevalence, než je prevalence problémových uživatelů drog v obecné populaci (přibližně 0,5 %) (Kiššová, Mravčík, Horáková, Pešek, Koňák, 2011).

Další specifickou skupinou problémových uživatelů jsou cizinci, zvláště pak ti, co pocházejí ze zemí s vysokou prevalence u uživatelů drog infekčním nemocemi. Studie uskutečněná v Praze v roce 2008 mezi ruskojazyčnými uživateli drog prokázala, že ruskojazyční injekční uživatelé drog na drogové scéně hlavního města představují významné veřejnozdravotní riziko, jež může při absenci preventivních opatření způsobit dramatické zhoršení epidemie HIV/AIDS a krví či pohlavním stykem přenosných virových zánětů jater v ČR. Studie prokázala rizikové chování při sdílení parafenálií a především vysoce rizikové sexuální chování této skupiny uživatelů. Přičemž téměř čtvrtina respondentů uvedla zapojení do komerčního sexu a žádné či jen velmi výjimečné používání bariérové ochrany (Zábranský, Janíková, 2008).

## **1.4 Infekce spojené s užíváním drog**

V České republice dlouhodobě přetrvává relativně příznivá situace co do krevně přenosných infekcí a to jak v obecné populaci (všichni obyvatelé), tak mezi injekčními uživateli nealkoholových nelegálních drog..

### **1.4.1 HIV**

V roce 2011 bylo v ČR evidováno 1422 osob nakaženým virem HIV. Z toho činilo 153 nových případů, z nichž 33 % tvořili cizinci. Ti pocházeli nejčastěji z Ukrajiny, dále ze Slovenska, Spojeného království a i jiných zemí mimo i v ně EU. Z osob s českou státní příslušností uváděla polovina jako své obvyklé bydliště Prahu. Mezi nově infikovanými bylo 139 mužů (90,8 %) a 14 (9,2 %) žen.

Přenos sexuální cestou je v ČR stále nejčastější, v roce 2011 tvořil 86,9 % ze všech případů. Prostřednictvím injekčního užívání drog se nakazilo 7 osob (stejný počet byl uváděn i a rok 2010) , přičemž z celkového počtu infikovaných nebyl u 12 osob možný způsob přenosu zjistit (nedostavily se do AIDS centra) (Němeček, 2012). Výroční zpráva ve věcech drog za rok 2010 uvádí, že do tohoto roku činil počet injekčních uživatelů drog (IUD), jež se nakazily virem HIV 70 osob, dalších 27 bylo ve smíšené kategorii zahrnující injekční užívání drog a homo/bisexuální pohlavní styk. Injekční aplikace je tedy i nadále minoritním způsobem infikace virem HIV v ČR (2011). Výrazně roste počet osob žijících s HIV/AIDS, v současné době dostává antiretrovirovou terapii 930 osob HIV pozitivních či nemocných s AIDS. Z tohoto důvodu se značně zvyšují náklady na

léčbu i pracovníky klinických pracovišť – AIDS center. Počet nových případů HIV v Evropě stoupá, v tomto regionu bylo v roce 2010 zjištěno přes 27 tis. nových případů HIV (o 4 % více než v roce 2009). V zemích Evropské unie a evropské ekonomické oblasti (EU/EEA) se HIV nejčastěji přenáší, stejně jako v ČR, především mezi muži majícími sex s muži a také heterosexuálními přenosy. V evropských zemích stojících mimo EU/EEA bylo v roce 2010 zjištěno více než 91 tis. nových případů HIV. Vedoucí Národní referenční laboratoře pro AIDS ve zprávě o trendech vývoje a výskytu HIV/AIDS v ČR v roce 2011 uvádí: „V těchto oblastech, zejména v zemích s generalizovanou epidemií HIV/AIDS jako Ukrajina či Rusko, dominuje přenos prostřednictvím injekčního užívání drog a prostřednictvím heterosexuálního styku“ (Němeček, 2011, s. 2).

Infekce HIV může být dlouhou dobu asymptomatická, z tohoto důvodu mnoho nakažených osob o svém zdravotním postižení neví. Němeček v Tiskové zprávě Národní referenční laboratoře pro AIDS také upozorňuje, že odhady Evropského střediska pro prevenci a kontrolu nemocí předpokládají podíl těchto osob jako 30 % ze všech infikovaných. Proto přikládá velký význam pro prevenci i péči o nemocné testování na virus HIV (2011).

Na rozdíl od zemí na východ od slovenských a na západ od českých hranic v ČR nehraje přenos přes injekční užívání prozatím významnou roli. To lze přičíst několika faktorům, za prvé to je zřejmě výhodná kombinace nízké promořenosti rizikových skupin v období komercializace injekčního užívání, dále přílivu cizinců a příchodu heroinu na českou drogovou scénu, což zvýšilo riziko šíření krevně přenosných infekcí a téměř souběžnému zavedení opatření harm reduction, zejména výměny jehel ve stejném období (Zábranský, Janíková, 2008).

#### **1.4.2 Parenterální virové hepatitidy**

Parenterální virové záněty jater, tj. ty hepatitidy, jejichž cestou nákazy je stejně jako u viru HIV krevní nebo pohlavní přenos, jsou v rámci drogové populace u nás velmi závažným problémem. V obecné populaci je uváděn výskyt hepatitidy typu C (VHC) kolem 0,2 % (Hejda, 2006). Zábranský (2003) uvádí, že ve skupině osob injekčně užívajících drogy je VHC nejčastější krví přenosnou infekcí. Proto také bývá často označována jako „hepatitida uživatelů drog“.

Počet nově hlášených případů VHC u injekčních uživatelů v ČR poslední roky však klesá. Prevalence se u uživatelů drog stále pohybuje vysoko, a to kolem 20 % u uživatelů v nízkoprahových programech, do 40 % ve věznicích a až 70 % u osob v substituční léčbě (Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010, 2012). Ve srovnání s Evropou (50 %), nebo zvláště se státy bývalé SSSR (uvádí se až 90 %) je promořenost populace injekčních uživatelů v naší republice stále výrazně nižší (Výroční zpráva za rok 2011, Stav drogové problematiky v Evropě, 2011). Důvody pro to jsou pravděpodobně shodné s příčinami, které ovlivnily zatím poměrně nízký výskyt viru HIV v české populaci.

Virus způsobující hepatitidu typu C je proti viru HIV odolnější, dá se proto říct, že je více infekční, a proto je jím nakaženo mnohonásobně více osob než virem HIV (Hejda, 2006). Tímto tvrzením však nelze zlehčovat závažnost viru HIV. Naopak jde na tomto případě dokázat, jak se řada séropozitivních nálezů zvyšuje. Toto tvrzení potvrzují výsledky studie prováděné mezi klienty nízkoprahových zařízení v letech 2002 – 2005, zabývající se výskytem VHC mezi injekčními uživateli drog. Mezi výsledky studie patří i zjištění, které uvádí, že mimo oblast individuálních behaviorálních rizik jsou významné i faktory prostředí jako je lokální epidemiologická situace ve výskytu VHC (Mravčík, Petrošová, Zábranský, Řehák, Coufalová, 2009).

Virová hepatitida typu B (VHB) je rozšířena v Evropě mezi 0,1 – 0,2 % populace, v ČR je uváděno kolem 0,1 % nakažených. Cesty přenosu tohoto virového onemocnění jsou shodné s cestami u viru HIV a VHC. Nejčastější cestou přenosu je u této hepatitidy nechráněný pohlavní styk. Výskyt VHB u injekčních uživatelů zatím nebyl v ČR žádným výzkumem specializovaným na tuto populaci uskutečněn.

U nově hlášených případů VHB došlo v roce 2010 k mírnému nárůstu (Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010, 2012).

## 1.5 Úmrtnost

Výroční zpráva ve věcech drog a drogových závislostí uvádí v roce 2010 nárůst smrtelných předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami, oddělení soudního lékařství identifikovalo 55 takových případů. U 16 případů bylo zjištěno smrtelné předávkování těkavými látkami, 19 případů tvořilo předávkování opioidy, 18 pervitinem a poprvé byla zjištěna 2 smrtelná předávkování fentanylem, jež byl obsažen v jednom případě

v extázi a v druhém v její náhražce. Nárůst byl také zaznamenán u úmrtí z jiných příčin než předávkování, zejména v důsledku nehod a sebevražd s nálezem pervitinu či jiných drog. Obecný registr morality v ČR uvádí výskyt smrtelných předávkování v posledních letech mezi 30 a 70 případy ročně. Výskyt předávkování benzodiazepiny vychází mezi 50 – 80 případy, u předávkování alkoholem zde vychází téměř desetinásobný počet úmrtí.

Meziročně stále narůstají nehody způsobené pod vlivem nealkoholových drog i počet zemřelých zaviněných těmito nehodami. Policejní data uvádějící počty těchto nehod, ale vycházejí ve srovnání s daty soudních lékařství jako podhodnocená (Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010, 2012).

## **2 PROTIDROGOVÁ POLITIKA ČR**

Protidrogová politika je na mezinárodní, národní, krajské a místní úrovni uskutečňovaný soubor preventivních, vzdělávacích, léčebných, sociálních, regulačních, kontrolních a dalších opatření včetně vymáhání práva. Jejich cílem je snížení užívání drog a potenciálních škod a rizik, které mohou jak jednotlivcům, tak celé společnosti v důsledku užívání drog nastat.

Současná česká protidrogová politika je vybudována na principech tzv. středního proudu drogových politik. Je postavena na pragmatickém a racionálním přístupu a stanovuje si realistické a dosažitelné cíle, nikoli „společnost bez drog“ (Kiššová, 2009).

### **2.1 Hlavní orgány protidrogové politiky**

Za tvorbu a naplňování národní protidrogové politiky nese odpovědnost vláda ČR, jejímž hlavním poradním orgánem je Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (dále RVKPP). Projednává a předkládá vládě základní dokumenty protidrogové politiky. Dále je také koordinačním a iniciačním orgánem v hlavních otázkách protidrogové politiky. K praktickému zajišťování uvedených činností má RVKPP k dispozici Sekretariát RVKPP, jehož součástí je Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. To zajišťuje koordinaci sběru, analýzu a distribuci dat o užívání drog, o jeho dopadech a o realizovaných opatřeních protidrogové politiky. Monitorovací středisko je také českým národním partnerem decentralizované agentury Evropské unie pro monitorování drog – Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost s cílem monitorovat situaci v oblasti psychotropních látek (Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 -2018, 2011).

Za plánování a realizaci protidrogové politiky na lokální úrovni zodpovídají místní samosprávy, které na úrovni krajských úřadů mají vytvořené pozice krajských protidrogových koordinátorů. Ti „vyhodnocují provedená opatření i jejich dopad na vývoj užívání drog na území daného regionu a podílejí se na aktualizaci realizovaných opatření protidrogové politiky na základě potřeb ineditifikovaných ve spolupráci s centrálními institucemi (Kiššová, 2009).

Mezi základní dokumenty protidrogové politiky patří:

Národní strategie protidrogové politiky na období

Akční plán realizace národní strategie protidrogové politiky

## 2.2 Národní strategie protidrogové politiky

Úkolem Národní strategie protidrogové politiky je sloužit jako průvodce ukazující směr pro jednotlivé subjekty v aktivní protidrogové politice a definovat její východiska a principy podstatné pro řešení problematiky návykových látek. (Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 – 2018, 2011)

Přístupy k řešení problému užívání drog jsou postaveny na komplexním, výzkumem podloženém a vyváženém uplatňování tří základních strategií/přístupů moderní protidrogové politiky, které jsou vzájemně nezastupitelné a doplňují se. Těmito přístupy jsou:

- snižování nabídky drog (kontrola prodeje a distribuce legálních a potlačování nezákonné výroby a distribuce nelegálních drog),
- snižování poptávky po drogách (primární prevence, léčba a sociální začleňování uživatelů),
- snižování rizik spojených s jejich užíváním.

Protidrogovou politiku ČR proto budou v kontextu těchto přístupů i nadále tvořit čtyři základní pilíře:

- Primární prevence – aktivity zaměřené na předcházení užívání drog, popř. oddálení první zkušenosti s drogou do vyššího věku.
- Léčba a resocializace – spektrum služeb léčby k abstinenci dostupných pro uživatele drog, kteří se svobodně rozhodli pro život bez jejich užívání.
- Harm-reduction – aktivity snižování možných zdravotních a sociálních rizik a dopadu užívání drog na uživatele v daný čas nerozhodnuté pro život bez drog a na společnost.



- Snižování dostupnosti drog – soubor zákonných opatření a aktivit vymáhání práva k potlačování nabídky drog (Kiššová, 2009).

### **2.3 Akční plán realizace protidrogové politiky**

Na strategii navazují tříleté akční plány, aktuální na roky 2010 – 2012 definuje čtyři priority:

- snížení vysoké míry užívání zejména konopí a dalších legálních a nelegálních drog,
- aplikace specifických opatření směrem k redukcí problémového užívání opiátů a pervitinu,
- posílení protidrogové politiky v oblasti legálních drog
- rozvíjení a celkové zefektivnění legislativních, finančních a koordinačních mechanismů protidrogové politiky (Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010, 2012).

### **2.4 Právní předpisy**

Zákony a související předpisy týkající se problematiky drog a drogových závislostí se dají rozčlenit do několika částí. Jsou to právní předpisy regulující tyto oblasti

zacházení s omamnými a psychotropními látkami (OPL)

mezinárodní úmluvy upravující zacházení s OPL

prevence a léčba škodlivého užívání drog a drogové závislosti

potlačování nedovolené nabídky drog

zahraniční legislativa ([www.drogy-info.cz](http://www.drogy-info.cz))

Od ledna 2010 začal platit nový trestní zákoník č. 40/2009 Sb. , který nahradil trestní zákon z roku 1961. V oblasti drogových trestných činů přinesl změnu v jejich diferenciaci podle zdravotních a společenských rizik tím, že rozlišuje konopné a ostatní drogy především v jejich výrobě a držení pro vlastní potřebu. Jde především o privilegovanou skutkovou podstatu trestného činu nedovolené pěstování rostlin s omamným nebo psy-

chotropním účinkem – které je mírněji trestné než výroba ostatních drog (Zeman, Gajdošíková, 2010).

V roce 2011 byla schválena novelizace zákona č. 167/1998Sb., o návykových látkách a došlo také doplnění jeho přílohy, které byly rozšířeny o 33 látek, především nových syntetických drog (Grohmannová, Grolmusová, Chomynová, 2012).

### 3 TERCIÁRNÍ PROTIDROGOVÁ PREVENCE

Kontaktní centra pro uživatele drog jsou zařízení terciární protidrogové prevence. Uplatňující princip harm reduction při práci s se svojí cílovou skupinou tj. uživateli nelegálních drog a jejich blízkými.

#### 3.1 Terciární prevence

Kalina (2001) vysvětluje terciární prevenci jako předcházení vážnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození z užívání drog.

Tento pojem zahrnuje:

- resocializaci či sociální rehabilitace u osob, které prošly léčbou vedoucí k abstinenci nebo se zapojily do substituční léčby a abstinují od nelegálních drog
- intervence u klientů, kteří aktuálně drogy užívají a nejsou rozhodnutí s užíváním skončit, souborně zvané Harm Reduction

#### 3.2 Harm reduction

Doslovný překlad termínu harm reduction zní „snižování škod“. Vzhledem k tomu, že se pojem vztahuje k drogové problematice, používá se více termínu minimalizace rizik.

Kalina (2003) uvádí, že Harm Reduction (HR) vznikl v osmdesátých letech minulého století jako reakce na vysoký nárůst HIV/AIDS. Jde o mezinárodně uznávaný přístup používaný v souvislosti s drogovou problematikou a to z toho důvodu, že je ekonomicky i veřejnozdravotně nejefektivnější strategií prevence šíření krevně přenosných virových onemocnění mezi injekčními uživateli drog a z této populace navenek.

Harm reduction lze popsat jako snižování či minimalizaci poškození drogami u osob, které v současnosti drogy užívají a nejsou motivovány k tomu, aby užívání zanechaly. HR se snaží minimalizovat či zmírnit riziko život a zdraví ohrožujících infekcí, jako je HIV/AIDS a parenterální hepatitidy, které se šíří sdílením injekčního náčiní při nitrožilní aplikaci drog a nechráněným pohlavním stykem. Mimo to usiluje také, aby u uživatelů drog docházelo co nejméně k dalším tělesným komplikacím, předávkování či k sociálnímu úpadku. (Kalina a kol., 2001).

### 3.2.1 Postupy HR

Mezi nejznámější postupy používané v HR patří výměna použitého injekčního náčiní za sterilní, poskytování informací (o možnostech léčby či jiné odborné pomoci), kontaktní poradenství a edukace o rizicích. Důležité je i zaměření na bezpečný sex včetně distribuce kondomů. Do oblasti HR patří také aplikační místnosti – tzv. šlehárny. Poradenství a edukace v rámci HR nezbytně zahrnuje i rady, návody a vysvětlení, jak drogu bezpečně aplikovat, jak používat a dezinfikovat náčiní apod.. Tištěné materiály, které tyto informace obsahují, jsou zcela specifické a jejich distribuce musí být omezena na okruh klientů, kterým jsou určeny. Dostanou-li se mimo tento okruh, např. do škol, vyvolávají senzací, pobouření a obviňování, že se touto cestou mládež navádí k braní drog. HR se provádí buď přímo v terénu (terénní programy, streetwork) nebo v nízkoprahových kontaktních centrech. Edukace zaměřená na snížení zdravotních rizik z užívání drog je rovněž pevnou součástí léčebných programů (Kalina a kol., 2001).

Přístup minimalizace poškození si neklade za cíl abstinenci klienta od drog. Nevylučuje tuto perspektivu, ale nepokládá za nutné a účelné její okamžité, prvořadé a výlučné prosazování. Akceptuje, že klient v dané době užívá drogy a nechce či nemůže přestat a snaží se zachovat klienta při životě a maximálně možném zdraví v bio-psycho-sociálním smyslu (Kalina, 2003).

Radimecký (2006) uvádí: „Snaha o minimalizaci zdravotních a sociálních rizik spojených s užíváním drog vychází z předpokladu, že vhodným přístupem je možné rizikům spojeným s užíváním drog zabránit nebo je alespoň výrazně redukovat. K nejvýznamnějším rizikům patří šíření hepatitid a dalších infekčních onemocnění včetně viru HIV způsobované jak používáním nesterilního náčiní při aplikaci drog, tak promiskuitním chováním uživatelů. Harm reduction má proto neoddiskutovatelné místo v systému péče o drogově závislé tam, kde selhávají jiné léčebné intervence.“ (www.adiktologie.cz)

### 3.3 Kontaktní centra a terénní programy pro uživatele drog

Síť služeb v oblasti snižování rizik užívání drog tvoří dle Výroční zprávy o stavu ve věcech drog za rok 2010 počet 96 zařízení. Podle odhadů Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti je v kontaktu s těmito zařízeními přibližně 70 % (v Praze až 80 %) z celkového počtu problémových uživatelů drog (Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010, 2012).

„Kontaktní centra jsou určena k včasné krizové intervenci, poradenství, zdravotní a sociální pomoci osobám s nízkou motivací k léčbě. Kudrle a Kalina (2001) uvádějí, že mají být zaměřena na uživatele, kteří akceptují pouze nízkoprahové terapeutické a poradenské aktivity“ (Kalina II, 2003, s.165).

Protože jde o sociální služby upravuje jejich činnost i některé podmínky poskytování služeb zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách. KC charakterizuje v § 59 jako nízkoprahová zařízení poskytující ambulantní eventuálně i terénní služby osobám ohroženým závislostí na návykových látkách. Cílem služby, jak uvádí zákon je snižování sociálních a zdravotních rizik spojených se užíváním drog.

Dalším závazným předpisem upravujícím působení a předpoklady provozování služeb kontaktních center jsou Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách. V Operačním manuálu Kontaktního centra Plus je o nich uvedeno, že:

- předepisují odbornou veřejností akceptovatelnou úroveň poskytované péče, která umožňuje dosáhnout maximální kvality a efektivity služby a je pro všechny poskytovatele služeb pro problémové uživatele závazná
- každá služba musí projít certifikací odborné způsobilosti služby, kdy získání certifikátu je podmínkou pro nárok na podání žádostí o dotace od některých donorů (RVKPP, MZ ČR, Zlínský kraj). Platný certifikát je podmínkou pro poskytování služby.

### **3.3.1 Cílová skupina**

Cílovou skupinou těchto zařízení jsou problémový uživatelé drog, experimentátoři a jejich blízcí, což jsou obvykle rodinní příslušníci, partneři či přátelé těchto osob (Kalina, 2003). V roce 2010 využilo služeb těchto programů 32 374 uživatelů drog, jejich průměrný věk činil 27,0 let a proběhlo s nimi 396 800 kontaktů (Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v roce 2010, 2012).

### **3.3.2 Poskytované služby**

Nejčastěji poskytovanými službami je výměna a distribuce injekčních stříkaček a parafenálií k aplikaci drog (tampóny na lokální desinfekci, filtry, sterilní vody, náplasti

apod.). V roce 2010 centra vyměnila celkem 234 900 injekčních jehel. Jako alternativu k injekčnímu užití nabízejí některá centra želatinové kapsle určené k perorální aplikaci drogy (za rok 2010 tuto službu vykázalo 30 programů, včetně Kontaktního centra Plus). Mezi další často využívané služby patří individuální poradenství, krizová intervence a provádění testů na vybrané infekce (Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v roce 2010, 2012).

Obecně se do spektra poskytovaných služeb dle Kudrleho a Kaliny zahrnuje :

- Kontaktní práce – navázání kontaktu s klientem, vytvoření vzájemné důvěry, zjištění základních problémů a potřeb. Je realizována v kontaktní místnosti nebo v terénu.
- Výměnný program – výměna injekčního náčiní, distribuce desinfekčních a dalších zdravotnických materiálů.
- Základní zdravotní péče – základní zdravotní ošetření, zajištění testování na hepatitidy a HIV.
- Základní poradenství – prohloubení navázaného kontaktu s klientem. Týká se zdravotního stavu klienta, zdravotních a sociálních rizik spojených s užíváním drog, minimalizací těchto rizik, dále informacemi o léčbě a zprostředkování léčby.
- Krátkodobá intervence – krizová intervence, jednorázová nebo krátkodobá práce s rodiči, partnerem či rodinou klienta.
- Strukturované poradenství – pomáhá klientům získat, udržet a posílit motivaci k dalšímu postupu v léčbě (k tzv. abstinenci).
- Sociální práce – pomoc při hledání zaměstnání, ubytování a vyřizování dokladů. Sociální asistenci při kontaktu s rodinou, úřady.
- Doplnkové služby – hygienický servis (praní prádla, sprchování), potravinový servis (polévka, pečivo, čaj apod.), vitaminový servis.
- služby harm reduction (výměnný program injekčního materiálu, informace o bezpečnějším způsobu užívání a bezpečnějším sexu)
- Testování infekčních chorob – test smí být proveden výhradně se souhlasem klienta a za dodržení všech hygienických norem.

(Kalina II, 2003, s.167).

Kontaktní centra nabízejí i tyto služby:

- chráněná práce /podporované zaměstnání
- individuální poradenství
- individuální poradenství pro rodiče a osoby blízké
- informační servis
- krizová intervence
- krizová intervence po telefonu a internetu
- orientační test z moči
- práce s rodinou
- sekundární výměnný program
- psychiatrické a psychologické vyšetření
- skupinová terapie a poradenství
- skupiny pro rodiče a blízké klientovi
- sociální práce
- somatické vyšetření
- telefonické, písemné a internetové poradenství
- úkony potřebné pro zajištění práce s klientem
- vstupní zhodnocení stavu klienta
- základní zdravotní ošetření
- zhodnocení stavu a potřebnosti drogové služby

(Seznam a definice výkonů drogových služeb, kolektiv autorů, 2006, s.12 )

## **4 KONTAKTNÍ CENTRUM PLUS**

Kontaktní centrum Plus vzniklo v roce 1999 a je jedním ze zařízení Oblastní charity Kroměříž. Jde o jediné nízkoprahové zařízení terciární protidrogové prevence, které poskytuje sociální a poradenské služby uživatelům nealkoholových drog a jejich blízkým na okrese Kroměříž .

### **4.1 Charakteristika zařízení**

KC Plus zastřešuje dva vzájemně propojené projekty Kontaktní a poradenské centrum PLUS a Terénní program PLUS. Přestože je okres Kroměříž druhým nejmenším svou rozlohou a má nejnižší počet obyvatel ve Zlínském kraji, jsou počty vyměněných stříkaček již několik let několikanásobně vyšší než v kontaktních centrech sousedících okresů Zlínského kraje (Výroční zpráva o realizaci protidrogové politiky Zlínského kraje za rok 2010).

Vysokou výměnu nepřikládám promořenosti okresu drogami, ale odvíjí se podle mého názoru především od dlouhé tradice fungování zařízení (červenec 1999), stability týmu, úzkým propojením terénu s kontaktním a poradenským centrem a v nemalé míře také i od strategického umístění sídla zařízení v centru města (Operační manuál Kontaktního centra Plus, 2012).

#### **4.1.1 Území působnost služeb**

Územní působnost se vztahuje na okresní město Kroměříž s cca 30tisíci obyvateli, které je obklopené malými a středními městy s počty obyvatel od 2 do 13tis. obyvatel a četnými vesnicemi (celkem cca 108tis. obyvatel) (Výroční zpráva o realizaci protidrogové politiky Zlínského kraje za rok 2010).

#### **4.1.2 Drogová scéna**

Drogová scéna se odlišuje od velkých měst tím, že tady není trh s heroinem a opiáty se zde užívají jen ve formě léků a v sezóně část uživatelů zneužívá pryskyřici z nezralých makovic. Tento trend je ale dlouhodobě na ústupu, již se neobjevují noví uživatelé opia a skupina sezónních uživatelů se ustálila. Celkově je pro město a především pro přilehlé obce typická skrytá drogová scéna, samozásobitelství - samovýroba pervitinu. Dostup-



nost surovin na výrobu je složitější, lékárny sice prodávají léky, které se zneužívají pro výrobu pervitinu, ale některé prodej monitorují nebo ho omezily.

Skupina uživatelů bezdomovců je poměrně dost úzká, přesto je pro veřejnost viditelná, (asi 5% z celkového počtu klientů). Většina lidí svoje užívání vzhledem k charakteru středních a menších města skrývá, a proto i na dlouhodobých uživatelích není často jejich „koníček“ dlouho znát (Závěrečná zpráva Kontaktního centra Plus za rok 2011, 2012).

### **4.1.3 Principy poskytování služeb**

KC Plus nepodporuje užívání drog, ale snaží se ochránit uživatele drog i osoby, které drogy neužívají před zdravotními a sociálními důsledky tohoto jevu. Nabízí pomoc a podporu uživatelům drog i jejich blízkým při řešení jejich životní situace s důrazem na jejich aktivní zapojení a společnou práci na změně.

Poskytuje své služby s ohledem na individuální potřeby klientů, anonymně, bezplatně a to tak, aby byly klientům co nejdostupnější. Pracovníci zachovávají nehodnotící přístup a respektují klientova rozhodnutí.

Zařízení se řídí těmito principy:

- Nízkoprahovost – co nejsnadnější dostupnost (neformální přijetí, příjemné prostředí, možnost přijít bez ohlášení, nezávaznost, možnost využít služeb, které si každý sám zvolí)
- Harm reduction - minimalizace rizik
- Anonymita – anonymní kontakty, záleží pouze na klientech, co sdělí
- Individuální přístup – přizpůsobení přístupu každému klientovi
- Nehodnotící přístup – neomlouvat, nelitovat, nesoudit (Operační manuál Kontaktního centra Plus, 2012)

## **4.2 Specifika poskytování služeb**

Přestože poskytování služeb kontaktních center a terénních programů pro uživatele drog upravuje jak zákon o sociálních službách, tak i standardy odborné způsobilosti protidrogových služeb, zpracovává si každé zařízení svůj konkrétní postup poskytování služeb,

který reflektuje potřeby konkrétní cílové skupiny, prostor poskytování služeb a jiná specifika. Jedním z těchto postupů je například navázání prvního kontaktu s uživatelem.

#### **4.2.1 První kontakt**

Základem je navázání kontaktu s klientem a získání jeho důvěry jako základního předpokladu poskytnutí dalších služeb a jejich efektivity. Na získání důvěry a udržení kontaktu s klientem se kontinuálně pracuje i při dalších setkáních.

Informace, které jsou při prvním kontaktu s klientem poskytovány, reflektují aktuální stav klienta, širší kontext situace a okolnosti a schopnost dané informace přijmout (akutní intoxikace, abstinenční příznaky, stihomam, akutní krize, počet dalších klientů v centru apod.). Poskytnutí všech informací o zařízení a službách ústní formou tedy nemusí být vždy součástí prvního kontaktu, tyto informace jsou mu však poskytnuty při nejbližší možné příležitosti. Klient však vždy dostává tyto informace v písemné podobě formou letáčků. V ideálním případě je součástí prvního kontaktu poskytnutí informací o nabízených službách zařízení a jejich formě, otevírací (provozní době), podmínkách a pravidlech poskytování služeb, právech klientů, pravidlech pro vyřizování stížností, vedení dokumentace.

Součástí prvního kontaktu jsou i informace o hlavních zásadách a principech fungování zařízení (anonymita, nízkoprahovost, Harm reduction), samozřejmě s ohledem na aktuální situaci klienta a počty klientů v daný čas v centru (Operační manuál Kontaktního centra Plus, 2012).

#### **4.2.2 Úvodní zhodnocení stavu klienta**

Úvodní zhodnocení stavu je prováděno na základě vizuálního posouzení chování, způsobu komunikace, fyzického a psychického stavu klienta, z něhož je odvozován další vhodný přístup. Klient je vhodným způsobem dotazován na případné somatické, psychiatrické či psychické komplikace, jejichž zjištění může být podstatnými informacemi pro vývoj a směřování další společné práce.

Hlavním zdrojem informací při práci s klientem jsou především informace z vyplněného In-come dotazníku (týká se pouze klientů – uživatelů drog, ne osob blízkých, které využívají poradenství). Získávají se z něj jak data, která jsou zapisována do elektronické databáze (Free-base či Uniata), sloužící k zpracování statistik. Tyto údaje jsou také vyu-

žívány jako soubor anamnestických dat, na jejichž základě může pracovník kompetentněji pomoci klientovi při stanovování jeho osobního cíle nebo při řešení jeho problémů (například doporučit mu další návaznou péči – psychiatr, odborný lékař...).

In-come dotazníky se vyplňují minimálně 1x za rok u všech klientů, kteří v aktuálním roce služeb zařízení využijí a jsou ochotni dotazník vyplnit. Pokud ho klient odmítá vyplnit zjišťují se od něho alespoň základní informace nutné pro statistiky, které se pak zapíší do databázového programu (Free-base či Uniata) (věk, pohlaví, základní droga, způsob užití základní drogy).

Informace o klientech a případové práci jsou konzultovány pracovníky na pravidelných interních schůzkách nebo na supervizních setkáních (Operační manuál Kontaktního centra Plus, 2012).

Vyplnění In-come dotazníku nemusí být nutně součástí prvního kontaktu. Např. v případech, když se klient nachází v krizové situaci, popírá, že užívá drogy nebo jeho intoxikace výrazně ovlivňuje jeho vnímání či pozornost, tak s ním dotazník není vhodné vyplňovat (bojí se o svoji anonymitu, pracovníkům nedůvěřuje, je silně paranoidní apod.).

Kvůli tomu, aby mohlo zařízení vést případovou práci, souhrnné statistické údaje a zároveň dodržet princip anonymity, jsou jednotlivým klientům přidělovány anonymní kódy. Ty se skládají z deseti znaků, které jsou tvořeny kombinací čísel a písmen. Pokud klient souhlasí, tvoří se kód pro lepší zapamatování z prvních třech písmen křestního jména matky, dvou čísla udávajícího den narození klienta. dále z prvních tří písmen jeho křestního jména a poslední dva znaky představují dvě číslice udávající měsíc klientova narození. Pracovníci samozřejmě nekontrolují, zda klient uvedl tyto informace pravdivě, důležité však je, aby se prokazoval vždy stejným kódem a nedocházelo tak ve statistikách k umělému navyšování počtu klientů.

Kódy se zapisují do tzv. seznamu kódů, kde pracovníci uvádí pořadové číslo klienta, kód klienta, datum prvního kontaktu, datum vyplnění posledního In-come dotazníku, číslo složky klienta v šanonu, záznam o vyplnění registru problémových uživatelů (což jsou statistická data pro Krajskou hygienickou stanici ve Zlíně) v aktuálním roce a datum dohody s individuálním plánem (jde o dokumenty, které mají sociální služby dle zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách povinnost vytvářet). Nový seznam se sest-

vuje vždy od začátku kalendářního roku (Operační manuál Kontaktního centra Plus, 2012).

### **4.3 In-come dotazník**

Jsou dotazníky, prostřednictvím kterých pracovníci KC získávají anamnestické informace pro další práci s klientem a také data sloužící pro statistické účely (věk, pohlaví, užívané drogy apod.). Pracovník KC seznámí klienta s účelem a funkcí dotazníku, pak ho společně vyplní. Vyplněný dotazník se po zapsání do databázového programu (FreeBase, UniData) zařazuje do složky klienta.

#### **4.3.1 Elektronické databáze FreeBase a Uniata**

Kontaktní centra a terénní programy mají od roku 2000 k dispozici databázový program FreeBase, který sjednotil výkaznictví těchto služeb a měl pomáhat ve sběru, evidenci dat a při vytváření statistických výstupů ([http://freebase.drogy-info.cz.](http://freebase.drogy-info.cz))

Od roku 2009 byla spuštěna nová verze databáze tzv. UniData, která na rozdíl od FreeBase poskytuje možnost zpracování a evidence dat i dalším typům protidrogových služeb. Proto jsou zde obsaženy i nové funkce. UniData nabízí informační systém, který mapuje celý proces práce s klientem včetně navazujících výkonů a udržuje všechna data z tohoto postupu na jednom místě (adresář, evidence, sumarizace, návaznost, anamnéza, plánování práce atd.) (Roubalová, Šalomoun, 2010).

Kontaktní centrum Plus využívalo program FreeBase od roku 2004 do konce roku 2011, od ledna letošního roku používají pracovníci při výkaznictví zařízení program UniData.

Kromě denních výkazů, které zaznamenávají každodenní výkony služeb, je významným zdrojem pro databázové programy i In-come dotazník. Ani v jedné verzi databázového programu však z něj nelze získat souhrnné výstupy týkající se rizikového chování a podrobnější informace o způsobech, frekvenci a věku prvního užití z tabulky užívaných drog.

### 4.3.2 Formulář In-come dotazníku

In-come dotazník je strukturovaným dotazníkem skládajícím se z anamnestických a behaviorálních otázek, jež mapují současnou socioekonomickou situaci klienta i jeho chování ve vztahu k užívání drog.

Pracovníci Kontaktního centra Plus původní formulář dostupný z databáze FreeBase upravili jak graficky, tak i obsahově. Ponechány však byly všechny údaje nutné pro zápis do databáze (Operační manuál Kontaktního centra Plus, 2012).

In-come dotazník je označen kódem klienta a obsahuje údaje o datu kontaktu, pohlaví klienta, roku jeho narození, okrese aktuálního pobytu, zemi původu a dokončeném vzdělání. Dále zjišťuje odpovědi týkající se bydlení klienta a jeho zaměstnání. U otázek na vyšetření na parenterální hepatitidy a virus HIV se nesleduje výsledek testu, ale zda vyšetření proběhlo a v kterém roce. U otázky, zda absolvoval léčbu závislosti, se také zjišťuje zkušenost kdykoli v minulosti či současnosti a není podstatné, o jaký typ léčby šlo (detoxifikační odd., ambulantní léčba, residentní léčba, terapeutická komunita, doléčovací program, substituční program, motivační kontakt, rodinná terapie apod.).

#### Tabulka užívaných drog

Tabulka mapuje drogovou kariéru klienta a současný stav klienta. Sledovány jsou tyto údaje: užívaná drogy, způsoby jejich aplikace, četnost užívání, věk první aplikace, způsob prvního užití. Droga uvedená v prvním řádku tabulky je považována za základní neboli primární drogu, tj. nejčastěji užívanou.

Další součástí dotazníku je tzv. Tabulka rizikového užívání. Vzhledem k tomu, že obsahuje i dotaz na sexuální chování, bývá označována i jako tabulka rizikového chování).

Dotazy na rizikové užívání či chování jsou sledovány v současnosti a minulosti (<http://freebase.drogy-info.cz>). Přitom současnost si Kontaktní centrum Plus definovalo jako období posledních 30 dnů před vyplněním dotazníku a minulost jako období před více než 30 dny před vyplněním dotazníku (Operační manuál Kontaktního centra Plus, 2012). Tabulka sleduje tyto oblasti – injekční aplikaci, sdílení jehel, sdílení náčiní potřebného k aplikaci drogy (tzv. „nádobíčko“ filtr, lžičku nebo jinou nádobku, alkoholový

tampón, škrtidlo apod.), předávkování, nechráněný sex a zdravotní komplikace související s užíváním drog (toxická psychóza, halucinace, fobie, abscesy, flegmóny, nepříjemné fyzické stavy apod.)( <http://freebase.drogy-info.cz>).

Tyto údaje nejsou nikde kvantifikativně zpracovány a nebyly nikdy v historii zařízení kumulativně sledovány.

Na konci je uveden pracovník, který dotazník s klientem vyplnil.

## 5 RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ A UŽÍVÁNÍ

V této kapitole bych chtěla rozvést pojem rizikové užívání, používaný v kontextu drogové problematiky, který je jedním z hlavních okruhů tématu mé práce.

### 5.1 Rizikové chování

„Chování (risk behavior) nebo typ užívání (risk use) je vyšší pravděpodobnost zdravotního a sociálního poškození v důsledku užívání drogy“ (Kalina a kol., s. 94, 2001). Tento pojem nesouvisí pouze se sdílením jehel a dalšího náčiní používaného k aplikaci drog, jež přináší riziko nákazy krví přenosných nemocí jako jsou hepatitidy B, C a HIV/AIDS. Ale je možné užít i v souvislosti s jakoukoli drogou a jakýmkoli rizikem poškození zdraví, vztahů či sociálních poměrů (práce, bydlení, škola). „Někdy se terminologicky odlišuje „risk pro sebe“ a „risk pro druhé“ a používá se pojem „hazardní chování/užívání“ pro uživatelské chování, které je nebezpečné z hlediska veřejného zdraví, i když u uživatele samotného k poškození nedochází nebo zatím nedošlo. Např. při sdílení jehel/stříkaček a nechráněném sexu může uživatel působit jako přenašeč infekcí, i když sám neonemocní“ (Kalina a kol., s. 94, 2001).

### 5.2 Rizika užívání

V tomto kontextu jsou míněna rizika spojená s užíváním psychotropních látek. Mohou se vyskytovat na několika úrovních jako

- rizika psychická – riziko vzniku závislost, či jiných duševních komplikací spojených s užíváním (toxické psychózy, poruchy osobnosti),
- rizika tělesná – poškození organismu abusem OPL (infekce, fyzikální a chemická poškození),
- a rizika sociální (postižení rodinných, partnerských, vrstevnických a širších sociálních vztahů, vyloučení ze školy a ztráta zaměstnání, kriminální chování) (Mravčík, Petrošová, Zábranský, Řehák, Coufalová, 2008).

### 5.3 Rozdělení rizikového chování

Nejnámějším evaluačním nástrojem využívaným pro posouzení rizikového chování uživatelů drog je Dotazník Světové zdravotnické organizace pro zhodnocení rizika pře-

nosu krevně přenosných virových infekcí (Blood Borne Virus Transmission Risk Assessment Questionnaire - BBV-TRAQ). Zaměřuje se na zmapování rizikového chování při injekční aplikaci, na sexuálně rizikové chování a na další formy chování rizikového pro přenos VHB, VHC a HIV ([www.drogy-info.cz](http://www.drogy-info.cz)). V ČR byl tento dotazník použit při studii Seroprevalence krevně přenosných virových infekcí mezi ruskojazyčnými injekčními uživateli na drogové scéně v hl. m. Praze (Zábranský, Janíková, 2008).

Tento dotazník dělí rizikové chování do tří skupin na chování při injekční aplikaci, sexuální chování, jiné způsoby.

### 5.3.1 Chování při injekční aplikaci

Rizikové chování při injekční aplikaci, kde podrobněji specifikuje sdílení jehel a náčiní pro aplikaci drogy na tyto příklady

- manipulace s jehlou/injekční stříkačkou, kterou použil někdo jiný, v době, kdy měl uživatel respondent nějaká škrábnutí, zanícená místa nebo jiná poranění na prstech a rukou
- vysání nebo olíznutí zbytky drogy ze lžičky nebo jiné směšovací nádoby, filtru, pístu namočeném ve směsi drogy, kterou před uživatelem používal někdo jiný
- aplikace drogy přes filtr někoho jiného
- drogu připravenou na lžičce nebo ve směšovací nádobce, nebo z vody, kterou před použil někdo jiný
- aplikace drogy, která byla v kontaktu s jehlou/injekční stříkačkou někoho jiného
- injekční aplikace okamžitě poté, co osoba pomáhá/a někomu jinému při aplikaci
- aplikace drogy, kterou připravil někdo jiný, kdo před tím dal injekci dalšímu člověku nebo mu při tom pomáhal
- aplikace drogy jinou osobou, která před tím dávala injekci nebo při tom asistovala někomu jinému
- použití stříkačky, se kterou manipuloval, dotýkal se nebo kterou použil člověk, který si předtím dal injekci



- použití stříkačky/jehly, kterou použil někdo jiný
- použití poté, co si někdo jiný vstříkl část dávky
- dotek vlastního místa, kam si uživatel dává injekce (např. nahmatal žílu, otřel krev, zastavil krvácení), poté, co asistoval někomu jinému při jeho aplikaci
- otření místa aplikace vatovým nebo jiným tampónem nebo předmětem (ručník, kapesník), který před UD použil někdo jiný
- použití škrtdla, které použil i někdo jiný
- znovupoužití stříkačky vytažené ze společné nádoby na použité jehly
- vědomé použití stříkačky po někom kdo byl pozitivní na hepatitidy typu B, C nebo virus HIV
- sdílení jehel či náčiní v cizině, aplikace po cizinci

### **5.3.2 Sexuální chování**

Nechráněný vaginální pohlavní styk

Nechráněný vaginální styk během menstruace

Nechráněný vaginální styk bez lubrikace

Nechráněný anální pohlavní styk (kdy došlo ke styku análního otvoru a penisu)

Nechráněný orální sex

Nechráněný manuální sex s jinou osobou během menstruace

Nechráněný manuální sex s jinou osobou po injekční aplikaci

Nechráněný manuální sex s jinou osobou bez lubrikace

### **5.3.3 Jiné způsoby rizikového chování**

Kontakt s krví někoho jiného

Tetování, piercing jinde než v profesionálním tetovacím salónu

Použití holícího strojku (strojek na jedno použití, žiletka, břitva) někoho jiného

Použití kartáčku na zuby někoho jiného

Použití hygienických potřeb někoho jiného (např. manikúru, nůžky, kleštičky na nehty, pinzeta, hřeben, kartáč)

Toto rozčlenění podrobných popisů různých forem rizikového chování zmiňují, abych představila širší pohled na cesty přenosu a upozornila tak i na méně známé nebo zcela opomíjené formy rizikového chování pro přenos VHB, VHC a virus HIV.

#### **5.4 Další rizikové faktory spojené s injekčním užíváním**

„Matheï se domnívá, že nejdůležitějším predikčním faktorem zodpovědným za geografické, subpopulační i sociální rozdíly je souborný kvalitativní indikátor „rizikového chování,“ jenž vyjadřuje vzájemné vztahy uživatelů drog v závislosti na jejich sociálním prostředí.“ (In Mravčík, Petrošová, Zábranský, Řehák, Coufalová, s. 18., 2009)

Studie, které se zabývaly činiteli ovlivňující výskyt infekce VHC, označují za významné prediktory VHC věk, „intenzitu“ injekční aplikace, tj. délku eventuálně rok prvního injekčního užití.

Mravčík a Šebáková (In Mravčík, Petrošová, Zábranský, Řehák, Coufalová, 2009) určili za statisticky významné vlivy lokální epidemiologické situace. Potvrdil to i výzkum uskutečněný mezi ruský hovořícími uživateli drog v Praze (Zábranský, Janíková, 2008). Ve studii zkoumající v letech 2002 – 2005 výskyt VHC u injekčních uživatelů drog vystupoval jako významný rizikový faktor pobyt ve vězeňském nápravném zařízení (Mravčík, Petrošová, Zábranský, Řehák, Coufalová, 2009).

#### **5.5 Bezpečné brání, bezpečný sex**

Protikladem k rizikovému chování stojí v HR službách používané výrazy bezpečné brání a bezpečný sex. Ty jsou nezbytnou poradenskou a edukační součástí poskytovaných služeb.

Bezpečné brání

Jedná se o zásady, prostřednictvím jejichž dodržování se výrazně snižují pravděpodobnosti nákazy infekčními nemocemi (jako jsou virové hepatitidy a HIV/AIDS) a také se předchází dalším rizikům spojeným s intravenózním užíváním drog.

Kromě čistých injekčních jehel a stříkaček jde i o používání dalšího HR materiálu, který buď snižuje riziko při injekční aplikaci (desinfekční tampóny, filtry, sterilní vody, kyseliny) nebo klientům nabízí alternativy ve formě méně rizikových způsobů užívání (kouření, užití drogy v kapslích, sniffing). Dále obsahuje pravidla pro bezpečné skladování použitých jehel, desinfekce nádobíčka, nádob na nádobíčko. Zahrnuje i rady, návody a vysvětlení, jak drogu bezpečně aplikovat, jak používat a dezinfikovat náčiní a podobné informace, které však jsou předávány pouze nitrožilním uživatelům drog (Operační manuál Kontaktního centra Plus, 2012).

### Bezpečný sex

Pracovníci se snaží zajistit pro klienty dostupnost veškerých možných informací o rizicích nechráněného pohlavního styku a jiných praktikách či formách sexuálních kontaktů a seznamovat je se zásadami tzv. bezpečného sexu. Je nutné citlivě, ale přesto bez zábran hovořit o všem, co se sexem souvisí, jak o nebezpečích vyplývajících z nedostatečné ochrany, ale i o formách a způsobech styku, o tom jaké existují formy antikoncepčních opatření a jaké jsou jejich výhody či nevýhody. Dále také o možnostech a prostředcích testování zdravotního stavu, vlivu užívání drog na kvalitu sexu, o průběhu těhotenství a porodu u uživatelky. drog. (Operační manuál Kontaktního centra Plus, 2012). Pro zajištění kvalitního předávání těchto informací je nutné, aby pracovníci zvládali sami o tématech spojených se sexuálním chováním hovořit a odstraňovali jejich další tabuizaci, a tím napomáhali odstraňování stigmatizujících předsudků spojených s těmito tématy ([www.adiktologie.cz](http://www.adiktologie.cz)).

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 6 ZÁKLADNÍ INFORMACE O ANALÝZE

V této části práce se zabývám analýzou interních dokumentů Kontaktního centra Plus, týkajících se evidence anamnestických dat a získávaných prostřednictvím tzv. In-come dotazníku. Vzhledem k složitosti získání těchto dat, je dle mého názoru jejich zpracování a využití nedostatečné. Především údaje týkající se užívaných drog (sledují se typy užitých drog, frekvence, způsoby a věk prvního užití) a také rizikového chování (uvádí se zde sdílení jehel, náčiní k užívání drog, nechráněný sex a zdravotní komplikace) nejsou kromě anamnestického rozhovoru dále sledovány.

### 6.1 Cíl výzkumu

Cílem této analýzy je zjistit z anamnestických In-come dotazníků nejčastější formy rizikového chování u klientů uživatelů drog (UD) Kontaktního centra Plus.

Dále pak chci z těchto dokumentů získat sociodemografická a behaviorální data popisující podrobnější informace o chování této skupiny.

V neposlední řadě chci zjistit zda existují souvislosti mezi těmito charakteristikami respondentů a mírou jejich rizikového chování.

Jako proměnné jsem se rozhodla využít pohlaví respondentů, jejich věk, délku kontaktu se zařízením, absolvování testu na HIV, hepatitidy typu B a C a zkušenost s léčbou závislosti.

Hlavní výzkumnou otázkou tedy je:

Jaké formy rizikového chování jsou u klientů KC Plus nejčastěji zastoupeny?

Specifické otázky tohoto výzkumu zní:

- Jaké jsou rozdíly mezi odpověďmi klientů na míru rizikové chování v minulosti a současnosti?
- Ovlivňuje pohlaví klientů míru jejich rizikového chování?
- Ovlivňuje věk klientů míru jejich rizikového chování?
- Ovlivňuje u klientů délka kontaktu se zařízením míru jejich rizikového chování?
- Ovlivňuje u klientů absolvování testu na HIV míru jejich rizikového chování?

- Ovlivňuje u klientů absolvování testu na hepatitidy typu B a C míru jejich rizikového chování?
- Ovlivňuje u klientů zkušenost s absolvováním léčby závislosti míru jejich rizikového chování?

## 6.2 Použité metody

Jako metodu sběru dat jsem použila analýzu dokumentů, konkrétně anamnestických dokumentů In-come dotazníků. U kvantitativně zpracovaných údajů byla použita metoda korelace, pomocí níž jsem chtěla zjistit souvztažnost mezi proměnnými a behaviorálními jevy, jako jsou jednotlivé typy rizikového chování. Kvantitativní údaje jsem vyhodnocovala statisticky.

Ke zpracování dat jsem využila program Microsoft Office Excel 2003. Zjišťované údaje jsem v záhlaví rozdělila do 105 sloupců odpovídajícím otázkám získávaným z In – come dotazníků. Největší část tvořily údaje z tabulky užívaných drog, která obsahuje 18 typů návykových látek a u každé z nich se zjišťují odpovědi na pět otázek. V řádcích tabulky pak byly uváděny údaje z jednotlivých In-come dotazníků. Výhodou dotazníku bylo, že všechny možnosti uvedené u otázek měly přidělené pořadové číslo - kód, pod nimž byly zapisovány do databázového programu FreeBase. V tabulce rizikového užívání/chování jsem při zapisování využila jedno nebo dvou písmenné zkratky odpovědi.

Pomocí souhrnů, seznamů a kontingenční tabulky jsem získala data, která jsem použila jako argumenty pro potvrzení a vyvrácení předpokládaných souvislostí mezi proměnnými. Souhrny výsledků rizikového chování jsou pro komparaci v jednotlivých kategoriích vyjádřeny i procentuálně. Pro vizualizaci výsledků jsem použila srovnávací grafy.

## 6.3 Výběr výzkumného vzorku

Základní soubor výzkumu tvoří uživatelé drog klienti Kontaktního centra Plus. Na základě nejčastějších charakteristik, jako je věk, pohlaví a základní droga (klientem nejčastěji užívaná droga) jsem provedla výběr In-come dotazníků. A to tak, aby výběrová skupina proporcionálně odpovídala celkovému složení klientů kontaktního centra a tvořila tak reprezentativní vzorek pro tuto analýzu.

Vzhledem k zaměření analýzy na zkoumání chování klientů kontaktního centra především v souvislosti s riziky nákazy infekčními nemocemi přenášenými sdílením jehel a přes pohlavní styk, jsem kritéria výběru do vzorku stanovila takto:

- V dotazníku musí být uvedeno užití tzv. tvrdých drog (heroin, opium, pervitin, kokain), které lze užít intravenózně.
- Poměr mužů a žen musí odpovídat poměru mezi klienty KC. V posledních letech se pohybuje kolem 70 % v zastoupení mužů a 30 % podílu žen (s tolerancí 5 %).
- Průměrný věk respondentů bude odpovídat průměrnému věku klientů KC, přičemž tolerance i vzhledem k meziročním změnám je rozdíl maximálně 1,5 roku (od roku 1999 byl největší meziroční růst průměrného věku o 1,36 roku).
- Dotazník musí být vyplněn za rok 2011.

#### **6.4 Metody třídění dat**

Pomocí Seznamu kódů 2011 byly vyhledány osobní složky klientů, kteří měli v roce 2011 vyplněný In-come dotazník. Část dotazníků musela být dohledána v pořadníku 2012, jednalo se o klienty, kteří navštívili zařízení v letošním roce a proto byly jejich osobní složky zařazeny do dokumentace aktuálního roku 2012.

Dle interního dokumentu „Seznamu kódů 2011“ jsem vybraným dotazníkům doplnila údaje o roku prvního kontaktu. Ten byl potřebný pro vypočítání délky kontaktu se zařízením, kterou chci použít jako jednu z proměnných.

V roce 2011 využilo 256 klientů služeb Kontaktního a poradenského centra Plus a 225 Terénního programu Plus, z toho 62 osob využilo obou programů. Celkem bylo tedy zařízení v kontaktu s 419 uživateli drog. Pracovníků se s nimi podařilo vyplnit 135 In-come dotazníků, což je větší třetina (Závěrečná zpráva Kontaktního centra Plus v Kroměříži za rok 2011).

V analýze jsem použila a zpracovala 97 dotazníků z celkového počtu 135 vyplněných v roce 2011.

## 7 VÝSLEDKY VÝZKUMU

### 7.1 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek tvoří klienti Kontaktního centra Plus - uživatelé tzv. tvrdých drog, kteří měli v roce 2011 vyplněný vstupní dotazník In-come, celkem 97 osob. Ve výběrové skupině výzkumu činil poměr mužů 72 % a žen 28 %, průměrný věk vyšel na 26,3 let. Výzkumný vzorek tedy splňuje stanovená kritéria, proporcionálně tak odpovídá celkovému složení klientů KC Plus.

#### 7.1.1 Věk

Průměrný věk činil 26,26 což je o 1,27 roku méně než je uvedeno v statistikách zařízení za loňský rok (27,53).

POHLAVÍ	PRŮMĚRNÝ VĚK	NEJVYŠŠÍ VĚK	NEJNIŽŠÍ VĚK	MODUS	MEDIÁN
Muži	26,7	16	43	17 a 31	27
Ženy	25,07	17	43	19	25
Celkem	26,25	16	43	17 a 31	26

Tabulka 1 Věk respondentů

Z 27 žen je 9 mladších 20 let, což je více než třetina, u mužů tvoří tato skupina 21 % . Nejvyšší věk 43 let uvedl jeden muž a jedna žena. Středovou hodnotou bylo 26 let, a nejčastěji zastoupeným věkem u respondentů bylo shodně 17 a 31 let.

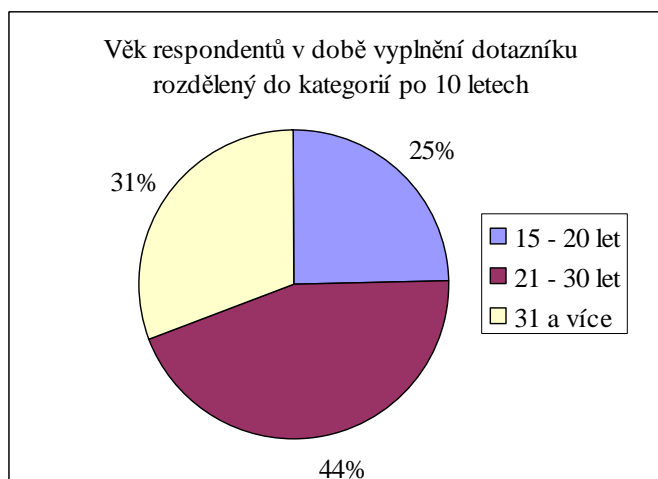
Pro získání přehledu o věkovém rozložení respondentů jsem nejprve provedla jejich rozdělení do kategorií po 5 letech.



Věkové kategorie	Muži	%	Ženy	%	Celkem	%
0 - 15 let	0	0	0	0	0	0
15 - 20 let	15	21	9	33	24	25
21 - 25 let	15	21	7	26	22	23
26 - 30 let	15	21	6	22	21	22
31 - 35 let	19	27	3	11	22	23
36 - 40 let	5	7	1	4	6	6
41 a více let	1	1	1	4	2	2
Celkem	70	100	27	100	97	100

Tabulka 2 Rozdělení respondentů do věkových kategorií po pěti letech

Z Tabulky 2 vyplývá, že poměrově jsou zastoupeny druhá, třetí, čtvrtá a pátá kategorie téměř stejně. Nejpočetněji je zastoupena kategorie do 20 let. Zajímavým zjištěním pro mne bylo silné zastoupení druhé kategorie a především výrazně nižší věk u žen.



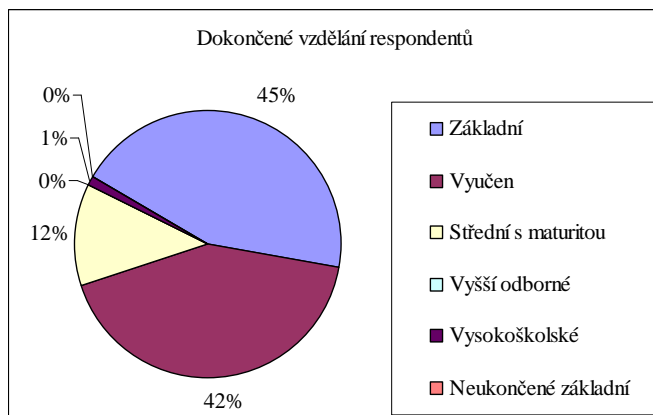
Graf 1 Věk respondentů v době vyplnění dotazníku rozdělený do kategorií po 10 letech

Pro potřeby analýzy jsem provedla ještě jedno dělení a to po deseti letech. Vzhledem k počtu osob v jednotlivých kategoriích po pěti letech bude pro analýzu rizikového chování přehlednější rozčlenění klientů pouze do tří věkových skupin. V tomto dělení respondentů tvoří 25 % osoby mladší 20 let, největší podíl představují osoby do 30 let a 31 % jsou osoby starší 31 let.

### 7.1.2 Vzdělání

Vzhledem k tomu, že 24 % osob je ve věku do 20 let, není poměr základního vzdělání (45 %) u respondentů pouze znakem nízké vzdělanosti, ale také současným nedokončeným studiem u této věkové skupiny (viz níže 15% studujících). Více než třetina z osob

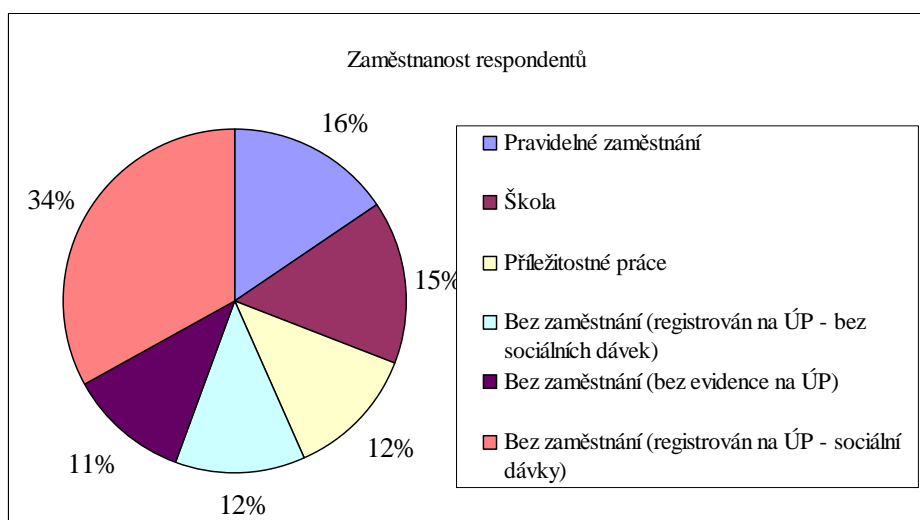
uvádějících základní vzdělání nemá 20 let a ještě studuje. Zbývající dvě třetiny osob se základním vzděláním jsou starší 20 let. Vyšší než základní vzdělání má 55% respondentů.



Graf 2 Dokončené vzdělání respondentů

### 7.1.3 Zaměstnanost

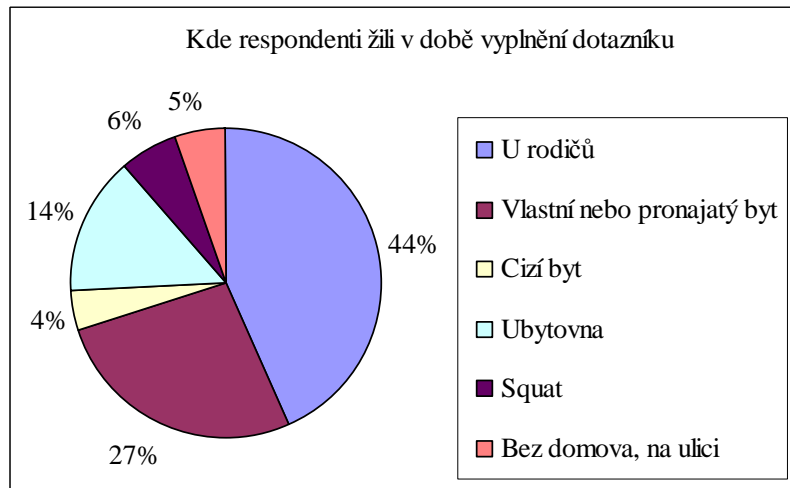
Pravidelnou nebo příležitostnou prací se živí 28 % klientů, studium uvedlo 15 %, zbylých 57 % je bez zaměstnání. Nezaměstnanost v této skupině osob je tedy výrazně vyšší než průměr, který podle Krajské správy Českého statistického úřadu ve Zlíně v roce 2011 na Kroměřížsku činil 11,6 % ([www.zlin.czso.cz](http://www.zlin.czso.cz)).



Graf 3 Zaměstnanost respondentů

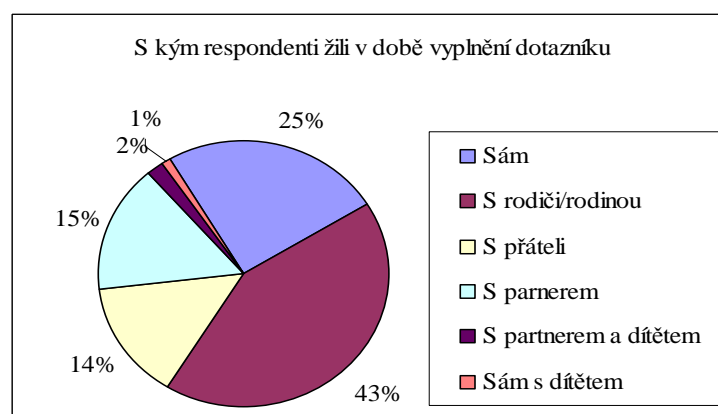
### 7.1.4 Bydlení

V In-come dotazníku odpovídají respondenti také na otázky týkající se jejich bydlení. Z vybraného vzorku bydlí 44 % u rodičů, 45 % si bydlení zajišťuje samo, 11 % osob nemá zabezpečené stálé místo ubytování.



Graf 4 Kde respondenti žili v době vyplnění dotazníku

Zodpovězení dotazu s kým respondenti žili, je pro mne významné také vzhledem k uvědomění si možného rizika nákazy infekčními nemocemi. Při sdílení společného životního prostoru vzniká vyšší pravděpodobnost používání stejných pomůcek jako jsou například žiletky na holení či zubní kartáčky. Ty mohou být prostředkem přenosu nákazy infekčních nemocí přenášených krví od uživatele drog (Hejda, 2006).



Graf 5 S kým respondenti žili v době vyplnění dotazníku

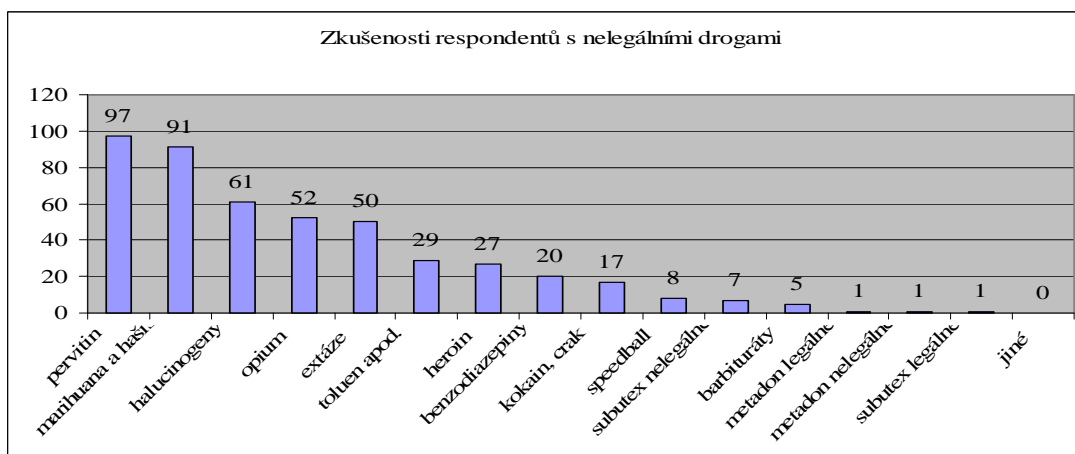
S rodiči bydlí 24 % osob starších a 19 % mladších 20 let. Společný životní prostor sdílí s jinou osobou 75 % respondentů.

### 7.1.5 Společné soužití s osobami užívajícími drogy

Společně s uživatelem drog žije 39 %, zbylých 61 % uvedlo odpověď ne. Kombinací odpovědí respondentů na tento dotaz s filtrem „S kým žijí“ vyplynulo následující. Osoby žijící s UD nejčastěji uvedly partnera (24 %), přátelé byli zmíněni v 16 % případech. Shodný počet tvořily i odpovědi, kdy uživatel uvedl, že žije sám – zde šlo pravděpodobně o nepochopení otázky. Zajímavým zjištěním bylo, že 16 % osob označilo za osobu užívající nelegální drogy, která s nimi žije ve společné domácnosti rodiče. 4 % respondentů, kteří si vybrali odpověď „S partnerem a dítětem“ také uvedli, že žijí ve společné domácnosti s uživatelem nelegálních drog, to znamená, že drogy užívají oba partneři.

### 7.1.6 Užívané drogy

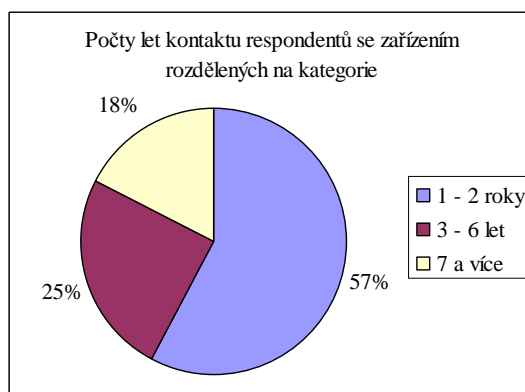
Postupnou filtrací přes funkci seznamy v tabulce se všemi údaji jsem získala následující údaje. Všichni respondenti mají zkušenost s pervitinem, 89 % z nich jej užívá intravenózně. Nejnižším věkem prvního užití bylo 11 let. Nejpozdější věk prvního užití byl 37 let. 41 % respondentů tuto drogu užilo poprvé intravenózně, 57 % šňupnutím, 1 % ústně a 1 % kouřením. Heroin vyzkoušelo nebo užívá 27 osob, 89 % jej užilo intravenózně. Nejnižším uvedeným prvním rokem užití bylo 13 let. Nejvyšší věk prvního užití byl 30 let. 82 % osob tuto drogu užilo poprvé intravenózně. Více než polovina respondentů (53 %) uvedla zkušenost s užitím opia. Tato droga vyšla ze tří nejčastěji intravenózně užívaných drog jako nejrizikovější. 90% osob ji užívá nitrožilně a 83% ji tímto způsobem užilo i poprvé. Nejnižší věk prvního experimentu byl uveden na 13 let, nejstarší osobě, co tuto drogu poprvé vyzkoušela, bylo 37 let.



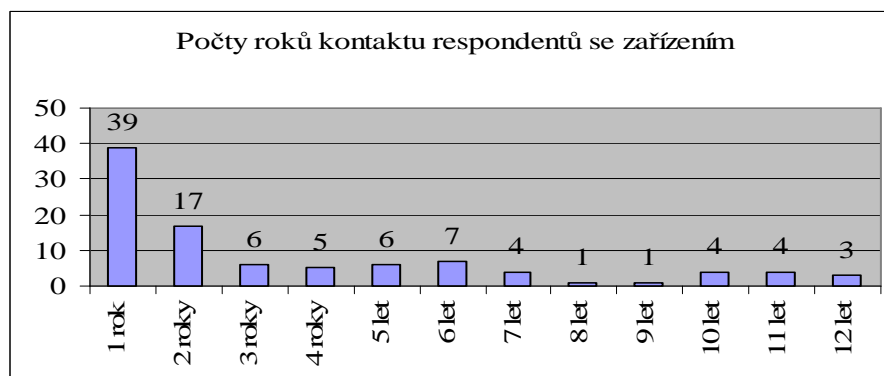
Graf 6 Zkušenosti respondentů s nelegálními drogami

### 7.1.7 Doba kontaktu s KC

Ve statistických výstupech nebylo nikdy pracováno s dobou kontaktu klientů se zařízením, která lze zjistit, díky pečlivému vedení dokumentace tohoto zařízení. Kombinací informací ze seznamu kódů a dat obsažených v In-come dotaznících jsem tento údaj u jednotlivých respondentů doplnila ke zpracovávaným datům. Vzhledem k vztahu k rizikovému chování klientů mi tento údaj přišel relevantní. Tento údaj nemusí vypovídat o délce užívání, jelikož ne každý nově kontaktovaný klient je v počátcích své drogové kariéry. Často jde o osoby, jež užívají již dlouho, ale dříve neměly důvěru zařízení kontaktovat (Závěrečná zpráva Kontaktního centra Plus za rok 2011). Průměrný počet let kontaktu u respondentů se zařízením vychází na 3,6 roku. Nejnižší je jeden rok nejvyšší počet 12 let.



Graf 7 Počty let kontaktu respondentů se zařízením rozdělených na kategorie



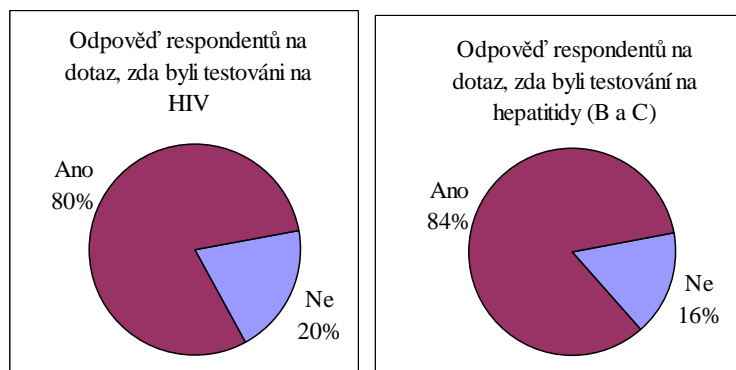
Graf 8 Počty roků kontaktu respondentů se zařízením

Nových klientů bylo mezi respondenty nejvíce, druhou největší skupinu tvořili klienti, kteří byli se zařízením v kontaktu druhým rokem. Tři klienti, kteří vyplnili dotazník

využívají služeb zařízení po celou dobu jeho existence. Více než 7 let kontaktu uvedlo 17 lidí (18 %). Z těchto údajů vyplývá, že ze všech klientů větší polovinu 56 osob (57 %) tvoří osoby, které jsou se zařízením v kontaktu do dvou let.

### 7.1.8 Testování

Z 97 respondentů bylo 80 % testováno na HIV a 84 % na hepatitidy B a C.

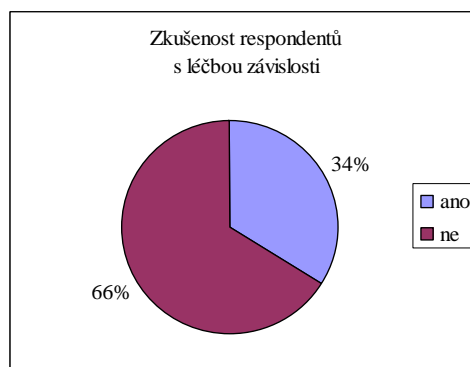


Graf 9 Otestování na HIV Graf 10 Otestování na hepatitidy B a C

Z tabulky všech údajů jsem filtrem zjistila, že z 78 osob jež byly otestovány na HIV bylo 37 (47 %) otestováno v roce 2011, z 81 osob testovaných na VHC a VHB se nechalo v roce 2011 otestovat 39 (48 %) klientů. Nikdy nebylo otestováno 20 % osob na HIV a 16 % na parenterální hepatitidy. Osoby, které absolvovaly někdy v životě testy na infekční nemoci však nejsou méně rizikové, spousta z nich se nechává testovat opětovně, protože své rizikové chování stále opakuje.

### 7.1.9 Léčba závislosti

S léčbou závislosti má zkušenost větší třetina respondentů. Léčbou je myšlen



Graf 11 Zkušenost respondentů s léčbou závislosti



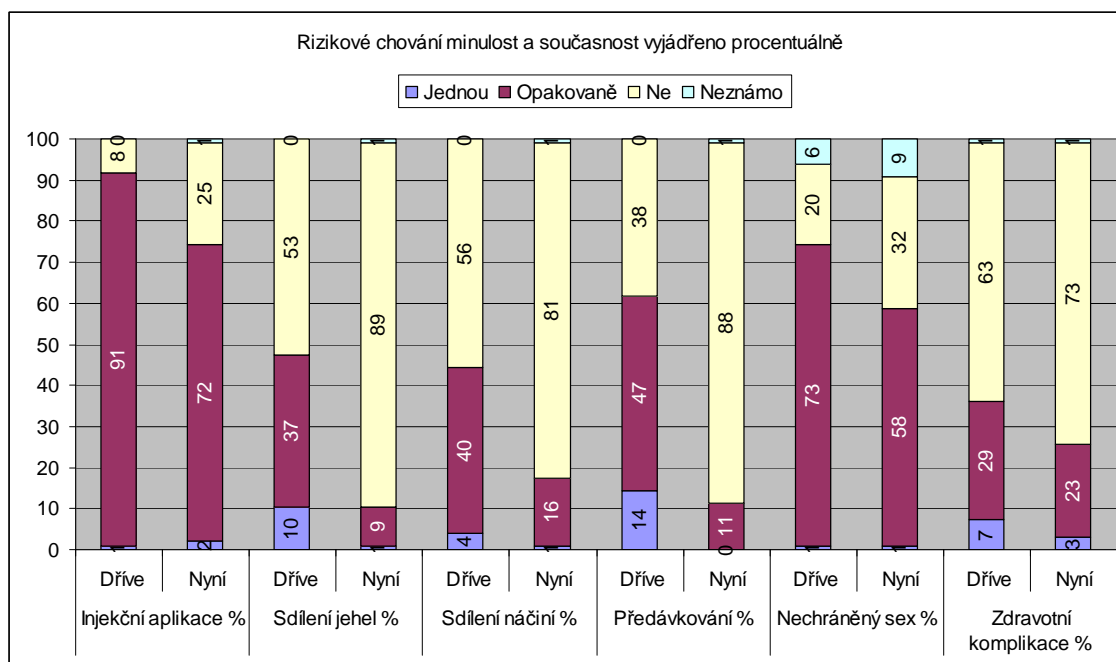
Tabulka 3 Rizikové chování v minulosti a procentuální podíl odpovědí

### 7.2.1 Rizikového chování v minulosti a současnosti

Tabulka rizikového užívání, ze které vycházím při této analýze, je rozdělena na posledních 30 dnů před vyplněním dotazníku a čas před tímto obdobím. V této kapitole se chci věnovat informacím a rozdílům, které vyplynuly z tohoto porovnání.

Odpovědi	Injekční aplikace %		Sdílení jehel %		Sdílení náčiní %		Předávkování %		Nechráněný sex %		Zdravotní komplikace %	
	Dříve	Nyní	Dříve	Nyní	Dříve	Nyní	Dříve	Nyní	Dříve	Nyní	Dříve	Nyní
Jednou	1	2	10	1	4	1	14	0	1	1	7	3
Opakovaně	91	72	37	9	40	16	47	11	73	58	29	23
Ne	8	25	53	89	56	81	38	88	20	32	63	73
Neznámo	0	1	0	1	0	1	0	1	6	9	1	1
Celkem	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Tabulka 4 Rizikové chování v minulosti a současnosti v procentech



Graf 12 Rizikové chování v minulosti a současnosti v procentech

Injekční aplikaci uvedlo v minulosti 89 (91 %) osob (88 opakovaně, 1 člověk jednou), v posledním měsíci 72 % (70 opakovaně, 2 jednou) a v obou obdobích 68 klientů. Dvě



osoby uvedly injekční užití drogy až v posledním měsíci, celkový počet injekčních uživatelů ve vzorku tedy činí 91 osob, což je 94 % ze všech respondentů.

V minulosti uvedlo 46 klientů, že sdílelo jehly (10 jednou, 36 opakovaně), v měsíci před vyplněním dotazníku použilo společnou stříkačku pouze 10 osob, 8 z nich uvedlo toto chování dříve i nyní. U odpovědí, které uvedly, že v minulosti nikdy nepoužily společné jehly se nevyskytl ani jeden případ, který by měl tuto zkušenost v posledním měsíci před vyplněním dotazníku.

43 osob připustilo, že v minulosti použili společné náčiní s jiným uživatelem (z toho 39 opakovaně a 4 respondenti jednou). 16 osob uvedlo, že je to chování, které opakují i posledním měsíci. Stejně jako u sdílení jehel, neuvedl nikdo, že použil společné náčiní pouze v současnosti, tedy v posledním měsíci před vyplněním dotazníku.

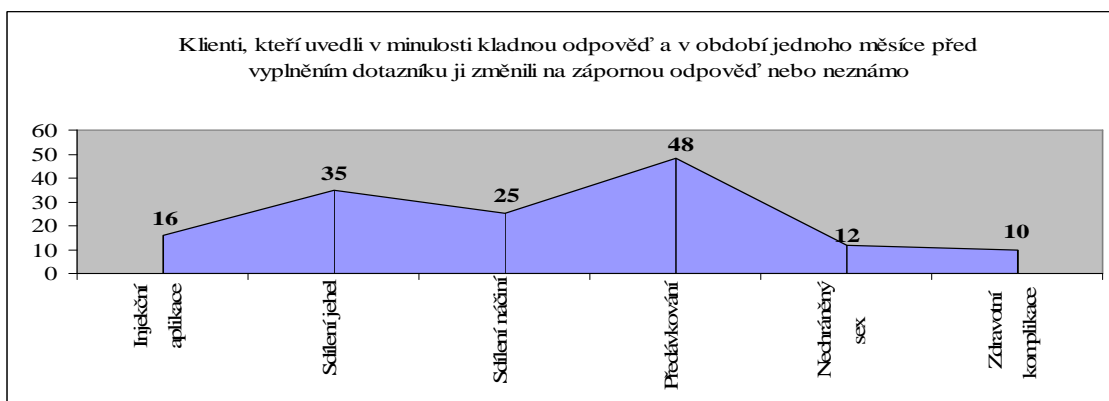
Předávkování uvedlo v minulosti 60 osob, v současnosti to bylo pouze 11 lidí, kteří toto chování uvedli i v minulosti. Žádný respondent neuvedl předávkování pouze v měsíci před vyplněním dotazníku.

Nechráněný pohlavní styk mělo v minulosti 72 klientů, z toho 71 opakovaně a jedna osoba jedenkrát. V současnosti 57 z toho 56 respondentů opakovaně, jedna osoba jedenkrát, nešlo však o stejného klienta, který tuto odpověď uvedl i v minulosti. Více než polovina (54%) měla nechráněný sex jak v minulosti, tak v současnosti. Odpověď Neznámo uvedlo v minulosti 6 a v současnosti 9 osob, v obou případech je to nejvyšší počet této odpovědi, což pravděpodobně souvisí s intimním charakterem této otázky.

Dva klienti, kteří neuvedli v minulosti tuto zkušenost, ji měli v současnosti opakovaně. Jedna osoba jež v minulosti zaškrtnula možnost Neznámo, označila v současnosti volbu Jedenkrát. Celkem tedy 75 osob z respondentů uvedlo, že měli někdy nechráněný pohlavní styk, 73 z nich opakovaně. Tento výsledek potvrzuje vysokou míru rizikovosti vzhledem k přenosu infekčních nemocí jako je HIV a hepatitidy typu B a C přes nechráněný pohlavní styk do tzv. nedrogové populace.

Zdravotní komplikace v minulosti byly kladně vyplněny u 35 dotazníků, u 25 v současnosti a 22 z toho bylo uvedeno v obou obdobích. Dva respondenti měly opakované zdravotní komplikace pouze v současnosti. Jedna osoba jež uvedla v minulosti Neznámo, vyplnila za období současnost také tuto položku jako Opakovaně. Zdravotní komplikace v souvislosti s užíváním drog zažilo někdy v životě 38 osob.

Nejčastěji vyskytujícím se rizikovým chováním je injekční aplikace 94 % (91 osob), dále nechráněný sex 77 % (75 osob), předávkování 62 % (61 osob), sdílení jehel 47 % (46 osob) a sdílení náčiní 44 % (43 osob), nejméně časté jsou zdravotní komplikace 39 % (38 osob).



Graf 13 Počty klientů, kteří uvedli odlišné odpovědi v období dříve a nyní

Dotazníky, které měly rozdílné odpovědi v minulosti a současnosti, obsahovaly téměř všechny změnu v období současnosti na odpověď ne či neznámo. Z toho lze usuzovat, že respondenti vnímali poslední měsíc vzhledem k svému užívání drog jako méně rizikový. Vysvětlením může být jak delší časový úsek období „minulost“, tak zkreslené vnímání kratšího časového období vzhledem k užívání drog. Nepředpokládám, že by tolik UD změnilo měsíc před vyplněním dotazníku své chování. Největší rozdíl mezi údaji v minulosti a současnosti byl u Předávkování. V minulosti tuto zkušenost uvedlo 60 respondentů, v současnosti pouze 11, zbylých 48 osob na tuto otázku odpovědělo záporně.

Také sdílení jehel a náčiní bylo v minulosti zmíněno jako častější než v posledním měsíci. Více než tři čtvrtiny osob jež uvedly v minulosti, že sdílely jehly, zvolily v měsíci před vyplněním dotazníku zápornou odpověď na tuto otázku.

U sdílení náčiní změnila v období současnosti víc než polovina (60% osob uvádějící tuto zkušenost v minulosti) odpověď na Ne.

Naopak nejmenší rozdíly v odpovědích obou období byly u položek Nechráněný sex a zdravotní problémy.

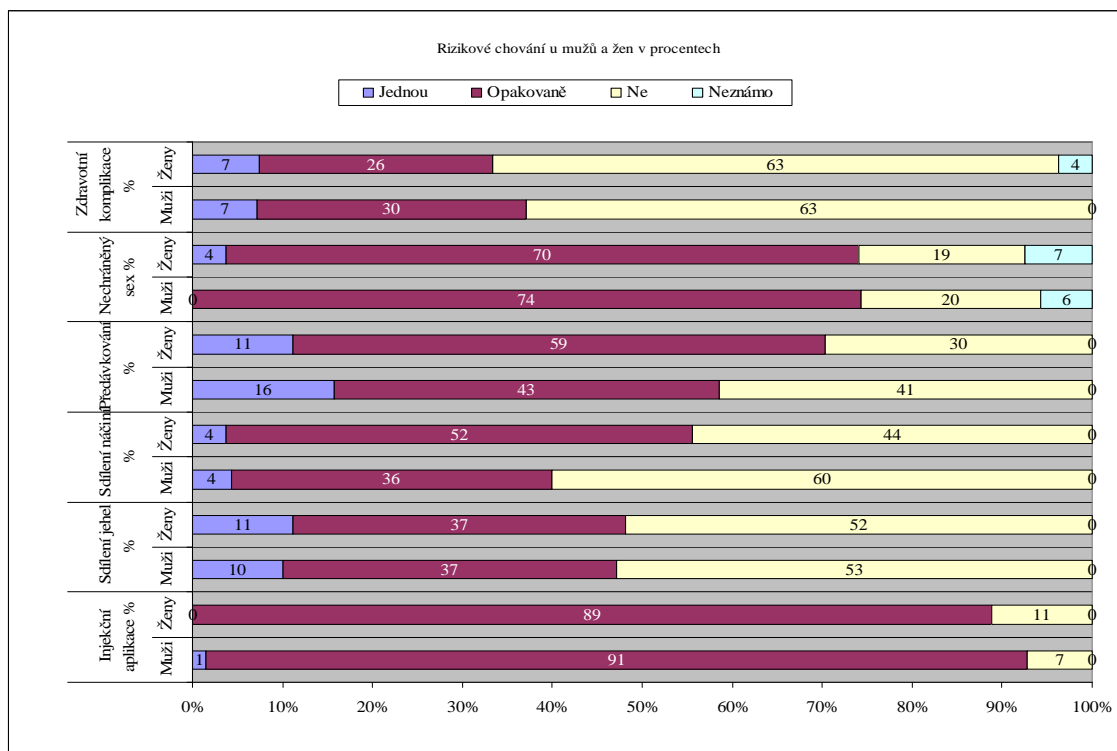
### 7.2.2 Pohlaví a analýza rizikového chování

Jako jednu z proměnných jsem ze získaných dat vybrala pohlaví respondentů, ve vzorku bylo 70 (72 %) mužů a 27 (28 %) žen. Zajímalo mne, zda existují výraznější rozdíly mezi mírou rizikového chování u mužů a žen.

Odpovědi	Injekční aplikace %		Sdílení jehel %		Sdílení náčiní %		Předávkování %		Nechráněný sex %		Zdravotní komplikace %	
	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži	Ženy
Jednou	1	0	10	11	4	4	16	11	0	4	7	7
Opakovaně	91	89	37	37	36	52	43	59	74	70	30	26
Ne	7	11	53	52	60	44	41	30	20	19	63	63
Neznámo	0	0	0	0	0	0	0	0	6	7	0	4
Celkem	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Tabulka 5 Rizikové chování u mužů a žen v procentech

Zdravotní komplikace v souvislosti s užíváním drog pocítilo 33 % žen a 37 % mužů. Nechráněný sex mělo stejně mužů jak žen a to 74 %. Zkušenost s předávkováním má 59 % mužů, u žen činí 70 %, to je o 11 % více než u mužů a zároveň o 10 % více než u všech respondentů. Sdílení náčiní uvádí více ženy (64 %) a to o 24 % více než muži. Při srovnání s výsledkem u všech respondentů překračují ženy celkový průměr o 20 %. Sdílení jehel se u obou pohlaví pohybuje téměř stejně (48 % ženy, 47 % muži). U injekční aplikace je také srovnatelné zastoupení obou pohlaví.



Graf 14 Rizikové chování mužů a žen vyjádřené v procentech

Ženy uvádí mírně nižší zkušenost s injekční aplikací a zdravotní komplikace také pociťují méně. Očekávala jsem u nich vyšší míru zodpovědnosti v pohlavním životě a to především kvůli možnému otěhotnění a vyšší citlivosti organismu k nákaze pohlavně přenosným chorobám (Ondris, Hlavatý, 2006). Míra kladných odpovědí týkajících se nechráněného sexu však byla u obou pohlaví srovnatelná. Z tabulky i grafu vyplývá, že míra rizikovosti chování je přibližně shodná u obou pohlaví, kromě sdílení náčiní k aplikaci drogy u žen o 16 % více, také předávkování je u nich o 11 % častější než u mužů.

### 7.2.3 Věk a analýza rizikového chování

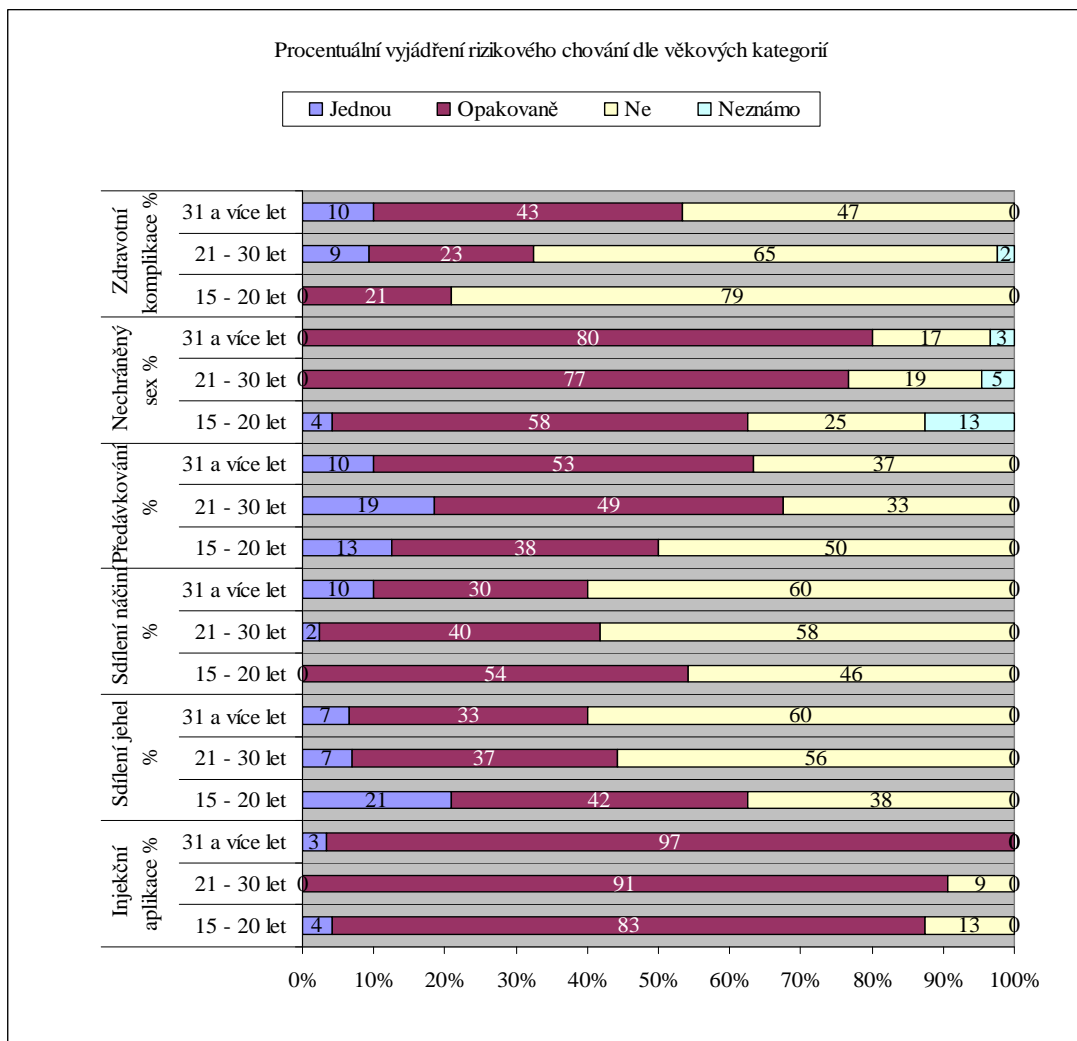
Jako další proměnnou k rizikovému chování jsem zvolila věk respondentů. Chtěla jsem ověřit zda má zvyšující se věk klientů, kromě vlivu na zkušenost s léčbou a trestnou činností, jak se uvádí v Závěrečných zprávách Kontaktního centra Plus za roky 2010 a 2011, také vliv na míru jejich rizikového užívání (Závěrečná zpráva Kontaktního a poradenského centra Plus za rok 2011). Pro srovnatelnost dat jsem klienty podle věku rozdělila do tří kategorií. V kategorii od 15 - 20 let bylo 24 klientů (25 %), do 30 let 43 osob (44 osob), nad 31 let spadalo 30 klientů (31 %).

Rizikové chování	Injekční aplikace %			Sdílení jehel %			Sdílení náčiní %			Předávkování %			Nechráněný sex %			Zdravotní komplikace %		
	Věk	15 - 20 let	21 - 30 let	31 a více let	15 - 20 let	21 - 30 let	31 a více let	15 - 20 let	21 - 30 let	31 a více let	15 - 20 let	21 - 30 let	31 a více let	15 - 20 let	21 - 30 let	31 a více let	15 - 20 let	21 - 30 let
Jednou	4	0	3	21	7	7	0	2	10	13	19	10	4	0	0	0	9	10
Opakovaně	83	91	97	42	37	33	54	40	30	38	49	53	58	77	80	21	23	43
Ne	13	9	0	38	56	60	46	58	60	50	33	37	25	19	17	79	65	47
Neznámo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13	5	3	0	2	0
Celkem	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Tabulka 6 Rizikové chování dle věkových kategorií v procentech

Se zvyšujícím se věkem respondentů roste počet uvedených zdravotních komplikací spojených s užíváním drog. Což přičítám kombinaci dvou faktorů, jednak ve vyšších věkových kategoriích jsou lidé s průměrně vyšší dobou užívání a dále také kombinace užívání drog a nižší míra regenerace staršího organismu (u uživatelů drog dochází k rychlejšímu fyzickému stárnutí). Nechráněný sex opakovaně uvedlo o 80 % osob z nejstarší věkové skupiny, 77 % z střední a 58 % osob mladších 20 let, které navíc uvedli toto rizikové chování i jednorázově ve 4%. Nechráněný sex mělo tedy z poslední skupiny celkem tedy 62 % respondentů. Zkušenost s předávkováním má 63 % klientů starších 31 let, osoby ze střední věkové kategorie o 5 % více (68 %), nejmladší skupina klientů uvádí nejnižší míru tohoto rizikového chování (51 %). Náčiní pro aplikaci drogy sdílí větší polovina (54 %) osob mladších 20 let, 42 % osob mladších 30 let a nejstarší klienti o dvě procenta méně často (40 %). Sdílení jehel je nejčastější u nejmladší věkové skupiny (63 %), osoby mezi 21 a 30 lety sdílí jehly méně často (44 %), starší 31 let uvádí toto chování v 40 %.

Injekční aplikaci uvádí nejvíce osoby starší 31 let (96 %), následuje střední věková kategorie (91 %) a osoby do 20 let (87 %).



Graf 15 Procentuální porovnání rizikového chování dle věkových kategorií

Injekční aplikace, nechráněný sex a zdravotní komplikace vykazovaly vyšší věkové skupiny ve větší míře. Naopak u sdílení jehel a sdílení náčiní uváděly nižší věkové kategorie vždy větší míru rizikového chování než osoby z kategorií vyššího věku. U Předávání nejvyšší míru rizikového chování dosáhla střední věková skupina, těsně za ní byli nejstarší klienti a nejmladší kategorie skončila s nejnižším poměrem tohoto rizikového chování.

#### 7.2.4 Délka kontaktu s zařízením a analýza rizikového chování

Kontaktní centrum Plus poskytuje své služby již třináctým rokem, mnozí z klientů jsou s ním v kontaktu po celou dobu své drogové kariéry, někteří dokonce po celou dobu jeho existence (Operační manuál Kontaktního centra Plus). Zajímalo mne proto, zda se

doba kontaktu se zařízením odráží v míře rizikového chování těchto klientů. Z první kategorie do dvou let bylo 56 respondentů (58 %), z druhé kategorie do 6 let 24 osob (25 %) a z třetí nad 7 let 17 což je (17 %).

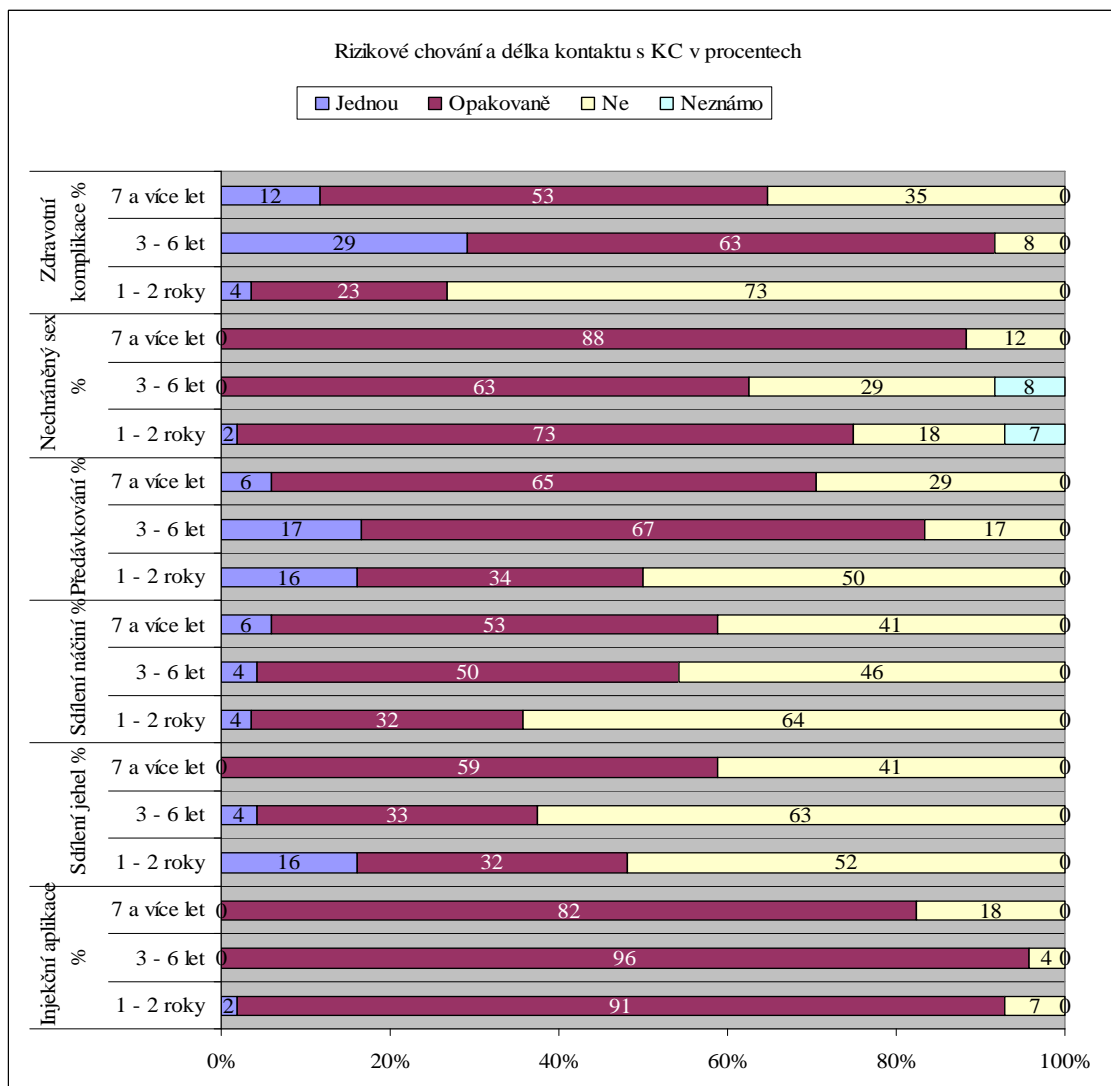
Rizikové chování	Injekční aplikace %			Sdílení jehel %			Sdílení náčiní %			Předávkování %			Nechráněný sex %			Zdravotní komplikace %		
	1 - 2 roky	3 - 6 let	7 a více let	1 - 2 roky	3 - 6 let	7 a více let	1 - 2 roky	3 - 6 let	7 a více let	1 - 2 roky	3 - 6 let	7 a více let	1 - 2 roky	3 - 6 let	7 a více let	1 - 2 roky	3 - 6 let	7 a více let
Jednou	2	0	0	16	4	0	4	4	6	16	17	6	2	0	0	4	29	12
Opakovaně	91	96	82	32	33	59	32	50	53	34	67	65	73	63	88	23	63	53
Ne	7	4	18	52	63	41	64	46	41	50	17	29	18	29	12	73	8	35
Neznámo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	8	0	0	0	0
Celkem	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Tabulka 7 Rizikové chování a délka kontaktu s KC v procentech

Kategorie 1 – 2 roky kontaktu se zařízením – Tyto osoby uvádějí v dotaznících nižší než průměrnou míru zdravotních komplikací, nechráněný sex mají ve stejné míře jako je poměr všech odpovědí, zkušenost s předávkováním je výrazně nižší, sdílení náčiní je také méně obvyklé než u průměru, sdílení jehel však mírně průměrnou hodnotu překračuje a poměr intravenózního (IV) užití v této skupině je shodný s celkovým poměrem tohoto chování u všech respondentů.

3 – 6 let – vykazují nejvyšší míru zdravotních komplikací ze všech tří kategorií a jsou více než dvojnásobné oproti celkovým výsledkům všech respondentů. Předávkování je také v nejvyšší míře uváděno touto skupinou. Procentuální podíl osob jež uvedli kladnou odpověď u Nechráněného sexu byl mezi těmito kategoriemi nejnižší. Sdílení náčiní je ve vyšší míře než průměr, naopak sdílení jehel je 10 % pod průměrnou mírou tohoto chování. Injekční aplikace vychází v mírně vyšší míře než u všech respondentů.

7 a více let – tito klienti vykazují vyšší míru zdravotních komplikací, nejčastěji měli nechráněný pohlavní styk, předávkování je u této skupiny běžné ve stejné míře jako u všech respondentů, náčiní k aplikaci drog i injekční stříkačky sdíleli častěji než je průměrně. Míra injekční aplikace je o 10 % nižší než celkový průměr.



Graf 16 Rizikové chování a délka kontaktu s KC v procentech

### 7.2.5 Testování na HIV a analýza rizikového chování

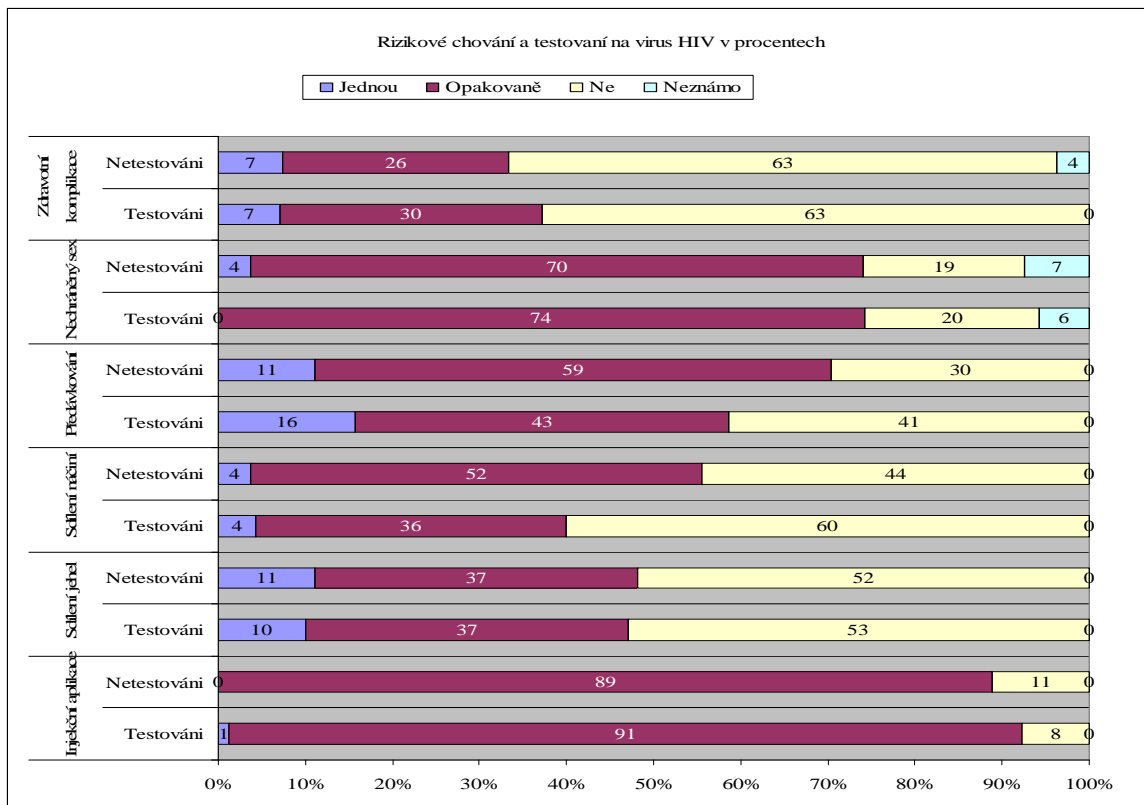
Uživatelé drog jsou více ohroženi nákazou infekčními onemocněními přenášenými krevní cestou. A to nejen díky sdílení jehel, jež představuje jednu z cest přenosu těchto nemocí, ale také díky vyšší míře výskytu těchto chorob právě mezi uživateli drog (prostitute, cizí státní příslušníci) a proto také vyššímu riziku nákazy při nechráněném pohlavním styku mezi nimi. Mnozí z nich si toto riziko uvědomují a po rizikových událos-



tech (nechráněný pohlavní styk, sdílení jehel/stříkaček či pomůcek k aplikaci drogy) test vyhledají. Testy někdy absolvovalo 78 (80 %) klientů.

Rizikové chování	Injekční aplikace		Sdílení jehel		Sdílení náčiní		Předávkování		Nechráněný sex		Zdravotní komplikace	
	Testování	Netestování	Testování	Netestování	Testování	Netestování	Testování	Netestování	Testování	Netestování	Testování	Netestování
Jednou	1	0	10	11	4	4	16	11	0	4	7	7
Opakovaně	91	89	37	37	36	52	43	59	74	70	30	26
Ne	8	11	53	52	60	44	41	30	20	19	63	63
Neznámo	0	0	0	0	0	0	0	0	6	7	0	4
Celkem	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Tabulka 8 Rizikové chování a testování na HIV v procentech



Graf 17 Rizikové chování a testování na virus HIV v procentech

Klienti, kteří byli testováni na virus HIV uvádí mírně vyšší výskyt zdravotních komplikací spojených s užíváním drog. Nechráněný sex a předávkování se u nich vyskytuje

ve stejné míře jako u všech respondentů. Sdílení jehel odpovídá průměru, sdílení náčiní je však mírně nižší. Mezi otestovanými je poměr osob užívajících drogy injekčně stejný jako u všech respondentů.

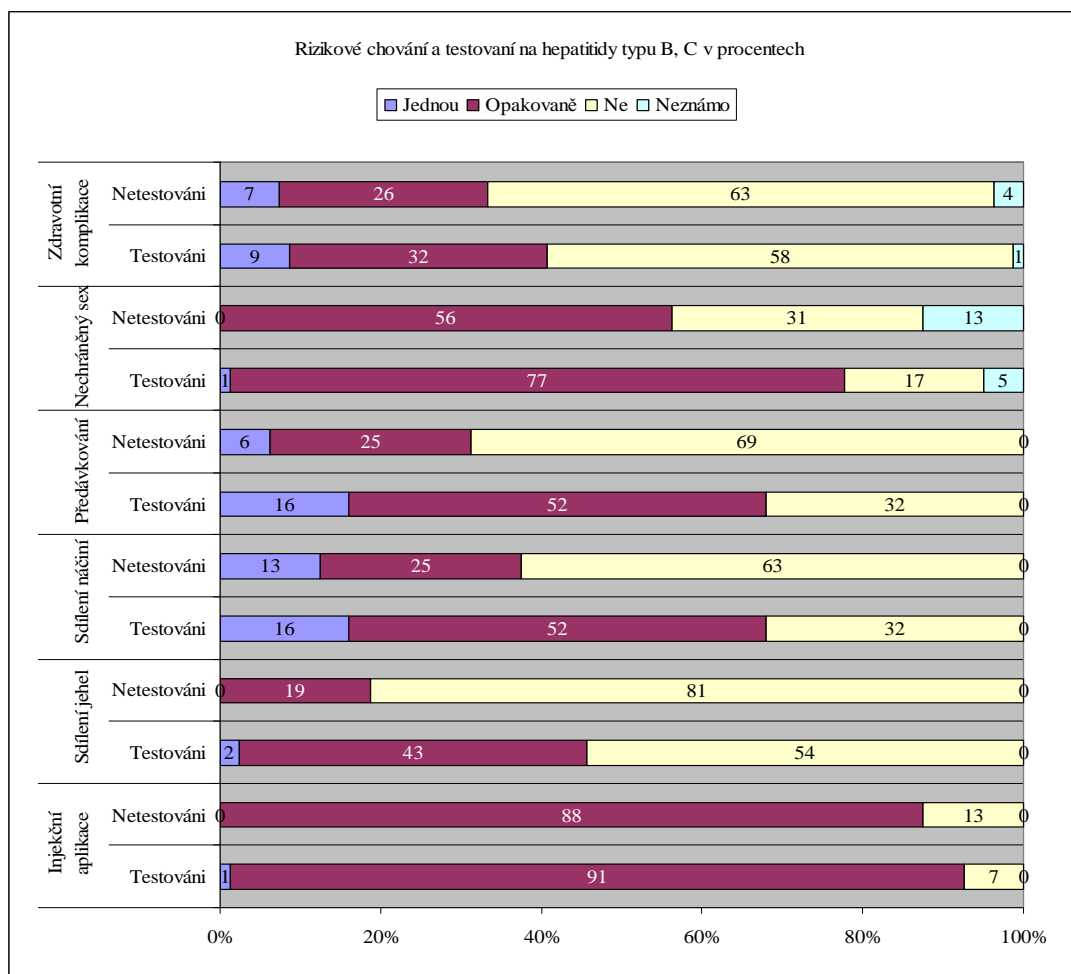
### 7.2.6 Testování na hepatitidy B, C a analýza rizikového chování

Z výzkumného vzorku podstoupilo testování na hepatitidy (B a C) během života 79 osob. Hepatitidy B, C jsou celkově v populaci rozšířeny více než virus HIV. V In-come dotazníku na tato obě onemocnění uvedena uzavřená otázka. Vzhledem k tomu, že v KC Plus probíhá téměř ve všech případech testování na tyto virové onemocnění dohromady, není společné sledování parenterálních hepatitid vzhledem k rizikovému chování překážkou.

Rizikové chování	Injekční aplikace		Sdílení jehel		Sdílení náčiní		Předávkování		Nechráněný sex		Zdravotní komplikace	
	Testování	Netestování	Testování	Netestování	Testování	Netestování	Testování	Netestování	Testování	Netestování	Testování	Netestování
Jednou	1	0	2	0	16	13	16	6	1	0	9	7
Opakovaně	91	88	43	19	52	25	52	25	77	56	32	26
Ne	7	13	54	81	32	63	32	69	17	31	58	63
Neznámo	0	0	0	0	0	0	0	0	5	13	1	4
Celkem	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Tabulka 9 Rizikové chování a testování na hepatitidy B a C v procentech

Klienti otestovaní na hepatitidy typu B a C uvádí mírně vyšší výskyt zdravotních komplikací, neotestovaní pak výrazně nižší. Nechráněný sex a předávkování se vyskytuje u testovaných více než u všech respondentů, u osob které nebyly otestovány je výskyt tohoto chování výrazně nižší. Otestované osoby uvedly výrazně vyšší míru sdílení náčiní a sdílení jehel než neotestovaní. Injekční aplikace byla více uváděna u testovaných, odpovídala však míře vyskytující se u všech respondentů.



Graf 18 Rizikové chování a testování na hepatitidy B a C v procentech

### 7.2.7 Léčba závislosti a analýza rizikového chování

Ve výzkumu zaměřeném na výskyt infekcí spojených s užíváním drog, vyšel jako jeden z významných faktorů - hospitalizace v léčebném zařízení v posledním měsíci před provedením testu (Mravčík, Petrošová, Zábranský, Řehák, Coufalová, 2009). Tento údaj mne zaujal a proto chci zjistit, zda zkušenost s léčbou závislosti obecně může být také významným faktorem při sledování rizikového chování respondentů.

Zkušenost s léčbou závislosti uvedlo celkem 33 osob, což je 34 % z celkového počtu respondentů. Klienty kontaktních center jsou ve většině případů osoby nemotivované k abstinenci či léčbě. Proto chci porovnat jako proměnnou zkušenost s léčbou s rizikovým chováním těchto klientů.

Odpovědi	Injekční aplikace %		Sdílení jehel %		Sdílení náčiní %		Předávkování %		Nechráněný sex %		Zdravotní komplikace %	
	Ano	Ne	Ano	Ne	Ano	Ne	Ano	Ne	Ano	Ne	Ano	Ne
Jednou	0	2	6	13	0	2	12	16	0	2	6	8
Opakovaně	94	89	48	31	48	38	64	39	79	70	48	19
Ne	6	9	45	56	52	61	24	45	18	20	45	72
Neznámo	0	0	0	0	0	0	0	0	3	8	0	2
Celkem	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Tabulka 10 Osoby se zkušeností s léčbou závislosti a rizikové chování

Zdravotní komplikace uvedlo 55 % osob, které měly zkušenost s léčbou a 27 % respondentů jež tuto zkušenost neměli. Přičemž prevalence zdravotních komplikací u všech respondentů činila celkem 36 %.

Nechráněný sex mělo opakovaně 79 % léčených se závislostí a 72 % neléčených.

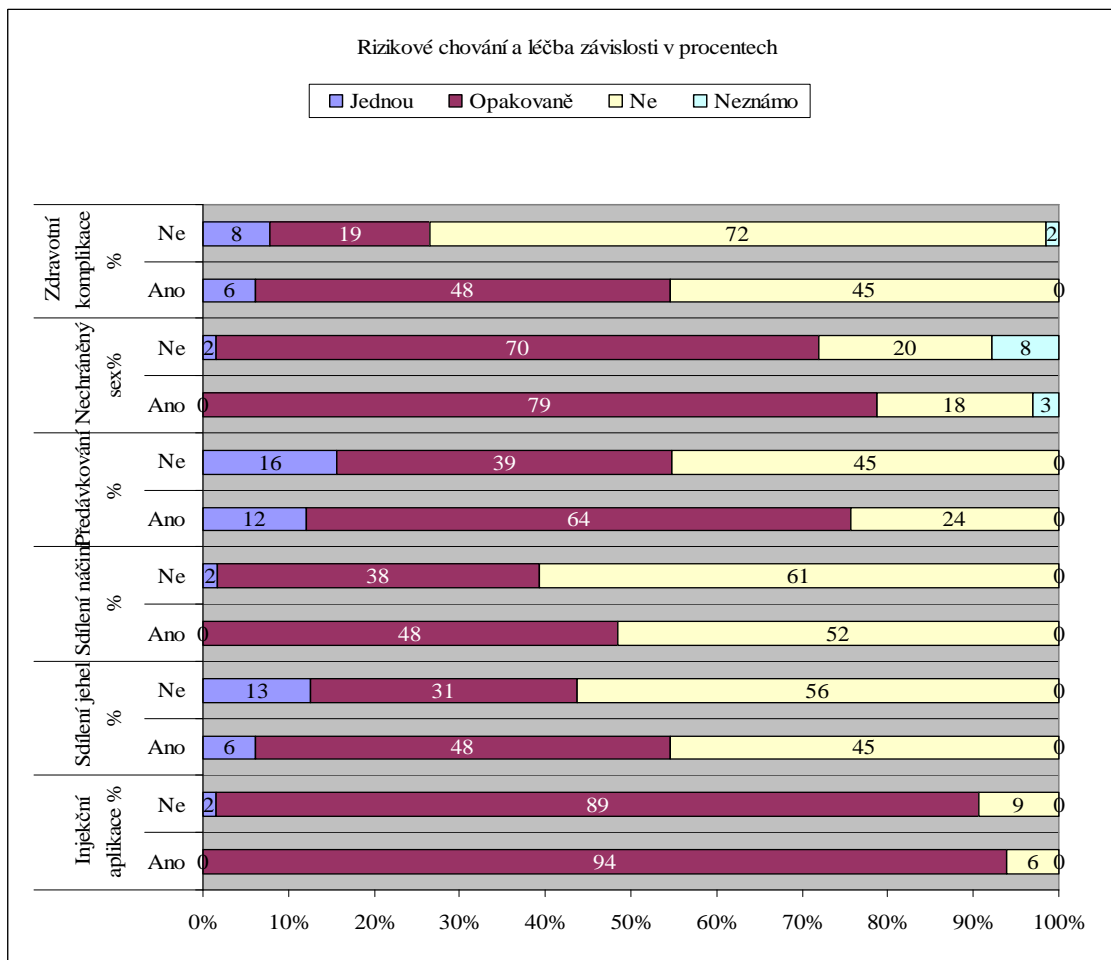
Předávkování zažilo 76 % osob, které absolvovaly alespoň část léčby závislosti a 54 % těch, co tento zážitek neměli.

Náčiní sdílelo 49 % léčených, oproti 40 % neléčeným se závislostí.

Sdílení jehel uvedlo 55 % osob, které měly zkušenost s léčbou a 44 % těch, co tuto odpověď nezvolily.

Rozdíl mezi rizikovým chováním Injekční aplikace byl mezi léčenými (94 %) a neléčenými (92 %) minimální.

Osoby, které alespoň částečně prošly léčbou závislosti vykazují vyšší než průměrnou míru zdravotních komplikací, nechráněný sex je v míře mírně vyšší než je celkový průměr tohoto rizikového chování u všech respondentů., předávkování, sdílení náčiní a jehel také mírně vyšším rozsahu než tvoří průměr.



Graf 19 Rizikové chování a léčba závislosti v procentech

Osoby, které zkušenost s léčbou závislosti nemají uvádí výrazně nižší míru zdravotních komplikací, míra rizikového chování vzhledem k nechráněnému sexu je u této skupiny téměř totožná s průměrným výsledkem všech respondentů. Předávkování, sdílení jehel i náčiní je pod průměrnou hodnotou uváděnou všemi respondenty.

## 7.3 Nejvýznamnější zjištění analýzy

### 7.3.1 Zjištění vztahující se k výzkumnému vzorku respondentů

Nejzajímavějším zjištěním bylo, že u žen vychází nižší průměrný věk.

Nejvíce zastoupenou věkovou kategorií byla skupina od 15 – 20 let, tvořila čtvrtinu ze všech respondentů. Přičemž u mužů činilo procento jejího zastoupení 21 % a u žen 33 %. To znamená, že třetina respondentek byla mladší 20 let.

Třetina respondentů nemá dokončené základní vzdělání, víc než polovina je vyučena či má vyšší vzdělání, 15 % osob studuje. Víc než polovina osob je bez zaměstnání (57 %).

44 % respondentů bydlí u rodičů, 45 % si zajišťuje bydlení samo, 11 % osob nemá stálé místo ubytování zabezpečeno.

Z 39 % respondentů žije ve společné domácnosti s jiným uživatelem drog, zajímavé bylo, že pětinu z nich představují rodiče klientů, kteří také užívají drogy.

Pervitin užili všichni respondenti, 80 % z nich jej užívá nitrožilně. Nejnižším věkem užití bylo 11 let, nejvyšší věk prvního užití byl 37 let. U způsobu prvního užití uvedlo 41 % osob nitrožilní aplikaci.

Heroin užila, či užívá téměř třetina respondentů, u 89 % jde o IV uživatele. 80 % osob tuto drogu užilo poprvé intravenózně.

Pro Kroměřížsko typické zneužívání opia uvedlo 53 % klientů. Nitrožilně jej užívá 90 % osob a 83 % jej takto užilo i poprvé. Nejmladšímu experimentátorovi bylo 13, nejstaršímu 37 let.

Velmi zajímavým zjištěním pro mne bylo, že více než polovinu respondentů tvořily osoby, které jsou se zařízením v kontaktu pouze do dvou let.

Testováno na virus HIV bylo 80 % osob (z toho 60 % v posledních dvou letech), na hepatitidy B a C bylo otestováno celkem 84 % klientů.

S jakoukoliv formou a délkou léčby závislosti má zkušenost 34 % respondentů.

### **7.3.2 Zjištění vztahující se k rizikovému chování respondentů**

Zjištěné údaje vztahující se k rizikovému chování respondentů použiji pro zodpovězení výzkumných otázek, které jsem si na počátku tohoto výzkumu stanovila.

Hlavní výzkumná otázka zněla:

Jaké formy rizikového chování jsou u klientů KC Plus nejčastěji zastoupeny?

Z výzkumu vyplynulo, že nejčastěji vyskytujícím se rizikovým chováním je injekční aplikace 94 % (91 osob), dále nechráněný sex 77 % (75 osob), předávkování 62 % (61 osob), sdílení jehel 47 % (46 osob) a sdílení náčiní 44 % (43 osob), nejméně časté jsou zdravotní komplikace 39 % (38 osob).

Specifické otázky tohoto výzkumu zní:

- Jaké jsou rozdíly mezi odpověďmi klientů na míru rizikové chování v minulosti a současnosti?

Kromě nechráněného sexu a zdravotních problémů, došlo k velké změně odpovědí respondentů směrem k méně rizikovému chování.

Nejvyšší míru rozdílnosti při srovnávání dat v této analýze měly údaje o rizikovém chování v minulosti (více než měsíc před vyplněním dotazníku) a současnosti (30 dnů před vyplněním dotazníku). Téměř všechny změny spočívaly v nahrazení kladných odpovědí (Jednou, Opakovaně) v minulosti na odpověď Ne či Neznámo. Z toho usuzuji, že respondenti vnímali poslední měsíc vzhledem ke svému užívání drog jako méně rizikový. Jedním z důvodů proč tomu tak je, může být nepoměrná délka obou období. Lze předpokládat, že za kratší časový úsek dojde k nižšímu výskytu určitých jevů než za období dlouhé třeba i několik let. Tento argument však nelze považovat za jediný směrodatný. Podle mého názoru není možné, aby tak velké množství klientů uvádějících opakované rizikové chování v období delším než před měsícem, změnili během 30 dnů své návyky a proto odpověděli záporně. Proto bych mezi další možné faktory, které přispěly k tomuto rozdílu chování v minulosti a současnosti, přidala ještě zkreslené vnímání času a subjektivně změněný náhled na rizikové chování uživatelů drog a drogově závislých.

- Ovlivňuje pohlaví klientů míru jejich rizikového chování?

Ženy vyšly z tohoto porovnání s výrazně vyšší mírou rizikového chování než muži. Častěji sdílí jehly, náčiní i mají více zkušeností s předávkováním. U nechráněného sexu vykazují stejný počet kladných odpovědí jako muži.

Neočekávaným výsledkem je pro mne fakt, že ženy vycházejí z tohoto srovnání jako rizikovější skupina. Možné vysvětlení jde také spatřovat v spolupůsobení nižšího věku u žen.

Ovlivňuje věk klientů míru jejich rizikového chování?

Osoby starší 31 let uváděly ve vyšší míře injekční aplikace, nechráněný sex a zdravotní komplikace. Sdílení jehel a sdílení náčiní stoupalo s klesajícím věkem respondentů. Domnívám se proto, že u starších klientů je ve většině případů pravděpodobnější delší doba užívání, která sebou nese častější injekční aplikace a s přibývajícím věkem i přibývající zdravotní problémy. Nechráněný sex u této věkové skupiny spojuji s větším počtem dlouhodobějších partnerství a z tohoto důvodu i nižší potřebě ochrany před pohlavně přenosnými chorobami. Rizikové chování u mladších klientů může být způsobeno nižší mírou informovanosti a zkušenosti.

- Ovlivňuje u klientů délka kontaktu se zařízením míru jejich rizikového chování?

Kategorie 1 – 2 roky kontaktu se zařízením – uvádí nižší nebo stejnou míru rizikového chování u všech otázek kromě sdílení jehel

3 – 6 let – vykazují nejvyšší míru zdravotních komplikací, předávkování, ve vyšší míře také sdílení náčiní. Nejméně často uvádějí nechráněný pohlavní styk a také sdílení jehel je méně časté než u ostatních věkových kategorií

7 a více let – tito klienti vykazují vyšší míru zdravotních komplikací, nejčastěji uváděli nechráněný pohlavní styk, náčiní k aplikaci drog i injekční stříkačky sdíleli častěji než je průměrně. Míra injekční aplikace je o 10 % nižší než celkový průměr

- Ovlivňuje u klientů absolvování testu na HIV míru jejich rizikového chování?

- Ovlivňuje u klientů absolvování testu na hepatitidy typu B a C míru jejich rizikového chování?

Charakter rizikového chování u otestovaných na virus HIV a hepatitidy B a C se liší v tom, že osoby otestované na hepatitidy vykazují rizikovější chování v oblasti nechráněného sexu a sdílení jehel. V ostatních výsledcích jsou tyto skupiny srovnatelné, vykazují shodně vyšší míru zdravotních komplikací a stejný poměr intravenózních uživatelů jako obsahuje celý vzorek respondentů.

- Ovlivňuje u klientů zkušenost s absolvováním léčby závislosti míru jejich rizikového chování?

Osoby, které alespoň částečně prošly léčbou závislosti vykazují vyšší nebo průměrnou míru u všech otázek rizikového chování. Osoby, které zkušenost s léčbou závislosti ne-



mají uvádí výrazně nižší nebo průměrnou míru u všech typů rizikového chování uvedeného v Tabulce rizikového užívání.

#### **7.4 Doporučení pro praxi**

Při práci s In-come dotazníky mne napadlo několik postřehů, které mohou pracovníci kontaktního centra využít pro zefektivnění práce s těmito dokumenty.

Všimla jsem si, že dotazníky vyplněné jedním z pracovníků neobsahují v Tabulce užívaných drog nikdy údaje k drogám 11 a 12 (alkohol a cigarety). Proto bych doporučila všem pracovníkům sjednotit metodiku pro jejich vyplnění.

Tabulka rizikového užívání obsažená v In-come dotazníku je rozdělena na období současnosti a minulosti, pro přehlednější zpracování bych navrhovala popřemýšlet nad její využitelností jak při anamnestickém rozhovoru, tak pro statistické zpracování. Případně pak změny konzultovat s správcem aplikace, aby došlo k její úpravě pro zefektivnění využití dat z dotazníku. Jako přínosnější bych viděla variantu – rozdělení na období celoživotní zkušenost a stav v posledních třech měsících. Což odpovídá době od posledního rizikového chování (jež mohlo způsobit nákazu infekčními nemocemi) a obdobím provedení testu, který již může zachytit relevantní výsledek zohledňující i tuto událost.

Vzhledem k občasnému výskytu nových drog v ČR, bych doporučila se cíleně při vyplňování zaměřit na zmírňování tzv. nových syntetických drog.

Při konzultacích se správcem systému Uniata navrhnout, aby program filtroval a umožňoval kvantitativně porovnávat informace obsažené ve všech částech tohoto dokumentu.

Výsledky analýzy pak mohou pracovníci využít jako podklady pro plánování nových či zhodnocení efektivnosti stávajících služeb Kontaktního centra PLUS. Například zkoumáním skupiny žen, proč navštěvují centrum tak mladé uživatelky, co jim lze navíc nabídnout, co nabízet starším ženám.

Údaje pak mohou být, dle zvážení pracovníků, dále použity například pro výroční zprávy, či jako podměty k dalšímu zkoumání. Z mého pohledu by bylo zajímavé se dále zabývat těmito daty - délka užívání a věk klientů, porovnání proměnných jako je zaměstnání a rizikové chování a četnosti užívání u jednotlivých typu drog..

Po konzultaci s pracovníky budou nejzajímavější zjištění analýzy prezentované jako přednáška na zařízení pořádané konferenci. Jejíž již šestý ročník proběhne k příležitosti Mezinárodního dne boje proti drogám koncem měsíce června.

## ZÁVĚR

Analýza zabývající se stejnými proměnnými nebyla v zařízení nikdy prováděna, ani v literatuře jsem nenašla stejný typ rozboru těchto dat. V této práci mi šlo především o deskripci aktuální situace, na základě které jsem se pokusila definovat nejvýraznější oblasti, jež by bylo zajímavé dále sledovat popřípadě testovat.

Prostřednictvím své práce, bych chtěla přinést nové informace o klientech Kontaktního centra PLUS týkající se jejich drogové „kariéry“ a rizikového chování. Tyto údaje nebyly dříve souhrnně sledovány, nemohly proto být využity pro porovnání s jinými výzkumy, pro analýzu služeb a její další vývoj v souladu se stavem a vývojem drogové populace klientů Kontaktního centra PLUS.

Dále plánuji získaná data použít jako zdroj pro přednášku na konferenci, kterou zařízení každoročně pořádá k Mezinárodnímu dni boje proti drogám. Myslím, že část ze zjištěných závěrů mohou být zakomponovány i do programu besed a přednášek pořádaných zařízením.

Za velmi přínosné považuji vytvoření komplexnějšího náhledu prostřednictvím statistických dat a jejich konfrontace s dosavadními zkušenostmi a názory pracovníků na stav dané problematiky.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] CSÉMY, L., CHOMYNOVÁ, P. *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD): Přehled hlavních výsledků studie v České republice v roce 2011*. Úřad vlády České republiky, 2012. č. 1. ISSN 1214-1089.
- [2] Free Base: databázový program. In: ORLÍKOVÁ, B. *FreeBase - manuál: IN-COME dotazník* [online]. Dostupné z: [www.freebase.drogy-info.cz](http://www.freebase.drogy-info.cz)  
<http://freebase.drogy-info.cz/>.
- GROHMANNOVÁ, K., GROLMUSOVÁ, L., CHOMYNOVÁ, P. *Situace ve věcech drog v České republice v roce 2010: Souhrn výroční zprávy*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2012. č. 2. ISSN 1214-1089.
- [3] HEJDA, V. *Onemocnění virem hepatitidy C*. 1. vyd. Praha: Schering-Plough, 2006. 117 s.
- [4] KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 1*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 319 s. ISBN 80-86734-05-6.
- [5] KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky. 343 s. 2003. ISBN 80-86734-05-6.
- [6] KALINA, K. a kol. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí 1*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2001. 118 s. ISBN 80-238-8014-4.
- [7] KIŠŠOVÁ, L. *Protidrogová politika a její koordinace*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2009. č. 2. ISSN 1214-1089.
- [8] KIŠŠOVÁ, L., MRAVČÍK, V., HORÁKOVÁ, M., PEŠEK, R., KOŇÁK, T. *Drogy a vězni v ČR: Výsledky dotazníkové studie mezi osobami ve výkonu trestu odnětí svobody*. Praha: Úřad vlády České republiky. 2011. ISSN 1214 - 1089.
- [9] KONTAKTNÍ CENTRUM PLUS. *Operační manuál Kontaktního centra Plus*. 2012. vyd. Kroměříž, 2012. Nepublikováno. Materiál pro vnitřní potřebu.
- [10] Krajská správa ČSÚ: *Nezaměstnanost*. [online]. [cit. 2012-05-03]. Dostupné z: <http://www.zlin.czso.cz/x/krajedata.nsf/oblast2/nezamestnanost-xz>
- [11] KRAJSKÝ ÚŘAD ZLÍNSKÉHO KRAJ. *Výroční zpráva o realizaci protidrogové politiky Zlínského kraje za rok 2010*. Zlín, 2011. Materiál pro vnitřní potřebu.

[12] MRAVČÍK, V., B. PETROŠOVÁ, B. ZÁBRANSKÝ, T. ŘEHÁK, V., COUFALOVÁ, M. *Výskyt VHC u injekčních uživatelů drog*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2009. 75 s. ISBN 978-80-7440-003-2.

[13] *Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 - 2018* Sekretariát RVKPP, 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky ÚV ČR, 2011. 51 s. ISBN 987-80-7440-045-2.

[14] NĚMEČEK, Vratislav. *Český statistický úřad: Národní referenční laboratoř pro AIDS* [online]. 30. 1. 2012. 2012 [cit. 2012-05-03]. Dostupné z: [http://www.szu.cz/uploads/documents/CeM/HIV\\_AIDS/rocní\\_zpravy/2011/tiskova\\_zprava\\_30.1.2012\\_HIV\\_AIDS\\_v\\_CR\\_2011.pdf](http://www.szu.cz/uploads/documents/CeM/HIV_AIDS/rocní_zpravy/2011/tiskova_zprava_30.1.2012_HIV_AIDS_v_CR_2011.pdf) Tisková zpráva - Národní referenční laboratoř.

[15] NEŠPOR, K., CSEMY, I. *Průchozí drogy*. 1. vyd. Praha: Fortuna, 2002. 28 s. ISBN 80-7071-198-1.

[16] NEŠPOR, K., PROVAZNÍKOVÁ, H. *Slovník prevence problémů způsobených návykovými látkami : pro rodiče a pedagogy*. 1. vyd. Praha : Fortuna, 1997. 22 s. ISBN 80-7071-050-0.

[17] ONDRIS, V., HLAVATÝ, M. *Pohlavní nemoci od A do Z, základní informace*. 1. vyd. Praha: Česká společnost AIDS pomoc, 2006. 16 s.

[18] Právní předpisy protidrogové politiky [online].[cit. 2012-04-04]. Dostupné z [www.drogy-info.cz](http://www.drogy-info.cz) – právní předpisy

[19] RADIMECKÝ, J. *Minimalizace rizik (harm reduction) v kontaktním centru pro uživatele drog*. [online]. 2006, s. 2 [cit. 2012-05-03]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/articles/cz/71/197/Minimalizace-rizik-harm-reduction-v-kontaktním-centru-pro-uzivatele-drog.html>.

[20] RADIMECKÝ, J., JANÍKOVÁ, B., ZÁBRANSKÝ, T. *Trendy na drogové scéně v ČR: Ohniskové skupiny s pracovníky nízkoprahových programů*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky. 2009. 63 s. elektronická publikace, Dostupné z [www.drogy-info.cz](http://www.drogy-info.cz).

[21] ROUBALOVÁ, A. ŠALAMOUN, J. *Manuál databáze UNIDATA*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, Národní monitorovací středisko pro drogy a

drogové závislosti, 2010 . 60 s elektronická publikace, [online] Dostupné z: [www.drogy-info.cz](http://www.drogy-info.cz).

[22] *Seznam a definice výkonů drogových služeb*, kol. autorů, 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky. 2006. 88 s. ISBN: 80-86734-81-1.

[23] STUDNIČKOVÁ, B. *Žádosti o léčbu spojenou s užíváním drog v ČR*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2009. 12 s. ISSN 1214-1089.

Trendy vývoje a výskytu HIV/AIDS v ČR v roce 2011: tisková zpráva.

[25] *Účinnost programů výměny sterilních jehel a stříkaček při snižování rizika nákazy HIV/AIDS mezi injekčními uživateli drog: Odborné podklady pro činnost*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky. 2004. 86 s. ISBN 80-86734-74-9.

[26] *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010*. 1.vyd. Praha: Úřad vlády České republiky. 2012.132 s. ISBN 978-80-7440-056-8.

*Výroční zpráva za rok 2011, Stav drogové problematiky v Evropě*. 1.vyd. Luxemburg: Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, 2011. 112 s. ISBN 978-92-9168-466-3.

[27] ZÁBRANSKÝ, T., JANÍKOVÁ, B. *Studie „Seroprevalence krevně přenosných virových infekcí mezi ruskojazyčnými injekčními uživateli na drogové scéně v hl. m. Praze (RUS-IDU-PHA)“: Souhrnná zpráva*. 1.vyd. Praha: Centrum adiktologie, PK 1. UK v Praze. 2008. 32 s. [online], Dostupné z: [www.drogy-info.cz](http://www.drogy-info.cz).

[28] Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách [online]. [cit. 2012-02-14]. Dostupné [www. mpsv.cz](http://www.mpsv.cz).

[29] *Závěrečná zpráva Kontaktního centra Plus v Kroměříži za rok 2011*. Ne publikováno. Materiál pro vnitřní potřebu.

[30] ZEMAN, P., GAJDOŠÍKOVÁ, H. *Nový trestní zákoník: Změny v postihu (nejen) drogové kriminality*. Úřad vlády České republiky. 2010. č. 2. ISSN 1214 – 1089.

## **SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK**

EMCDDA – Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti

EU/EEA - Evropská unie a evropské ekonomické oblasti

HBV, VHB – virus způsobující hepatitidu typu B

HCV, VHC– virus způsobující hepatitidu typu C

HIV – Human Immunodeficiency Virus, vir ze skupiny retrovirů způsobující AIDS

HR – Harm reduction

IUD – intravenózní uživatel nelegálních drog

IV – intravenózní, nitrožilní

KC – kontaktní centrum

LSD – halucinogenní droga, diethylamid kyseliny lysergové

NMS – Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti

OPL – omamné a psychotropní látky

RVKPP – Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky

THC – hlavní psychoaktivní látka cannabinoidů

TP – terénní program pro uživatele drog

UD – uživatel nelegálních drog

**SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1 Věk respondentů .....	47
Tabulka 2 Rozdělení respondentů do věkových kategorií po pěti letech.....	48
Tabulka 3 Rizikové chování v minulosti a procentuální podíl zastoupených odpovědí 55	
Tabulka 4 Rizikové chování v minulosti a současnosti v procentech .....	55
Tabulka 5 Rizikové chování u mužů a žen v procentech.....	58
Tabulka 6 Rizikové chování dle věkových kategorií v procentech .....	60
Tabulka 7 Rizikové chování a délka kontaktu s KC v procentech .....	62
Tabulka 8 Rizikové chování a testování na HIV v procentech.....	64
Tabulka 9 Rizikové chování a testování na hepatitidy B a C v procentech.....	65
Tabulka 10 Osoby se zkušeností s léčbou závislosti a rizikové chování.....	67



## SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Věk respondentů v době vyplnění dotazníku rozdělený do kategorií po 10 letech .....	48
Graf 2 Dokončené vzdělání respondentů .....	49
Graf 3 Zaměstnanost respondentů .....	49
Graf 4 Kde respondenti žili v době vyplnění dotazníku .....	50
Graf 5 S kým respondenti žili v době vyplnění dotazníku.....	50
Graf 6 Zkušenosti respondentů s nelegálními drogami .....	51
Graf 7 Počty let kontaktu respondentů se zařízením rozdělených na kategorie.....	52
Graf 8 Počty roků kontaktu respondentů se zařízením .....	52
Graf 9 Otestování na HIV      Graf 10 Otestování na hepatitidy B a C.....	53
Graf 11 Zkušenost respondentů s léčbou závislosti.....	53
Graf 13 Počty klientů, kteří uvedli odlišné odpovědi v období dříve a nyní .....	57
Graf 14 Rizikové chování mužů a žen vyjádřené v procentech.....	59
Graf 15 Procentuální porovnání rizikového chování dle věkových kategorií.....	61
Graf 16 Rizikové chování a délka kontaktu s KC v procentech.....	63
Graf 17 Rizikové chování a testování na virus HIV v procentech.....	64
Graf 18 Rizikové chování a testování na hepatitidy B a C v procentech.....	66
Graf 19 Rizikové chování a léčba závislosti v procentech .....	68

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha 1: In-come dotazník Kontaktního centra PLUS



Oblastní charita Kroměříž  
Ztracená 63, 76701 Kroměříž  
IČ 726043891/0100 KD Kroměříž  
IČ 18189750  
Tel.: 573 343 648  
E-mail: info@kromeriz.charita.cz  
www.kromeriz.charita.cz



Kontaktní centrum Plus  
Ztracená 63, 76701 Kroměříž  
Kontaktní a poradenské centrum Plus  
Terénní program Plus  
Tel.: 573 330 569  
E-mail: kv.otto@centrum.cz  
sk.kromeriz.charita.cz

### DOTAZNÍK IN-COME

**DATUM KONTAKTU :** \_\_\_\_\_ **OKRES :** \_\_\_\_\_ **KRAJ :** \_\_\_\_\_  
**KÓD KLIENTA :** \_\_\_\_\_ **POHLAVÍ :** 1. Žena 2. Muž  
**ROK NAROZENÍ :** \_\_\_\_\_ **STÁTNÍ PŘÍSLUŠNOST :** 1. ČR 2. Jiná

<b>BYDLENÍ (s kým) :</b> 1. Sám 2. S rodiči/rodinou 3. S přáteli 4. S partnerem 5. S partnerem a dítětem 6. Sám s dítětem	<b>BYDLENÍ (kde) :</b> 1. U rodičů 2. Vlastní nebo pronajatý byt 3. Cizí byt 4. Ubytovna 5. Squat 6. Bez domova, na ulici
--	--

**ŽIJEŠ S OSOBOU UŽÍVAJÍCÍ DROGY :** 1. Ano  
 2. Ne

**ZAMĚSTNÁNÍ, ŠKOLA :** 1. Pravidelné zaměstnání  
 2. Škola  
 3. Přležitostné práce  
 4. Bez zaměstnání (registrován na ÚP – bez sociálních dávek)  
 5. Bez zaměstnání (bez evidence na Úřadu práce)  
 6. Bez zaměstnání (registrován na ÚP – sociální dávky)

**DOKONČENÉ VZDĚLÁNÍ :** 1. Základní  
 2. Vyučen  
 3. Střední s maturitou  
 4. Vyšší odborné  
 5. Vysokoškolské  
 6. Neukončené základní

**VYŠETŘENÍ HIV :** 1. Testován \_\_\_\_\_ v roce  
 2. Netestován \_\_\_\_\_

**VYŠETŘENÍ ŽLOUTENKY :** 1. Testován \_\_\_\_\_ v roce  
 2. Netestován \_\_\_\_\_

**LÉČBA ZÁVISLOSTÍ :** 1. Ano \_\_\_\_\_ 2. Ne \_\_\_\_\_

