

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Doktorský

Studijní obor: Lékařská psychologie a psychopatologie



Mgr. Jana Justinová

SEXUALITA UŽIVATELŮ NÁVYKOVÝCH LÁTEK

SEXUALITY OF DRUG USERS

Disertační práce

Vedoucí práce: prof. PhDr. Petr Weiss Ph.D.

Praha, 2010

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem uvedla všechny použité informační zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby tato závěrečná práce byla archivována v Ústavu vědeckých informací 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze a zde užívána ke studijním účelům. Za předpokladu, že každý, kdo tuto práci použije pro svou přednáškovou nebo publikační aktivitu, se zavazuje, že bude tento zdroj informací řádně citovat.

Souhlasím se zpřístupněním elektronické verze mé práce v Digitálním repozitáři Univerzity Karlovy v Praze (<http://repozitar.cuni.cz>). Práce je zpřístupněna pouze v rámci Univerzity Karlovy v Praze

Souhlasím – Nesouhlasím

V Praze, 20.2.2010

JANA JUSTINOVÁ

Za cenné rady, podporu a trpělivost při vypracování této disertační práce děkuji svému školiteli prof. PhDr. Petru Weissovi, Ph.D. Za konzultace a spolupráci při sběru dat pak mnoha svým kolegům.

JUSTINOVÁ, Jana. *Sexualita uživatelů návykových látek [Sexuality of Drug Users]*. Praha, 2010. 213s., 2 příl. Disertační práce (Ph.D.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Psychiatrická klinika. Vedoucí práce Weiss, Petr.

Abstrakt:

Cíl: Cílem předkládané práce je zmapovat dosud málo probádanou oblast sexuality pravidelných uživatelů amfetaminů (pervitinu) a opioidů (buprenorfinu) a také zjistit, zda mezi nimi existují rozdíly. Dalším cílem je srovnání souboru uživatelů návykových látek a věkově srovnatelného souboru reprezentujícího českou populaci v určitých charakteristikách sexuálního chování.

Metody: Jedná se o výzkum kvantitativní povahy. Ke sběru dat bylo použito k tomu účelu sestaveného anonymního dotazníku, který samostatně vyplnilo 267 respondentů, z nichž 115 mužů a 51 žen užívalo v době výzkumu pravidelně pervitin a 68 mužů a 33 žen buprenorfin (Subutex). Data byla zpracována za pomoci statistického programu SPSS.

Výsledky: Se svým sexuálním životem je spokojeno 52 % mužů a 66 % žen v souboru. 73 % všech respondentů uvedlo, že drogy nějakým způsobem změnily jejich sexuální život. Skupiny se v závislosti na droze liší v tom, o jakou změnu se jedná. Uživatelky Subutexu mají častěji potřebu sexuálního vybití než uživatelky pervitinu. Někaký druh potíží v sexu zažilo za dobu užívání drog 57 % mužů a 66 % žen. Zkušenost se sexuálním stykem s jinou ženou má 61 % žen a 40 % se považuje za bisexuálně orientované. 48 % mužů má zkušenost s využitím komerčního sexu. Sex za úplatu někdy poskytlo 20 % mužů a 38 % žen. V souboru uživatelů drog se vyskytuje podstatně častěji zneužívání a znásilnění, než ve vzorku české populace.

Závěr: Celkový obraz sexuálního života mužů a žen v souboru se v závislosti na užívané látce příliš neliší. Obě skupiny uživatelů se však v mnoha ohledech odlišují od reprezentativního vzorku české populace a v jejich anamnéze se vyskytuje množství nepříznivých faktorů. Téma sexuality uživatelů drog by si zasloužilo více pozornosti, především v rámci léčby.

Klíčová slova:

Sexualita – sexuální chování – uživatelé návykových látek – pervitin – buprenorfin – Subutex.

Abstract:

Purpose: The purpose of the thesis is to map the sexuality of regular methamphetamine and buprenorphin users, which up to now remains little explored. We would also like to find out whether there is a difference between the two, and more over to compare our findings with some characteristics of a same-age sample of Czech population.

Methods: The research is of quantitative nature. The data were collected using an original anonymous questionnaire, which was separately answered by 267 respondents. 115 men and 51 women were methamphetamine users, while 68 men and 33 women were users of buprenorphine. The data were processed by SPSS.

Results: 52 % of men and 66 % of women are satisfied with their sexual life. Some kind of change as a result of drug abuse noticed 73 % of all respondents. According to the type of substance, the groups differ in type of change. Women using buprenorphine have some need of sexual satisfaction more frequently than those using methamphetamine. During their drug career, 57 % of men and 66 % of women suffered from some kind of sexual problems. 61 % of women have some experience with lesbian sex and 40% account themselves bisexuals. 48 % of men have at some time paid for sex to a prostitute. Sex for money or drugs have changed 20 % of men and 38 % of women. The prevalence of sexual abuse and rape in this sample is much higher than in the sample of Czech population.

Conclusions: There were not many differences found in the sexual life of respondents according to the substance used. Both groups do differ in many aspects from the Czech population and there are many risk factors in their history. The topic of drug users' sexuality deserves more attention, especially within treatment.

Key words: Sexuality – sexual behaviour – drug users – methamphetamine – buprenorphine – Subutex.

Obsah

1. ÚVOD.....	8
2. TEORETICKÁ ČÁST.....	11
2.1. Vymezení drogové problematiky.....	12
2.1.1. Základní adiktologické pojmy.....	12
2.1.2. Pojetí závislosti.....	16
2.1.3. Pervitin.....	25
2.1.3.1. Původ a historie pervitinu.....	25
2.1.3.2. Složení a podoba pervitinu, jeho šíření.....	26
2.1.3.3. Způsob aplikace pervitinu a dávkování.....	27
2.1.3.4. Mechanismus působení pervitinu v CNS.....	27
2.1.3.5. Žádoucí a nežádoucí účinky pervitinu.....	28
2.1.3.6. Závislost na pervitinu a abstinenční příznaky.....	29
2.1.3.7. Odvykání a abstinence od pervitinu.....	33
2.1.4. Subutex (Buprenorfin).....	34
2.1.4.1. Původ a historie Subutexu.....	34
2.1.4.2. Farmakologie buprenorfinu.....	35
2.1.4.3. Preskripce, dávkování a způsob aplikace Subutexu.....	37
2.1.4.4. Žádoucí a nežádoucí účinky Subutexu.....	39
2.1.4.5. Léčebné využití Subutexu.....	40
2.1.4.6. Závislost na Subutexu	42
2.1.4.7. Odvykání a abstinence od Subutexu.....	44
2.2. Sledované oblasti sexuality.....	45
2.2.1. Faktory ovlivňující spokojenost jedince se sexuálním životem.....	45
2.2.2. Rizikové sexuální chování.....	50
2.2.3. Sexuální dysfunkce.....	56
2.2.4. Sexuální orientace.....	58
2.2.5. Sexuální násilí.....	62
2.3. Vliv užívání návykových látek na sexualitu.....	67
2.3.1. Charakteristické sexuální chování uživatelů návykových látek.....	69
2.3.2. Vliv jednotlivých drog na sexualitu.....	76
2.3.2.1. Alkohol.....	76
2.3.2.2. Kanabinoidy.....	78
2.3.2.3. Extáze.....	79
2.3.2.4. LSD.....	80
2.3.2.5. Kokain.....	81
2.3.2.6. Pervitin.....	82
2.3.2.7. Heroin.....	83
2.3.2.8. Subutex.....	85
2.3.2.9. Benzodiazepiny.....	85
2.3.2.10. Poppers.....	86
2.3.3. Sexuologická témata v systému léčby závislostí na nelegálních návykových látkách.....	87
3. VÝZKUMNÁ ČÁST.....	91
3.1. Výzkumný problém a cíle výzkumu.....	92
3.2. Hypotézy.....	93
3.3. Metodologický rámec výzkumu.....	94

3.3.1. Zvolený typ výzkumu.....	94
3.3.2. Metody získávání dat.....	94
3.3.3. Metody zpracování a analýzy dat.....	96
3.3.4. Etické problémy a způsob jejich řešení.....	96
3.4. Charakteristika výběrového souboru souboru.....	98
3.4.1. Charakteristika uživatelů pervitinu.....	102
3.4.2. Charakteristika uživatelů Subutexu.....	104
3.5. Výsledky.....	107
3.5.1. Spokojenost se sexuálním životem.....	107
3.5.2. Počátek sexuálních aktivit a sexuální partneři.....	111
3.5.3. Potřeba sexuálního uspokojení.....	114
3.5.4. Trvání a kvalita sexuálního styku.....	118
3.5.5. Používání ochrany.....	120
3.5.6. Sexuální obtíže a poruchy.....	126
3.5.7. Využívání a poskytování komerčního sexu.....	129
3.5.8. Sexuální styk se stejným pohlavím.....	132
3.5.9. Pohlavně přenosné choroby.....	134
3.5.10. Sexuální zneužívání, znásilnění.....	141
3.6. Porovnání výběrového souboru uživatelů drog a reprezentativního vzorku populace ČR.....	144
3.6.1. Spokojenost se sexuálním životem.....	146
3.6.2. Počátek sexuálních aktivit a sexuální partneři.....	147
3.6.3. Potřeba sexuálního uspokojení.....	152
3.6.4. Trvání sexuálního styku.....	154
3.6.5. Používání ochrany.....	156
3.6.6. Sexuální obtíže a poruchy.....	160
3.6.7. Využívání komerčního sexu.....	162
3.6.8. Sexuální styk se stejným pohlavím.....	163
3.6.9. Pohlavně přenosné choroby.....	165
3.6.10. Sexuální zneužívání, znásilnění.....	168
3.7. Diskuse.....	170
3.7.1. Spokojenost se sexuálním životem.....	170
3.7.2. Počátek sexuálních aktivit a sexuální partneři.....	173
3.7.3. Potřeba sexuálního uspokojení.....	176
3.7.4. Trvání a kvalita sexuálního styku.....	178
3.7.5. Používání ochrany.....	179
3.7.6. Sexuální obtíže a poruchy.....	181
3.7.7. Využívání a poskytování komerčního sexu.....	183
3.7.8. Sexuální styk se stejným pohlavím.....	185
3.7.9. Pohlavně přenosné choroby.....	187
3.7.10. Sexuální zneužívání, znásilnění.....	190
3.7.11. Stanovisko k výzkumným hypotézám.....	193
3.7.12. Omezení a nedostatky výzkumu.....	194
3.7.13. Další možné směřování ve výzkumu a praxi.....	196
4. ZÁVĚR.....	198
5. LITERATURA.....	201
Přílohy.....	214

1. Úvod

Život jedince užívajícího návykovou látku je postupem času touto látkou v mnoha směrech ovlivňován. Nejviditelnější jsou následky v oblasti ekonomické, sociální a v oblasti fyzického a duševního zdraví. Avšak někdy i zdánlivě nesouvisející události a okolnosti mají velký vliv na úspěšnost léčby a schopnost v budoucnu abstinovat. Takovou oblastí lidského prožívání a chování je mimo jiné sexualita. V souvislosti s drogami je poměrně málo zmapována.

Uživatelé návykových látek jsou z pohledu veřejného zdraví považováni za jednu z nejrizikovějších skupin z hlediska šíření pohlavně přenosných onemocnění. Dlouhodobě je u této populace věnována pozornost především incidenci STD, HIV/AIDS a virových hepatitid a s tím spojenému rizikovému chování, jako je promiskuita, užívání kondomů, prostituce. Z dostupných výzkumů se obvykle nedozvídáme mnoho o tom, jak uživatelé drog sami prožívají svoji sexualitu, zda jsou s ní spokojeni, a zda mají v tomto směru nějaké problémy. Jedním z důvodů může být fakt, že jde o problematiku na pomezí několika vědních disciplín i praktických oborů. Adiktologové a další odborníci pracující v prevenci a léčbě drogových závislostí (psychoterapeuti, psychologové, psychiatři, sociální pracovníci) mají obvykle jen základní představu o sexuologii, o možných potížích a jejich řešení. Také považují toto téma za druhotné, nezbyvá na něj kapacita. Výjimku tvoří témata závažných chorob, znásilnění, zneužívání, a snad ještě prostituce. Ta jsou v adiktologické praxi poměrně běžná. Sexuologové nejsou na druhou stranu většinou příliš do hloubky obeznámeni s problematikou návykových látek, jejich působení na organismus, psychiku, životní styl a na vztahovou oblast.

V praxi se proto často opakuje scénář uzavřeného kruhu problémů se závislostí a problémů se sexualitou, který může ilustrovat následující schematický příklad:

Může se jednat o muže, který začal kdysi užívat pervitin právě proto, aby zlepšil svou výkonnost v sexu a zbavil se ostychu při navazování vztahů. Zjistil, že pervitin mu pomáhá nejen v seznamování, ale sex je s ním pro něj zábavnější, zajímavější, není pro něj - tak jako dříve - problém dosáhnout erekce, a navíc partnerku vždy uspokojí. Tento člověk však nezvládl občasné užívání pervitinu a postupem času si vytvořil závislost. Nyní se rozhodl drogu ze svého života odstranit, protože už mu začala v různých ohledech přinášet více negativního než pozitivního (okamžik, který nastane dříve nebo později u každého). Vyhledá proto odborníka na drogové závislosti a s ním situaci celkem úspěšně řeší. Původní potíže a

nespokojenost v oblasti sexuální už mu dávno překryly pozdější problémy, a tak nemá potřebu se o nich zmiňovat. Také mu to připadá nepatřičné, stydí se. Jeho terapeut (psycholog/psychiatr), se kterým řeší závislost, se ho na nic takového neptá, nebo se ptá jen velmi okrajově, přičemž se spokojí se stručnou odpovědí. Sám terapeut má totiž dost nejasnou představu, na co by se měl vlastně ptát a hlavně – co si pak případně počít s odpovědí. I jemu je takový rozhovor nepříjemný. Po nějaké době se však úplná abstinence stále nedaří, dochází k relapsům na droze. Dříve nebo později dojdou společně k poznání, že jednou z hlavních příčin opakovaného návratu k droze je nespokojenost v sexu, obavy ze selhání, partnerské potíže pramenící z této oblasti. Tedy problémy, které byly na začátku. Pacient je proto odeslán k sexuologovi. Tomu sdělí své potíže v oblasti sexu, bojí se mu však sdělit problémy s užíváním pervitinu. Má obavu, jak na něj bude pohlíženo, a jestli nebude odeslán vyřešit si nejdříve svou závislost (drogová závislost se stává často u lékařů jiných oborů, nepoučených v této oblasti, jakýmsi zaklínadlem a vysvětlením pro všechny obtíže). Opět tedy pracují na problému s polovičnými informacemi, a je proto těžké dosáhnout uspokojivého řešení. Klient tak projde péčí dvou odborníků, kvalifikovaných a zkušených ve svém oboru, a přesto je výsledek neuspokojivý v obou směrech – abstinovat zcela se nedaří, a pokud ano, sexuální život není uspokojivý.

Tento scénář by mohl mít mnoho obměn, a také cesta pacienta napříč zařízeními může být opačná - s podobným výsledkem. U osob s již rozvinutou závislostí k tomu dochází méně často, protože užívání návykových látek bývá jedincem i okolím vnímáno jako podstatně větší problém, než jsou potíže v oblasti sexu. Ordinance sexuologa je tak místem prvního kontaktu spíše pro občasného experimentátora s drogou. Osoby dlouhodobě závislé na psychoaktivních látkách se obvykle svou sexualitou začínají zabývat v období delší abstinence a celkové stabilizace, tedy nejčastěji v léčbě. Ani v léčebných zařízeních ale není tomuto tématu věnován dostatečný prostor a není s ním většinou kvalitně a systematicky pracováno. V naší práci bychom rádi upozornili na to, že téma sexuality uživatelů návykových látek je v péči o ně velmi důležité a zaslouží si větší pozornost.

V první, teoretické části nahlédneme nejprve do problematiky adiktologie, poté sexuologie a nakonec se pokusíme teoreticky tyto dvě oblasti propojit.

Ve druhé části představíme výzkum, který se zaměřuje na možná problematická místa v oblasti sexuality, jež mohou vést k nespokojenosti a dalším problémům u osob závislých na drogách a nebo naopak mohly být jedním z faktorů vzniku závislosti. Zajímá nás, zda na

výskyt obtíží v sexuálním životě má nějaký vliv druh užívané látky. Konkrétně zda existují v tomto směru podstatné rozdíly mezi uživateli stimulačních látek na jedné a tlumivých látek na druhé straně. Nebo zda jde spíše o výskyt různých podstatných faktorů v anamnéze, jako je např. zneužívání, prostituce, časný začátek pohlavního života, a o celkový životní styl, které pak mohou ovlivnit pozitivně, či negativně vnímání vlastního sexuálního života. Také nás bude zajímat společný výskyt rizikových faktorů (z hlediska fyzického zdraví, kvality života i šíření pohlavně přenosných onemocnění) v anamnézách uživatelů. Výsledky srovnáme s dostupnými domácími i zahraničními výzkumy.

Zajímá nás dále, zda je populace uživatelů drog v něčem výrazně odlišná v oblasti sexuality od běžné populace. Z praxe například víme, že problémoví uživatelé jsou velmi rizikovou skupinou z hlediska šíření pohlavně přenosných chorob. Také je známé jejich propojení se světem prostituce.

Závěrem bychom rádi nastínili několik možných cest, jak do budoucna zlepšit práci se závislými v oblasti sexuologie a kam by mohl být zaměřen další výzkum. Cílem této práce není hledat kauzální vztahy určitého chování. Jde nám především o to ukázat, jak důležité je zabývat si při práci s uživateli návykových látek jejich sexualitou.

2. Teoretická část

V teoretické části disertační práce se budeme zabývat nejprve důležitými pojmy z oblasti adiktologie, které mají souvislost s předkládaným výzkumem. Podáme zde také základní informace o pervitinu a buprenorfinu, jejichž uživatelé tvoří soubor respondentů. Dále se přesuneme do oblasti sexuologie a vymezíme stručně základní sexuologické pojmy a problémy, kterých se výzkum týká, s přihlédnutím ke specifikům souboru, tedy drogové populace. V poslední části se pak zaměříme na propojení adiktologie a sexuologie, tedy na sexualitu uživatelů návykových látek, rizikové chování této populace a především na to, jak jednotlivé psychoaktivní látky (včetně legálního alkoholu) ovlivňují uživatelův sexuální život. Z těchto poznatků jsme vycházeli při tvorbě výzkumného projektu a stanovování hypotéz.

2.1. Vymezení drogové problematiky

Pro lepší představu o životě problémových uživatelů návykových látek, kteří jsou předmětem našeho zájmu a tvoří z naprosté většiny soubor respondentů výzkumu, je třeba orientace v problematice závislostí. Touto oblastí se zabývá v současné době samostatný vědní obor – adiktologie.

2.1.1. Základní adiktologické pojmy

Za **psychoaktivní látku** nebo také **drogu** považujeme látku, na kterou vzniká psychický a/nebo fyzický návyk a „která je požívána a zneužívána pro změnu nálady, vědomí, povzbuzení či tlumení somatopsychických funkcí“ (dle Urbana, in Hartl, 1993). Za drogu považujeme jakoukoli látku, která je užívána bez lékařského doporučení a alespoň z části kvůli svým psychoaktivním účinkům. V užším slova smyslu je však tento termín obvykle používán především pro látky nelegální (WHO, 1994). Zábranský (2003) vymezuje pojem drog z epidemiologického hlediska následovně: „Ilegální, nezákonné, státem nepodporované omamné nebo psychotropní látky (OPL). Jejich explicitní seznam je v českých podmínkách definován zákonem č. 167/1998 Sbírky o návykových látkách. Pro potřeby oboru „drogová epidemiologie“ jsou do definice zahrnuty i těkavé látky.“ Drogy je možné rozdělit podle několika kritérií, např. podle vzniku (přírodní vs. syntetické drogy), podle chemického složení a převládajícího účinku, jeho intenzity a míry vlivu na psychiku, podle stupně společenské nebezpečnosti nebo míry rizika vzniku závislosti a vzestupu tolerance (to vše je částečně zahrnuté do dříve používaného dělení na měkké a tvrdé drogy). Vzhledem k účinku jednotlivých látek je základním dělením dělení do tří skupin, zahrnujících i látky legální:

- **Stimulační látky** – drogy v této skupině stimulují (povzbuzují) činnost organismu, zvyšují výkonnost psychickou i fyzickou. Do této skupiny patří například pervitin (jedna z látek, na kterou se zaměřujeme ve výzkumné části), kokain nebo efedrin.
- **Látky tlumivé** - tyto látky tlumí celkově činnost organismu, jak fyzickou tak psychickou. Patří sem především opioidy (mezi ně i buprenorfin, který je jednou ze sledovaných drog ve výzkumu), ale i diazepam, toluen nebo alkohol.
- **Halucinogeny** – tyto látky především mění vnímání směrem k nerealistickým představám a halucinacím. Patří sem tolik diskutované cannabinoidy, LSD, lysohlávky, extáze, ale třeba i muchomůrka červená.

Účinky jednotlivých drog závisí především na jejich chemickém účinku na organismus, konkrétně na neurotransmitery. Většina drog zasahuje do více neuromediátorových systémů současně. Hlavní mechanismy účinků nejčastěji užívaných drog jsou uvedeny v tabulce I, skutečný účinek však je složitější a probíhá za účasti více systémů (Fišerová, 2003a).

Tab. I Dělení drog podle mechanismu účinku

Typ drogy	Droga	Akutní účinek	Hlavní mechanismus účinku	Hlavní neurotransmitery
Stimulancia	Kokain	Euforie, vzrušení	Inhibice reuptake katecholaminů	Dopamin, noradrenalin
	Amfetaminy, extáze	Euforie, vzrušení, změněné stavy vědomí	Zvýšené uvolňování monoaminů a inhibice reuptake	Dopamin, noradrenalin, serotonin
	Nikotin	Euforie, koncentrace, uvolnění	Aktivace nikotinových ACh receptorů a uvolňování neurotransmiterů, desenzitizace ACh rec.	Dopamin, noradrenalin, acetylcholin
	Kofein	Koncentrace, odstranění únavy	Antagonizace adenosinových receptorů – zvýšené uvolňování neurotransmiterů	Noradrenalin
Tlumivé látky	Alkohol	Euforie, uvolnění, amnézie	Zvýšené uvolňování dopaminu, potenciace GABAA rec., inhibice NMDA rec.	Dopamin, GABA, glutamát
	Benzodiazepiny Barbituráty	Anxiolytický účinek Útlum	Potenciace GABAA rec. Potenciace GABAA rec.	GABA GABA
Disociativní anestetika	Phencyklidin (PCP), ketamin	Útlum, amnézie, změněné stavy vědomí	Blok kanálů NMDA receptorů	Glutamát
Opioidy	Morfin, heroin, metadon	Euforie, útlum, analgesie	Agonisté opioidních receptorů	Endorfiny
	Buprenorfin (Subutex)	Mírná euforie, útlum, analgesie	Částečný agonista opioidních receptorů	Endorfiny
Kanabinoidy	Kanabis, marihuana, hašiš	Euforie, uvolnění, změněné vnímání	Agonisté THC receptorů	Anandamid
Halucinogeny	Kyselina lysergová (LSD), meskalin	Změněné vnímání	Agonisté a antagonisté specifických serotonergních rec., účinek na katecholaminy	Serotonin, dopamin

Vysvětlivky: GABA = aminomáselná kyselina, THC = tetrahydrokanabinol, NMDA = N-methyl-D-aspartát, ACh = acetylcholin, rec. = receptor, reuptake = zpětné vychytávání neurotransmitery ze synoptické štěrby zpět do nervového zakončení

S drobnými úpravami převzato z: Fišerová, 2003a.

Účinky drog nejsou vždy stejné a souvisí s mnoha vlivy, ke kterým se vrátíme později. Akutní účinky uvedené v tabulce 1 jsou ty, které uživatel většinou očekává, které jsou pro něj odměnou. Kromě nich mají však jednotlivé látky, často i v závislosti na délce užívání, mnoho nežádoucích účinků. U některých drog se k nežádoucím účinkům budeme vracet podobněji

mnohokrát, tabulka II na následující straně zobrazuje stručný přehled **akutních toxických účinků** (přímé následky užití psychoaktivní látky), **chronických toxických účinků** (následky dlouhodobého užívání psychoaktivní látky, objevující se nebo přetrvávající i v době abstinence), patologických změn CNS a dalších zdravotních následků opakovaného užívání. Jde o komplikace, které se mohou a nemusí u uživatele vyskytnout, pravděpodobnost se zvyšuje s intenzitou a délkou užívání dané látky.

Užívání psychoaktivních látek se může pohybovat od jednorázového experimentu až po závislost. Mezinárodní klasifikace nemocí ve své 10. revizi (WHO, 1992) vymezuje ve svých kategoriích především aktuální stav pacienta z lékařského hlediska. Možný klinický obraz vyvolaný účinkem psychoaktivních látek je následující:

- **Akutní intoxikace** (s možnými komplikacemi jako je delirium, křeče, kóma ad.) – jde o přechodný stav po aplikaci psychoaktivní látky, vedoucí k poruchám na úrovni psychofyziologických funkcí a reakcí .
- **Škodlivé užívání** – jedná se o způsob užívání, který poškozuje somatické nebo duševní zdraví.
- **Syndrom závislosti** (s dalším dělením podle aktuálního užívání či abstinence) – této kategorii se budeme věnovat podrobněji.
- **Odvykací stav** (podrobně definovaný podle komplikací) – také tomuto pojmu se věnujeme dále.
- **Odvykací stav s deliriem** – tato kategorie se týká závislosti na alkoholu a jedná se o krátký, někdy život ohrožující stav zmatenosti s přidruženými somatickými poruchami.
- **Psychotická porucha** – nepřesně obvykle nazývaná „toxická psychóza“. Porucha, která vzniká během nebo bezprostředně po požití látky a mizí alespoň částečně do 1 měsíce, plně do 6 měsíců.
- **Amnestický syndrom** – výrazné poškození krátkodobé paměti a poruchy časového smyslu.
- **Reziduální stav a psychotická porucha s pozdním začátkem** – začátek poruchy souvisí přímo s požitím látky, patří sem flashbacky (psychotické reminiscence), poruchy osobnosti, afektivní poruchy, demence a další poruchy spojené s užíváním látky.

Typ drogy	Droga	Akutní toxicita	Chronická toxicita a patol. změny CNS	Ostatní patologie
Stimulancia	Kokain Amfetaminy	Srdeční arytmie, hypertenze, mrtvice, křeče, psychóza, hypertermie, smrt	Paranoidní psychóza, nespavost, delirium se sluchovými halucinacemi Neurodegenerace serotonergního nervstva	Vasokonstrikce a atrofie tkání v místě vpichu, šňupání nebo inhalace, někdy pneumotorax; poškození CNS plodu
	Extáze	Hypertermie, vyčerpání, dehydratace	Mrtvice, méně často neurodegenerativní onemocnění	Ateroskleróza, hypertenze, koronární srdeční onemocnění; rakovina; bronchitidy, rozedma plic, astma; zpomalení růstu plodu
	Nikotin	Nauzea, zvracení		Hypertenze, srdeční dysrytmie
	Kofein	Úzkost, nespavost, podráždění žaludku, palpitace	„kofeinismus“ (viz akutní toxicita)	
Tlumivé látky	Alkohol	Ataxie, nystagmus, koma, deprese dechu, hypotermie, smrt	Neurodegenerace, demence, cerebrální ataxie, psychiatrická onemocnění (hl.deprese)	Neuromuskulární myopatie a periferní neuropatie; hypertenze, kardiomyopatie, dysrytmie ad.; hepatitida, cirhóza jater, pankreatitida; rakovina; fetální alkoholový sy; retardovaný postnat. vývoj
	Benzodiazepiny	Hypotenze, zmatenost, amnézie, hypotermie	Viz akutní toxicita, zhoršení kogn. funkcí	Poškození CNS plodu
	Barbituráty	Zmatenost, útlum, koma, deprese dechu, hypotenze, hypotermie, smrt	Únavnost, apatie, podrážděnost, poruchy paměti	Poškození plodu, deprese dechu u novorozenců
Disociativní anestetika	Phencyklidin (PCP), ketamin	Zmatenost, agresivní chování, hypertermie, paranoia, halucinace, svalová rigidita, hyperaktivita, smrt	Flashbacky, paranoidní psychóza	Poškození plodu, deprese dechu u novorozenců
Opioidy	Morfín, heroin, metadon	Zmatenost, deprese dechu, koma, zvracení, cyanóza, smrt	Únavnost, apatie, podrážděnost, nespavost	Zvýšená vagotonie, impotence, deprese dechu u novorozenců
	Buprenorfin (Subutex)	Shodné s ostatními opioidy, ovšem ve slabší formě. Smrtelné předávkování není možné díky stropovému efektu.		
Kanabinoidy	Kanabis, marihuana, hašiš	Zmatenost, halucinace, tachykardie, ortostatická hypochondrie, ztráta krátkodobé paměti, paranoidní psychóza	Flashbacky, psychóza, poruchy paměti	Rakovina plic, imunosuprese, snížená sekrece testosteronu, abnormality vývoje plodu
Halucinogeny	Kyselina lysergová (LSD), meskalin	Zmatenost, panická úzkost	Flashbacky, psychóza	Poškození plodu

S drobnými úpravami převzato z: Fišerová, 2003a.

Toto dělení vypovídá především o akutním psychickém stavu a možné psychické poruše jedince. Neméně podstatný je ale také jeho celkový stav, životní úroveň, sociální vztahy, chování, sociálně patologické jednání a další oblasti života. Z tohoto komplexního hlediska je užitečné dělení uživatelů dle Kaliny (Kalina, 2003b):

- **Experimentátor:** nepřesné, ale užívané označení pro osobu, která drogy „zkouší“, tzn. občasně a nepravidelně užívá různé drogy a může, ale nemusí mít přitom problémy v jiných oblastech.
- **Příležitostný/rekreační uživatel:** užívání drog (abúzus) se již stalo součástí životního stylu, ale není častější než jednou za týden a jeho důsledkem dosud není vznik závislosti nebo jiných problémů. Typické je zejména takové užívání marihuany, LSD a extáze na tzv. parties.
- **Pravidelný uživatel:** pravidelnost (tedy užívání častější než jednou týdně) obvykle implikuje již nejen životní styl, ale i jistý škodlivý účinek ve stupni závislém na množství a typu užívané látky. Odpovídá kategorii „škodlivé užívání“ podle mezinárodní klasifikace MKN-10.
- **Problémový uživatel:** podle evropských kritérií je problémové užívání definováno jako intravenózní užívání drog a/nebo dlouhodobé a pravidelné užívání opiátů, kokainu nebo drog amfetaminového typu. Do kategorie „problémové užívání“ se nezahrnuje užívání extáze a konopí. Tato kategorie uživatelů je výchozí skupinou pro výzkum prezentovaný v empirické části.
- **Závislý:** uživatel splňující diagnostická kritéria závislosti podle MKN-10 (viz dále). Často, ale ne vždy, jde zároveň o problémové uživatele.

2.1.2. Pojetí závislosti

Vzhledem k výzkumnému vzorku v dále předkládaném výzkumu, který tvoří osoby závislé a plnící kritéria problémového užívání, zastavíme se podrobněji u pojmu závislosti a také nabídneme stručný výčet modelů a přístupů k závislosti a užívání návykových látek obecně. Pochopení syndromu závislosti je potřebné k tomu, abychom porozuměli, v jaké situaci se muži a ženy ve zkoumaném souboru dlouhodobě nacházejí a jaké mohou být motivy a okolnosti jejich chování.

Syndrom závislosti (F1x.2) popisuje Mezinárodní klasifikace nemocí jako „skupinu fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více“ (WHO, 1992, str.86). Hlavní charakteristikou a zároveň diagnostickým vodítkem je velmi silná touha po psychoaktivní látce, dalšími vodítky jsou potíže v kontrole užívání látky, somatický odvykací stav, zvyšování tolerance, zanedbávání jiných zájmů a zvýšené množství

času věnované droze a pokračování v užívání i přes prokázané neblahé následky. Pokud se během posledního roku vyskytnou alespoň tři z těchto jevů, je na místě stanovit diagnózu závislosti. Závislost přitom může být přítomna pro jednu specifickou látku (např. heroin), třídu látek (např. opioidy) nebo širší řadu látek (např. jakékoli látky s tlumivými účinky). (WHO, 1992). Americká klasifikace DSM-IV (APA, 1994) definuje závislost velmi podobně, jako soubor kognitivních, behaviorálních a fyziologických symptomů, které ukazují na fakt, že jedinec ztrácí kontrolu nad užíváním psychoaktivní látky a pokračuje v jejím užívání i přes nepříznivé následky.

Závislost jedince na psychoaktivní látce má dva rozměry, přičemž ne vždy jsou nutné přítomné oba dva. V poslední době se fyzická a psychická závislost obvykle od sebe neoddělují a mluví se spíše o závislosti jako takové (Fišerová, 2003a). Pro praxi je však toto dělení praktické, a to nejen pro odborníky, ale především pro pacienty samotné, kteří mnohdy psychickou stránku závislosti podceňují.

Psychická závislost je velmi komplexní pojem, který se dá zjednodušeně definovat jako obtížně přemožitelná touha po droze. Jedinec ztrácí kontrolu nad jejím užíváním a snaží se ji opatřit za každou cenu (Dörner & Plog, 1999). Charakteristická je neschopnost přerušit vzorec chování vedoucí k droze, případně – je-li k tomu jedinec donucen – podráždění, dysforie či deprese. Závislost je vyústěním abúzu, tento přechod se děje pozvolně a obvykle není reflektován samotným závislým jedincem. S tím souvisí rozvoj celé řady obran, mezi něž patří racionalizace, popření, únik do regresivních fantazií ad. (Kudrle, 2003c). Psychická závislost bývá závažnější komplikací než závislost fyzická. Ta odeznívá poměrně rychle, v závislosti na typu látky, zatímco psychická závislost je důvodem k relativně dlouhodobé léčbě a je také nepoměrně častěji důvodem k opětovnému užití drogy (Minařík, 2003b).

Fyzická závislost je stav organismu, který se přizpůsobil látce a dále ji vyžaduje. Je obvykle provázena stoupající tolerancí a abstinencií příznaky při pokusu o vysazení nebo snížení dávek (Dörner & Plog, 1999). **Tolerance** k látce vzniká v momentě, kdy je potřeba stále vyšších dávek, aby bylo navozeno stejného účinku, tedy aby bylo dosaženo patologické „homeostázy“ v CNS, která vznikla poté, co se díky adaptačním mechanismům organismus přizpůsobil opakovanému působení cizorodé látky, v tomto případě drogy (Fišerová, 2003a).

Abstinencií příznaky nebo také **odvykací stav** (F1x.3) je skupina symptomů, ke kterým dochází při úplném nebo částečném vysazení látky, která byla podávána opakovaně nebo ve vysokých dávkách. Začátek a průběh odvykacího stavu závisí na typu a množství látky (WHO, 1992). Obvykle lze mezi příznaky najít ty, které jsou opačné původnímu působení látky. Abstinencií příznaky při odvykání jsou hlavní charakteristikou užšího

psycho-farmakologického vymezení pojmu závislost (WHO, 1994). Během odvykacího stavu musí organismus znovu odstranit vytvořené adaptační mechanismy CNS a nastolit rovnováhu, která existovala před začátkem užívání drog. To někdy trvá i několik měsíců a let, během kterých je organismus vůči účinkům drogy citlivější (Fišerová, 2003a). Samotná přítomnost odvykacího stavu ještě není důvodem pro předpoklad závislosti. K tomu je nutná i psychická složka, tedy puzení užívat drogy (WHO, 1994).

Při odvykání od některých drog, především halucinogenů a stimulancií, se mohou objevit flashbacks. Jedná se o náhlé znovuprožití psychotického účinku drogy (halucinací, bludů apod.) bez přítomnosti drogy v těle. Může k němu dojít několik hodin, ale i několik let po požití drogy. Mechanismus flashbacků není dosud přesně doložen, ale mnohé výzkumy dokazují účast serotonergního, dopaminergního a noradrenergního systému a spojení s paměťovými procesy a se stresem (Fišerová, 2003b). Nejčastějším spouštěčem flashbacků je silný stresor, požití jiné psychoaktivní látky nebo silná paměťová stopa spojená s dřívějším užíváním drogy.

Abstinenční příznaky nejsou hlavním problémem odvykání. Velkou roli hrají především „chutě“, nebo přesněji **craving**, bažení po droze. Ten obsahuje jak složku fyzickou, tak především psychickou. Přispívá k němu podle Fišerové (2003b) více aspektů, především mechanismus pozitivního posilování, kdy psychotropní účinek drogy navodí silný zájem o jeho opakování, a mechanismus odvykacího syndromu, který vede jedince k touze odstranit nepříjemné stavy další dávkou. Hlavní příznaky cravingu lze rozdělit na objektivní a subjektivní (Nešpor, 2003b):

- Objektivní příznaky: prokázaná aktivace určitých částí mozku (dorsolaterální a prefrontální kortex, limbický systém, amygdala, mozeček), oslabení paměti, prodlužování reakčního času, abnormální nálezy na elektroretinogramu (záznam elektrické aktivity sítnice), zvýšení tepové frekvence systolického TK, snížení kožního galvanického odporu, u závislých na alkoholu vyšší salivace.
- Subjektivní příznaky: často nutkavé vzpomínky a fantazie s tematikou intoxikace, svírání na hrudi, bušení srdce, svírání žaludku, sucho v ústech, třes, bolesti hlavy, silná touha po návykové látce, úzkost, stísněnost, únava, slabost, podráždění ad.

Craving zůstává nezřídka závislým nerozpoznán nebo je špatně interpretován, což může snadno vést k relapsu na návykové látce. Přitom jde o běžnou součást abstinence, kterou zažije většina abstinujících (Kuda, 2003). Důvodem takového podcenění cravingu a následného relapsu bývá malá schopnost sebeuvědomění, tendence zakazovat si chuť na

drogy, velká očekávání od sebe sama, jakési automatické reakce vedoucí k relapsu, především ve známém rizikovém prostředí (Nešpor, 2003b).

Pokud závislý přeruší abstinenci od látky, na kterou si vytvořil návyk, jde nejprve o tzv. **relaps**. Pojetí relapsu je velmi složitou a komplexní otázkou a není předmětem této práce. Zabývá se jím metoda prevence relapsu, která se snaží odpovědět např. i na otázky, nakolik jde o přirozenou součást abstinence nebo naopak podstatné selhání, nakolik se relaps řídí obecně platnými pravidly a nakolik je naopak individuální záležitostí (Kuda, 2003). Při návratu k užívání po období abstinence obvykle mluvíme o recidivě (i zde jsou možná různá vymezení tohoto pojmu).

Jak již bylo řečeno, výskyt fyzické a psychické závislosti a průběh případných odvykacích stavů se liší podle toho, o kterou drogu se jedná. Další vstupující proměnnou je také osobnost jedince, jeho psychický a fyzický stav, délka a intenzita užívání drogy a mnohé další faktory. U jednotlivých drog se však dá předpokládat, alespoň do určité míry, jaké příznaky bude závislost a odvykání mít. Základní přehled zobrazuje tabulka III.

Tab. III Typ závislosti a symptomy při odvykání

Typ drogy	Droga	Psychická závislost	Fyzická závislost	Abstinenní příznaky
Stimulancia	Kokain	Silná, velmi rychlý vznik, hl. u i.v. aplikace nebo cracku	Slabá	Hl. psychické – deprese, dysforie, poruchy spánku, zvýšená chuť k jídlu
	Amfetaminy	Silná, kromě i.v. pomalejší vznik	Slabá	
	Extáze	Slabá	Slabá	Hl. psychické – podrážděnost, strach, úzkost, deprese, zvýšená chuť k jídlu
	Nikotin	Slabá, relativně rychlý vznik	Slabá	Hl. psychické – deprese, únavnost, bolesti hlavy
	Kofein	Slabá, pomalý vznik	Slabá	
Tlumivé látky	Alkohol	Střední, pomalý vznik	Střední/silná	Těžké – strach, úzkost, deprese, dysforie, poruchy spánku, chvění, třes, křeče, zmatenost, halucinace
	Benzodiazepiny	Slabá, pomalý vznik	Slabá/střední	Slabé a různorodé – strach, dysforie, poruchy spánku, pocity derealizace, třes, křeče, halucinace

Tab. III Typ závislosti a symptomy při odvykání (pokrač.)

	Barbituráty	Slabá/střední, pomalý vznik	Výrazná	Těžké – strach, úzkost, dysforie, poruchy spánku, třes, křeče
Disociativní anestetika	Phencyklidin (PCP), ketamin	Střední	Velmi slabá	Hl. psychické – strach, úzkost, dysforie
Opiáty	Morfin, heroin	Silná, rychlý vznik, hl. u i.v. aplikace nebo kouření	Silná	Střední/těžké - strach, úzkost, dysforie, poruchy spánku, křeče, průjem, třes
	Metadon Buprenorfin (Subutex)	Silná Střední	Silná Střední	Shodné s morfinem, heroinem, ve slabší podobě, ale déleodobější
Kanabinoidy	Kanabis, marihuana, hašiš	Střední	Slabá/žádná	Slabé – strach, úzkost, dysforie, poruchy spánku
Halucinogeny	Kyselina lysergová (LSD), meskalin	Slabá	Slabá/žádná	Nevyskytují se vzhledem k frekvenci užívání

S úpravami převzato z: Fišerová, 2003a.

Existuje mnoho přístupů a teorií, snažících se vysvětlit příčiny, vznik a vývoj závislosti na psychoaktivních látkách. Hartnoll ve své práci, shrnující dosavadní přístupy k drogové problematice ve výzkumu a politice (Hartnoll, 2004) vypočítává možné úrovně zkoumání problematiky užívání drog a závislosti. Tuto oblast lze zkoumat na úrovni molekulární, neurologické, psychologické, sociologické, ekonomické nebo historické, na úrovni jednotlivců nebo skupin populace, v souladu s různými myšlenkovými proudy. Na základní úrovni se původně jednalo především o spor „genetika versus výchova“, jako u většiny psychických poruch. Tento spor je dnes již překonán a většina výzkumných prací dochází k závěru, že na vzniku závislosti se podílí genetická výbava a vliv okolí téměř rovnocenně (Šerý, 2007).

Způsobů, jak dělit jednotlivé přístupy je tedy více, Hartnoll však upřednostňuje posuzování teorií podle toho, jaký je jejich základní předpoklad o způsobu fungování kauzálních procesů. Na základě toho pak rozeznává základní skupiny:

- **Jednoduchá lineární vysvětlení typu příčina – následek:** Podle těchto teorií vzniká závislost jako následek působení daného faktoru, např. určitým druhem deficitu u jedinců nebo v okolí, genetickou dispozicí apod. Příkladem je biomedicínké pojetí, které přisuzuje vznik závislosti poruchám biologických funkcí (genetice) a pátrá po „závislé osobnosti“, modely považující za příčinu výchovu jedince apod. Podle Hartnolla takové přístupy mohou nahraovat zjednodušeným východiskům a rychlým „řešením“.

- **Multifaktoriální lineární vysvětlení příčin:** Podle těchto modelů vzniká závislost jako následek působení celé řady faktorů, přičemž kombinace a význam jednotlivých faktorů jsou různé. S multifaktoriálními modely se lze setkat napříč různými paradigmaty a převažují dnes i v epidemiologii. I přes svou flexibilitu jsou však stále ještě lineární, postupují od rizikových faktorů, přes zprostředkující faktory až po důsledky. Cílem opatření pak bývá změna nebo zmírnění rizikových faktorů a podpora copingových strategií.
- **Dynamická interaktivní kauzální vysvětlení:** Tyto modely vychází z předpokladu, že reakce společnosti na užívání drog jsou samy o sobě kauzálním faktorem (někdy dokonce ústředním). Příslušná opatření by pak měla způsobit změny v užívání drog, které pak naopak vedou ke změnám v realizovaných opatřeních.

Dnes nejrozšířenější paradigmaty v oblasti drogové problematiky jsou podle Hartnolla (2004) tato:

- **Biomedicínká a klinická paradigmaty**
 - **Modely komorbidity**, kdy užívání drog je považováno za jeden z projevů souběhu koexistujících podmínek (např. závislosti a duševní nemoci), přičemž směr kauzality může být různý.
 - **Model automedikace** předpokládá, že užívání drog je snahou ovlivnit příznaky probíhajících psychických onemocnění, snahou snížit napětí vyvolávané neustálou potřebou silného vzrušení apod.
 - **Vývojové modely** považují užívání drog za následek výchovy nebo genetické výbavy jedince.
- **Paradigmaty veřejného zdraví**
 - **Modely nemoci** ve své jednodušší podobě vysvětlovaly užívání drog jako nákazu, šířící se prostřednictvím expozice drogám a navazování kontaktů s uživateli. Složitější multifaktoriální modely počítají s individuální náchylností, provázenou expozicí rizikovým faktorům v prostředí.
 - **Modely vycházející z principu zdraví a prevence** se zaměřují na podporu protektivních faktorů zdravých jedinců.

▪ **Sociologická a ekonomická paradigmata**

- **Sociologické modely interakce a „deviace“** zahrnují teorie nálepkování (labellingu) a sociální deviace. „Deviantní“ chování uživatelů drog je pokládáno hlavně za následek politiky.
- **Tržní modely** operují především s kategoriemi poptávky a nabídky. Užívání drog je pak racionální volbou spotřebitele na daném trhu.
- **Interaktivní modely, v nichž klíčovou zprostředkující roli sehrává vnímání** zahrnují např. modely kognitivní, sociálně konstruktivistické nebo fenomenologické. Interakce mezi situacemi (užíváním drog) a reakcemi na ně (protidrogová politika, reakce veřejnosti) jsou zprostředkovány vnímáním a tím, jaký význam je následně problému přisuzován.

▪ **Striktně zákonná paradigmata** pohlíží na užívání drog z hlediska zákonného a převážně represivního a to buď podle „starého“ modelu, kdy se zabývají pouze nelegálními drogami, podléhajícími kontrole, nebo podle „nového“ modelu, který považuje za nutné regulovat a kontrolovat také spotřebu alkoholu a tabáku.

▪ **Základní morální postoje**

- **Moralistické perspektivy** vidí užívání drog jako morální slabost spíše než nemoc a samotné uživatele jako delikventy.
- **Hédonistické perspektivy** zdůrazňují pozitivní účinky drog, jako např. schopnost halucinogenů rozšiřovat vědomí.
- **Humanitární perspektivy** vycházejí ze zásad jako jsou lidská práva, demokracie, spravedlnost. Upřednostňují přístupy, které nejlépe vedou ke zlepšení kvality života a zmenšení lidského utrpení jednotlivce nebo skupiny.
- **Libertariánská perspektiva a perspektiva volného trhu** zdůrazňuje především individualismus a práva jedince jako spotřebitele a soustřeďují se především na podobu trhu s látkami v současnosti legálními, jako je alkohol a tabák, ale i těmi, o jejichž legalizaci se třeba uvažuje.

Jak je patrné, existuje dnes mnoho možných pohledů na užívání drog a drogovou závislost, ze kterých pak také vychází přístup k výzkumu, prevenci, léčbě a intervencím do protidrogové politiky. Některé přístupy v praxi také kombinují dvě a více z paradigmat, která Hartnoll (2004) popisuje ve svém výčtu. Z hlediska praktického je užitečnější méně členité Kalinovo dělení modelů a přístupů k závislosti (Kalina, 2003a):

- **Biomedicínský model** dominoval v oblasti závislostí dlouhá desetiletí. Pokládá závislost za nemoc v lékařském slova smyslu, proto se jí zabývali pouze lékaři. Tato nemoc je chronická, obtížně léčitelná nebo vůbec nevyléčitelná („závislost je na celý život“). Tento model je redukcionistický, nicméně ve své době znamenal velký převrat, protože odmítl tradiční pojetí duševní choroby jako sociální deviace.
- **Bio-psycho-sociální model** se objevil v psychiatrii po 2. světové válce, ale jeho rozmach začal až v 60. letech. Dnes jde pravděpodobně o hlavní proud v adiktologii. Rozšiřuje model biomedicínský o rozměr psychických funkcí, sociálních vztahů, jejich dynamického vývoje a vzájemného ovlivňování. Závislost tak vzniká v průběhu vývoje ve vzájemné interakci těchto faktorů. Z toho vychází také zapojení psychoterapie do systému léčby vedle farmakoterapie a detoxikace. Bio-psycho-sociální model je schopen integrovat poznatky z různých oblastí a zahrnovat je do léčby a prevence. Je velmi flexibilní a přitom staví na odborných a ověřených metodách. Díky vývojovému hledisku také dokáže prolomit tezi o nevyléčitelnosti závislosti. Umožňuje představu (zdaleka ne všemi odborníky sdílenou), že člověk se může stát opět zdravým jedincem, a ne jen abstinujícím alkoholikem či toxikomanem.
- **Model ochrany veřejného zdraví (public health)** vychází z epidemiologie, sociologie a veřejné politiky. Nesleduje zájem jedince, ale ochranu populace zejména před přenosem závažných infekčních chorob (v souvislosti s šířením HIV také vznikl). Hlavními intervencemi jsou pak metody prevence šíření onemocnění (výměna injekčního materiálu, testování, očkování atd.).
- **Model minimalizace poškození (harm reduction)** využívá některých metod shodně s přístupem public health, avšak zaměřuje se spíše na individuální potřeby klienta. Tento přístup si neklade za cíl abstinenci klienta od drog, nepovažuje ji za prvořadou. Snaží se klienta zachovat při životě a maximálním možném zdraví v pojetí bio-psycho-sociálním. Do tohoto modelu patří i podávání substitute pod lékařským dozorem, které výrazně snižuje rizikové faktory užívání nelegálních drog.
- **Sociální a sociálně-pedagogický model** zdůrazňuje vnější vlivy na vznik závislosti (nepříznivé sociální prostředí, špatná výchova atd.) a používá jako prostředek nápravy především resocializaci, poradenství a nácviky dovedností. Jde o vliv nezdravotnických pracovníků v oblasti závislostí a o přístup hojně využívaný svépomocnými skupinami, dobrovolnickými organizacemi a charitami. Metody sociálně-pedagogické zároveň bývají součástí bio-psycho-sociálního přístupu a mají zde pevné místo.

- **Přístupy morální a spirituální** vycházejí z moralistické perspektivy, tak jak ji popisuje Hartnoll (2003) a v praxi užívají především sociálně-pedagogické postupy spojené s křesťanskou výchovou. Z tohoto proudu původně vychází např. světoznámé hnutí Anonymních alkoholiků a pozdějších Anonymních narkomanů. Extrémním pólem těchto přístupů je model spirituální, který za jedinou možnou cestu z drogové závislosti považuje obrácení na víru.
- **Holistický model** obohacuje model bio-psycho-sociální o spirituální a morální složku. Obohacuje přístup k léčbě o alternativní terapie, jako je akupunktura, aromaterapie, masáže či holotropní dýchání.

Přestože modely užívání drog a závislosti jsou obecné a použitelné pro naprostou většinu psychoaktivních látek, svůj vliv na průběh závislosti má i konkrétní druh látky, kterou jedinec užívá. Vypovídá mimo jiné mnoho o tom, jaké faktory mohly hrát při vzniku závislosti roli. Podle Kudrleho (2003a) souvisí – v souladu s bio-psycho-sociálně-spirituálním modelem – inklinace ke konkrétní droze se snahou nalézt rovnováhu mezi protiklady, které definují svět, vyvolávají v člověku napětí a jsou tak zodpovědné za základní dynamiku vývoje. Takovými protiklady jsou např. život a smrt, láska a nenávist, radost a smutek. V hledání mezi těmito póly pak nacházíme tři základní hlubší motivace, tři vektory lidského snažení, které existují na vědomé i nevědomé úrovni a ke kterým také přísluší tři skupiny drog, umocňující tyto prožitky:

- Potřebu **vyhnout se bolesti, nalézt zklidnění**. Patří sem i „bolest“ psychická – z odlišnosti, nudy, nízkého sebevědomí atd. Tuto potřebu pomáhají plnit látky tlumící, ze skupiny opioidů.
- Potřebu **cítit se energický, bez zábran, výkonný**, kompetentní, dosáhnout euforie a radosti. Slast a euforii mohou přinášet jedinci látky ze skupiny stimulancií.
- Potřebu **transcendence, sebepřekročení**, jednoty se sebou samým a s druhými, jednoty s Bohem apod. Látkami, které napomáhají vstoupit do utajených zákoutí lidské psychiky jsou psychedelika (od slov psyché = duše a delein = zjevovat) ze skupiny halucinogenů.

V následujících kapitolách se podrobněji zaměříme na dvě psychoaktivní látky, které zastupují první dvě skupiny, tedy stimulancia a opioidy. Užívání jedné z těchto látek – pervitinu nebo buprenorfinu (Subutexu) - bylo kritériem pro zařazení do výběrového souboru

výzkumu, prezentovaného v empirické části. Zároveň pak bylo hlavní proměnnou při zpracování a interpretaci výsledků výzkumu.

2.1.3. Pervitin

Pervitin je u nás pravděpodobně nejznámější návykovou látkou ze skupiny „tvrdých drog“ (pokud přistoupíme alespoň pracovním na nepřesné rozdělení na měkké a tvrdé drogy). V každém případě se jedná o nejrozšířenější vysoce rizikovou drogu. Odhaduje se, že její uživatelé představují 2/3 všech problémových uživatelů na našem území (Zábranský, 2003). V roce 2007 činil odhad pervitinové populace, provedený pomocí multiplikační metody, 20 900 osob, odhad populace problémových uživatelů celkem přitom byl 30 900 osob (Pešek & Orlíková, 2008). Počet uživatelů se v posledních letech mírně zvyšuje, v roce 2008 užívalo pervitin podle odhadu 21 200 osob z celkového počtu 32 500 problémových uživatelů (Mravčík, Pešek et al., 2009). Pervitin se často mylně pokládá za výlučně českou drogu (viz dále historie pervitinu). Tato látka patří do skupiny amfetaminů, které tvoří podskupinu stimulantů (vedle například kokainu). Jde o látky s budivým efektem na centrální nervovou soustavu.

2.1.3.1. Původ a historie pervitinu

První amfetamin byl syntetizován poměrně nedávno, v roce 1887, a to rumunským chemikem L. Edeleanem na Universität Berlin a původně byl pojmenován phenylisopropylamin (Šulcová & Goldberg, 2003). Poté byl na dlouhou dobu zapomenut a znovu zkoumán až ve 20. století. Roku 1928 popsal Allen psychotropní účinky amfetaminu, který se, stejně jako jeho deriváty, začal používat k léčbě narkolepsie, obezity, deprese, u dětí též při poruchách pozornosti a hyperkinézách (Kalina, 1997). Amfetaminy mají také bohatou historii jako látky proti únavě, které se masově užívaly během 2. světové války v mnoha armádách především v polních nemocnicích a u bojových letců (Kudrle, 2003b) a tam byl také popsán poprvé mechanismus závislosti, který byl až do roku 1939 považován za vyloučený (Minařík, 2003b). V Německu byl přidáván mimo jiné do čokolády pro tankisty a letecký personál (známá jako Panzerschokolade nebo Fliegerschokolade). V Japonsku vedlo rozšíření amfetaminu k prvnímu masovému zneužívání a prvním problémům se syndromem závislosti (Erowid, n.d.). Od 60. let se léčebné indikace amfetaminu zužují a v 90. letech se používal už pouze k léčbě (Kalina, 1997). V roce 1965 byl ve Spojených státech amerických schválen dodatek zákona o jídle, léčích a kosmetice, týkající se kontroly zneužívání drog (Drug Abuse Control

Amendment) a zakazující neregistrované vlastnictví, výrobu nebo prodej některých látek včetně amfetaminů, pokud nejsou určeny pro vlastní potřebu nebo potřebu jiného obyvatele téže domácnosti. (Erowid, 2004).

Tato historie zahrnuje širší skupinu látek zvaných amfetaminy, která obsahuje kromě pervitinu např. dnes také hojně užívanou a zneužívanou extázi a mnoho dalších látek. Pervitin jako takový, genericky metamfetamin (a pod tímto názvem také známý za hranicemi České a Slovenské republiky), chemicky 1-phenyl-2-methylaminopropan, byl poprvé syntetizován v roce 1919 japonským vědcem Akirou Ogatou z efedrinu za pomoci fosforu a jódu a v roce 1920 byl tento objev patentován. Japonsko také používalo hojně metamfetamin za 2. světové války pro sebevražedné piloty kamikadze (Šašinka, 2006). V první polovině 30. let se dostal metamfetamin do Evropy a byl používán v nacistickém Německu v armádě. V Německu byl metamfetamin uveden na trh v roce 1938 pod jménem Pervitin® společností Temmler-Werken, ve Velké Británii roku 1939 jako Methedrine® (Wellcome) a v USA roku 1942 jako Desoxyn® (Abbott). Samo slovo „pervitin“ je také německého původu, i když dnes se v okolních zemích používá spíše název „čeko“ (Kalina, 1997). V 60. letech vzrostla jeho obliba ve Spojených státech. V té době se také začíná objevovat intravenózní užívání této látky (Erowid, n.d.).

Zatímco ve světě je oblíbený především amfetamin (v užším pojetí), v ČR jednoznačně dominuje metamfetamin (pervitin, slangově také piko, peří, péčko, perník atd.), který má obdobné, ale silnější účinky (Minařík, 2003b). Je většinou vyráběn v domácích chemických laboratořích, tak zvanými „vařiči“, tedy těmi, kdo dokáží připravit pervitin z několika komponent. Tato výroba se u nás rozvinula v polovině sedmdesátých let a postupně se stala i žádaným vývozním artiklem do okolních zemí (Kalina, 1997).

2.1.3.2. Složení a podoba pervitinu, jeho šíření

Pervitin je na rozdíl od Subutexu látkou nelegální, stejně jako heroin, a není ani látkou, která by měla konstantní chemické složení. Není ani lékem, proto lze těžko mluvit o farmakologii pervitinu, tak jak je popsána dále u Subutexu.

Jak už bylo uvedeno, pervitin se vyrábí ve velké většině v menším množství domácími „vařiči“ z léků, které jsou běžně dostupné, některé i volně prodejné. Většinou jde o léky proti nachlazení, obsahující pseudoefedrin, jako je například Modafen, Nurofen Stopgrip atp. Pro větší množství se užívá efedrinu, který je většinou zcizován z chemických závodů. Látky, ze kterých se pervitin vyrábí, se v průběhu doby mění, podle toho jak se mění jejich dostupnost na trhu. Na výchozí látce je závislá také kvalita konečného produktu.

Chemicky je pervitin pravotočivý fenylmetylaminopropan. V čisté podobě má formu mikrokrytalického bílého prášku hořké chuti, bez zápachu. Na černém trhu se objevuje často zbarvený do žluta nebo fialova, protože obsahuje ještě zbytky příměsí z výroby. K výrobě pervitinu je třeba mít určité znalosti, na úrovni střední chemické průmyslové školy, jinak může dojít právě k nedokonalému „varu“, kdy v pervitinu zůstávají i některé meziprodukty a toxické příměsi. Výchozí látkou je efedrin, k výrobě se dále používá louh a červený fosfor (Minařík, 2003b).

Ze způsobu, jakým se pervitin vyrábí, vychází i způsob jeho distribuce, šíření. Jedním ze způsobů, a dříve v podstatě jediným, je seznámení se s vaříčem a získání drogy přímo od něj. Dříve fungovaly kolem vaříčů vždy skupiny lidí, kde každý měl nějakou funkci, např. při shánění materiálu. Pervitin, který se v takové skupině uvařil se v ní také zkonsumoval, obchod s ním byl spíše výjimkou. Dnes je běžnější, že i známým vaříč pervitin prodává nebo směňuje třeba i za jiné drogy. Není také výjimkou, že ženy získávají pervitin od vaříče za sexuální služby.

Po roce 1989 se objevila ve větší míře i druhá cesta distribuce – pervitin je nabízen spolu s dalšími drogami na černém pouličním trhu. Také se droga poměrně hojně vyváží do zahraničí, ať už přímo, nebo v osobě vaříče, který jí za hranicemi vyrobí velké množství a to je pak distribuováno místními dealery (NMS, 2005).

2.1.3.3. Způsob aplikace pervitinu a dávkování

Pervitin je možné aplikovat několika způsoby – ústy (per os), šňupáním (sniff), kouřením metamfetaminové báze zvané „ice“ nebo intravenózně. Poslední zmiňovaný způsob je v naší zemi nejrozšířenější a také nejrizikovější (Minařík, 2003b). Běžně se dávky pohybují v rozmezí 50-250 mg, i když je popisováno užívání denních dávek i nad 1 g a uživatelé sami často uvádějí i několik gramů denně (při „ochutnávání“ během domácí výroby však nelze množství spolehlivě odhadnout). Rychlost nástupu účinku je různá podle způsobu užití. Při užití ústy je nástup do hodiny, při sniffu 5-10 minut a při užití do žíly nastupuje účinek okamžitě. Tento způsob aplikace má také nejintenzivnější účinek. Kromě závislosti na látce samé může vzniknout závislost „na jehle“, tedy na způsobu aplikace.

2.1.3.4. Mechanismus působení pervitinu v CNS

Psychostimulancia, mezi která patří i 1-fenyl-2-methylaminopropan (pervitin), zvyšují různými mechanismy koncentraci noradrenalinu a dopaminu v synaptických štěrbinách centrálního nervového systému. V menší míře ovlivňuje metamfetamin také koncentraci serotoninu, která

je výrazněji zvyšována jinými stimulancií, např. MDMA, tedy extází (Lincová & Farghali, 2002). Při účinku stimulancia na CNS dochází ke zvýšenému vylučování a dále pak ke snížení zpětného vychytávání monoaminů. Dochází také k blokaci enzymu MAO (monoaminoxidázy), který rozkládá dopamin a noradrenalin v synaptických štěrbinách. Po odeznění efektu dochází k vyčerpání mediátorů, což je příčinou nepříjemného stavu – tzv. "dojezdu" (Minařík, 2003b).

Droga účinkuje poměrně dlouho, podle dávky zhruba 8-24 hodin. Poločas rozpadu je 12-34 hodin a droga je detekovatelná z moči či krve i 14 dní po aplikaci (Minařík, 2003b).

2.1.3.5. Žádoucí a nežádoucí účinky pervitinu

Jak bylo již uvedeno, patří pervitin a amfetaminy obecně do skupiny stimulancií, nebo ještě přesněji psychomotorických stimulancií. Znamená to, že zřetelně ovlivňují nejen motoriku, ale i psychické funkce.

Po aplikaci pervitinu se dostavuje euforie, doprovázená výrazným psychomotorickým neklidem (jeho síla je závislá jednak na množství užití látky a jednak na jejím přesném složení). U některých jedinců, především těch, kteří užívají pervitin dlouhodobě, se slangově hovoří o tzv. vykroucenosti. Takový člověk má velmi prudké a často nekoordinované pohyby. Mnozí uživatelé uvádějí tento účinek jako značně nepříjemný a obtížný.

Pervitin uvolňuje velké zásoby energie a zvyšuje tak celkovou výkonnost. Tento účinek bývá důvodem, proč je někdy pervitin užíván – vedle např. kokainu – při práci, která vyžaduje velké nasazení. Organismus díky pervitinu pracuje bez odpočinku často až do úplného vyčerpání. Metamfetamin také urychluje tok myšlenek, i když často na úkor kvality (hlavně při opakovaném užití). Také zvyšuje pozornost a soustředěnost (Minařík, 2003b).

Užití pervitinu navozuje stereotypní chování a působí nechutenství. Jeho anorektický účinek je žádoucí pro mnoho mladých dívek a žen, které někdy s pervitinem začínají experimentovat právě z důvodů nespokojenosti s vlastní postavou a váhou. Tento trend je popisován například v modelingu (Grogan, 2000).

Při zjišťování důvodů k užívání pervitinu se také nezřídka v praxi setkáváme se sociálním motivem. Především pro osoby, které pociťují nesnáze při komunikaci a navazování kontaktů, je pervitin zpočátku velkou pomocí. Tento fenomén se objevuje i na parties, kde jsou podle vlastních výpovědí účastníků všichni přátelští a v pohodě. Není náhodou, že jednou z nejužívanějších drog je tu mimo extáze i pervitin (Kubů et al., 2006; Mravčík et al., 2008). Pervitin zlepšuje schopnost empatie a odstraňuje zábrany. Po jeho užití má jedinec pocit sebejistoty a rozhodnosti, je v euforické náladě. Při pohledu zvenčí se však

často projevuje spíše jako psychicky labilní, hádavý, někteří uživatelé bývají hrubí a agresivní.

Někdy může působit pervitin také poněkud neočekávaně (stejně jako se například u LSD vyskytuje tzv. bad trip). Navozuje pocity strachu a úzkosti. Objevují se nepříjemné halucinace, vztahovačnost, deprese, podezřívavost, stavy zmatenosti. Nezřídka dochází k výpadkům paměti a neschopnosti soustředit se (Minařík, 2003b).

Mohou se vyskytnout zřetelné srdeční arytmie, což může být pro intoxikovaného jedince nepříjemné. Hrozí i křeče nebo delirium. Na rozdíl od Subutexu je možné a poměrně časté předávkování pervitinem. Může být dokonce smrtelné, ke smrti dochází obvykle poškozením srdečního svalu v důsledku toxického účinku metamfetaminu (Dvořáček, 2003b). Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti uvádí, že např. v roce 2006 bylo v České republice 29 % případů úmrtí ve spojení s nealkoholovými drogami způsobeno pervitinem (Mravčík, Pešek et al., 2009). Ve většině nejde o předávkování, ale o smrt následkem nehody, způsobené pod vlivem pervitinu. Několik případů se objevilo v minulosti také například ve sportu, kdy díky pervitinu, použitému jako doping, došlo k naprostému fyzickému vyčerpání z důvodů neodhadnutí vlastních sil, s následkem smrti (Minařík, 2003b).

Po odeznění účinku pervitinu se dostavuje většinou deprese, apatie, naprostá vyčerpanost a celková skleslost. Pravděpodobnost výskytu veškerých negativních účinků, které byly popsány výše, se ještě umocňuje kombinováním pervitinu s jinými drogami. S léky ze skupiny inhibitorů MAO (antidepresiva) tvoří pervitin život ohrožující kombinaci (Minařík, 2003b). Některé nežádoucí následky se objevují až při dlouhodobém užívání s vytvořenou závislostí na droze.

2.1.3.6. Závislost na pervitinu a abstinенční příznaky

Mezi odborníky neexistuje plná shoda v tom, zda lze u pervitinu hovořit o fyzické závislosti v pravém slova smyslu, obvykle se má spíše za to, že taková závislost se netvoří. Většina zdrojů se nicméně shoduje, že na pervitinu vzniká poměrně snadno a rychle silná psychická závislost (Bečková & Višňovský, 1999). Proto se často zvyšuje frekvence užívání pervitinu. Z rozhovorů s uživateli pervitinu vyplývá, že zpočátku jde obvykle o víkendové „jízdy“, střídané většinou obdobím odpočinku během pracovního týdne. Frekvence užívání se pomalu zvyšuje a u některých pak přejde v podstatě v chronickou intoxikaci. Mnoho uživatelů také střídá několikadenní „jízdy“, které končí naprostým vyčerpáním, s obdobím jakési regenerace, během kterého i několik dní spí, pouze s přestávkami na vydatné jídlo ve velkém množství.

Minařík (2003b) uvádí následující rysy závislosti na pervitinu: Rychle vznikající psychický návyk, nepřítomnost fyzické závislosti, rychlý vzestup tolerance až k psychotickým dávkám.

Dlouhodobé užívání je pro organismus velmi zatěžující. Dostavuje se časem celková sešlost v důsledku nepravidelného životního stylu, kdy se střídá velké vypětí s rychlým dočerpáváním sil. Pervitin výrazně snižuje chuť k jídlu, takže i přes následný zvýšený příjem potravy dochází při častém nebo stálém užívání k úbytku na váze (například uživatelé, kteří byli propuštěni z vězení, kde drogu neužívali a nabyli svou normální váhu uvádí i 10kg za týden). Tyto změny samozřejmě organismus vyčerpávají. Často se pak dostavuje neklid, podráždění, poruchy spánku, nausea, zvracení, bolesti kloubů a bolesti u srdce (Minařík, 2003b).

Pervitin také zatěžuje játra, což často vede k jejich onemocnění (někdy i smrtelné cirhóze). Tento orgán je k tomu u mnoha jedinců oslabován infekčními chorobami, především hepatitidou typu B a C. Podle výzkumu, který provádělo Národní monitorovací středisko pro drogy a drogovou závislost v letech 2002-2005 v nízkoprahových zařízeních v ČR, bylo procento VHC pozitivních mezi testovanými injekčními uživateli v Praze 29,7 % (Mravčík et al., 2009). Kromě jater jsou užíváním pervitinu značně zatěžovány i ledviny. Je to většinou způsobeno příměsemi, které obsahuje pouliční pervitin. Na rozdíl od výše popisovaného Subutexu, je pervitin látka, kterou – pokud si ji jedinec nevyrobí sám – lze těžko s přesností chemicky identifikovat.

Většina problémových uživatelů pervitinu v České republice, kteří jsou v kontaktu s některými z drogových služeb (a je tedy možné je sledovat) užívá tuto drogu intravenózně. Z toho samozřejmě vyplývá mnoho dalších rizik, od zánětů žil a abscesů po přenos infekčních chorob, jako je HIV/AIDS nebo již zmiňované hepatitidy. Infekčními chorobami, které jsou přenosné sdílením injekčního materiálu nebo pohlavním stykem, a které se v populaci problémových uživatelů vyskytují mnohonásobně častěji než v běžné populaci, se budeme zabývat podrobněji v kapitole 2.2.2.

Dosud jsme se zmínili především o fyzických následcích dlouhodobého užívání pervitinu. Na pervitinu však vzniká především psychická závislost a dopady na psychiku jsou přinejmenším tak závažné jako somatické následky. Minařík (2003b) uvádí, že jako následek dlouhodobého užívání mohou vznikat organické mozkové psychosyndromy doprovázené demencí (asi u 10 % zemřelých v důsledku užívání pervitinu byly nalezeny změny na mozku). Kromě úzkostí, halucinací, neklidu, depresí a zmatenosti se objevuje také velké zhoršení paměti, dezorientace v čase, neschopnost koncentrace. Většina uživatelů uvádí výskyt sebevražedných myšlenek nebo i sebevražedného chování. Je ovšem otázkou, nakolik je toto

způsobeno samotnou látkou (především stavy, kdy její působení oslabuje), nakolik tlakem, který chroničtí uživatelé obvykle zažívají ze všech stran v otázkách sociálních, finančních, právních a mezilidských, a nakolik jde o projev primárně či sekundárně se vyskytujících psychických onemocnění nebo poruch osobnosti nebo následky traumatických událostí.

Vážným následkem užívání pervitinu je psychotická porucha (F1x.5 dle MKN-10), tzv. toxická psychóza. V populaci uživatelů metamfetaminu je výskyt psychotických příznaků 11x častější než v celkové populaci ČR (Hosák et al., 2009). Většinou se objevuje až po opakovaném, dlouhodobějším užívání, ale existují i případy propuknutí po jediné vysoké dávce. Vyznačuje se smyslově živými halucinacemi, především sluchovými, perzekucními a jinými paranoidními bludy, vztahovačností, psychomotorickými poruchami a abnormálními emocemi (především depresemi). Může se objevit i mírnější stupeň poruchy vědomí (Nešpor, 2003a; Hosák et al., 2009).

Toxická psychóza se může rozvíjet pozvolna, zprvu je ještě přítomen náhled, postupně však mizí. Významnou roli při rozvoji psychotické poruchy hrají genetické předpoklady, premorbidní osobnost uživatele, přesné složení a forma aplikované látky a způsob její aplikace a také neurotoxické a neuropatofyziologické účinky metamfetaminu v mozkové tkáni (Hosák et al., 2009). Proto je třeba provést vyšetření a začít léčbu či zajistit hospitalizaci včas, neboť se často stává, že i pokus pomoci je při pokročilé fázi psychózy interpretován jako nepřátelský. Základním předpokladem úzdravy je přitom abstinence od návykové látky.

Toxická psychóza by měla částečně vymizet do jednoho měsíce po poslední aplikaci psychoaktivní látky, úplně pak do 6 měsíců. Pokud se tak nestane, je třeba uvažovat o jiné duševní poruše, např. schizofrenii, jejíž propuknutí mohlo být spoluzapříčiněné návykovými látkami (Nešpor, 2003a).

V klasifikaci DSM-IV se oproti MKN-10 vyskytují ještě další psychické poruchy spojené s užíváním drog, jako je emoční, úzkostná nebo sexuální porucha vyvolaná návykovými látkami nebo porucha spánku.

Pokud má být výčet krátkodobých i dlouhodobých účinků užívání pervitinu co nejúplnější, nesmíme opomenout sociální aspekty závislosti na této látce. Ze zkušenosti z práce v nízkoprahovém i léčebném zařízení a rozhovorů se závislými na pervitinu se pokusíme nastínit hlavní problémy, které lze seřadit do pomyslného řetězce událostí, které se v určité míře objevují v životě téměř každého problémového uživatele pervitinu. Každý z následujících bodů sám o sobě vydá na samostatnou kapitolu. Mají také mnohdy přímý vliv na oblast sexuálního života, která je hlavním tématem této práce. Na dalších stranách textu se k nim proto budeme opakovaně a podrobněji vracet:

- Ztráta rodiny a „nezávadových“ přátel - nastává dříve nebo později, v závislosti na tom, jak pevná je primární sociální síť závislého. Její obnova je ale vždy jedním z hlavních a nejtěžších kroků při snaze o návrat k abstinenci a „normálnímu“ životu. Většině osob užívajících pervitin zůstane časem pouze okruh stejně závislých osob, mezi kterými panuje velká obezřetnost a málokdy jde o opravdové přátelství.
- Ztráta zaměstnání nebo nedokončení vzdělání – styl života s pervitinem znesnadňuje dodržování jakéhokoli režimu a má velký vliv na zodpovědnost. I když je v některých zaměstnáních oblibou užívat nárazově pervitin při velkém pracovním vypětí, dlouhodobé užívání podstatně snižuje výkonnost a pracovní morálku.
- Neustálý nedostatek financí v důsledku velkých výdajů za drogu i životní styl s ní spojený – i když není pervitin zdaleka tolik finančně náročný jako např. heroin, přeci jen zvyšuje finanční nároky jedince. Pokud k tomu přičteme ztrátu zaměstnání, dostává se taková osoba do finanční tísně.
- S tím související velmi častá kriminální činnost, od drobných krádeží až po ozbrojená loupežná přepadení – po čase se téměř všichni pravidelní uživatelé pervitinu, kteří ztratili pravidelný přísun peněz odhodlají k jejich získání nějakou nelegální činností. Většinou jde zpočátku jen o drobné krádeže v obchodech, které také zaručují, že osoba nebude odsouzena k trestu odnětí svobody, pokud nepřekročí určitý zákonem daný peněžní limit. Zároveň se zdá, že podstatná část problémových uživatelů má zároveň sklon k páčání trestné činnosti, i když k tomu nejsou nuceni existenčními důvody.
- V důsledku kriminální činnosti častý konflikt se zákonem, vazba nebo výkon trestu – mnoho klientů nízkoprahových i léčebných zařízení má zkušenost když ne s výkonem odnětí svobody, tak alespoň s pobytem na vazbě. Důvodem je buď majetková (někdy i násilná) trestná činnost – krádež, loupež atd. – nebo výroba a distribuce omamných látek.
- Zápis v trestním rejstříku, který neumožňuje najít žádné, nebo alespoň neuspokojivé zaměstnání – tím se často znovu roztáčí kolotoč nelegální činnosti, užívání drog (pokud bylo vůbec ve vězení přerušeno) a nového trestu.
- Ztráta domova, zázemí – z mnoha pravidelných problémových uživatelů pervitinu se časem stávají třeba i na přechodnou dobu lidé bez domova, bydlí na ulici nebo na nelegálních squatech, přespávají na provizorních místech.
- U žen, a v menší míře i u mužů, se můžeme setkat s alternativním zdrojem financí ve formě prostituce.

2.1.3.7. Odvykání a abstinence od pervitinu

Dlouhodobé a intenzivní užívání pervitinu má mnoho nežádoucích a nepříjemných následků. Některé z nich bohužel nekončí vyabstinováním a zbavením se závislosti, ale způsobují i trvalé zdravotní nebo psychické problémy, v krajním případě smrt.

Dosáhnout abstinence od pervitinu není vůbec snadné. Jak již bylo řečeno, samotná závislost na této látce se fyzicky výrazně neprojevuje, zato však psychická závislost je poměrně složitě překonatelná a způsobuje velké komplikace při odvykání, abstinenci a při jakémkoli terapeutickém zásahu. Akutní odvykací stav při závislosti na pervitinu by měl podle Nešpora (2003b) vykazovat alespoň dva z následujících příznaků:

- Letargie a únava – únava je do určité míry způsobena také vyčerpáním organismu z životního stylu spojeného s užíváním pervitinu
- Bizarní nebo nepříjemné sny – často s drogovým obsahem
- Zvýšená chuť k jídlu – po vyčerpávajícím období užívání je tělo obvykle oslabené a závislý bývá výrazně pod průměrem své tělesné váhy, nárůst váhy je proto rapidní
- Zpomalení duševního a tělesného tempa či neklid
- Nespavost nebo nadměrná spavost – nadměrná spavost obvykle přichází bezprostředně po vysazení látky, poté, co tělo dočerpá nejnutnější energii je vystřídána spíše nespavostí nebo nepravidelnostmi ve spánkovém rytmu.
- Silná touha po droze neboli craving

Zde popsané příznaky – s výjimkou posledně jmenovaného cravingu, o kterém jsme se zmínili podrobněji v kapitole 2.1.2. - se objevují zpravidla bezprostředně po vysazení návykové látky a trvají od několika dní po několik týdnů. Obvykle odezní bez potřeby farmakoterapie. Pokud přetrvávají déle, je třeba se jimi zabývat, např. při déle trvající depresi jsou indikována antidepresiva (Dvořáček, 2003a). Často nejsou potíže způsobeny přímo užívanou látkou, ale spíše životním stylem jejích uživatelů. Mnohé následky dlouhodobého užívání se vynořují až po delší době abstinence, s tím jak jsou postupně odkrývány jednotlivé vrstvy individuálního obrazu závislosti. Pokud není s těmito obsahy terapeuticky pracováno, zvyšuje se výrazně riziko relapsu. Jednou z takových oblastí, která obvykle přichází na řadu až po relativní fyzické i psychické stabilizaci závislého, je i sexualita. K tomu, jak pervitin působí právě na ni, se vrátíme v kapitole 2.3.2.

2.1.4. Subutex (Buprenorfin)

Buprenorfin, známý u nás pod obchodním názvem Subutex, je látkou v České republice poměrně novou, jejíž užívání však prodělalo velmi rychlý vývoj. Původně lék, určený k substituci opiátů, především heroinu, je dnes řazen mezi návykové látky, jejichž uživatelé jsou považováni z velké části za problémové. Jde o poměrně netypickou drogu, vzhledem k tomu, že je dostupná legálně na lékařský předpis. Zároveň je ale také hojně obchodována na černém trhu. V České republice není Subutex zdaleka tak rozšířený jako pervitin. Mohlo by se zdát, že díky legálnímu prodeji bude snadnější určit počet jeho uživatelů. Vzhledem k tomu, že s opiátovými recepty i samotným Subutexem je dále nelegálně obchodováno, jde však stejně jako u pervitinu pouze o kvalifikovaný odhad. Zpráva o situaci v oblasti drog v České republice z roku 2007 (Pešek & Orlíková, 2008) uvádí celkový odhadovaný počet uživatelů opiátů/opioidů (tedy heroinu i buprenorfinu celkem) na 10 000 osob. Z toho necelou polovinu (4 250) tvoří uživatelé buprenorfinu, kteří se vyskytují především v Praze, Středních Čechách a Ústeckém kraji. V roce 2008 byl odhadovaný počet uživatelů Subutexu mírně vyšší (4 900 z celkového počtu 11 300 problémových uživatelů opiátů/opioidů (Mravčík, Pešek et al., 2009). Buprenorfin patří mezi opioidy, má tedy spíše tlumivý účinek na organismus, stejně jako opiáty typu heroin nebo morfin. Zároveň však postrádá silný euforizující náboj, který vytváří na počátku intoxikace heroin.

V současné době je Subutex na trhu nahrazován novým preparátem jménem Suboxone, kombinujícím původní účinnou látku buprenorfin s opiátovým antagonistou naloxonem, který má zabránit zneužívání preparátu, především jeho injekční aplikaci. V době provádění výzkumu byla preskripce Suboxonu u nás v naprostých začátcích, proto jsme tyto respondenty do souboru nezahrnuli a novému preparátu se již dál v textu nebudeme věnovat.

2.1.4.1. Původ a historie Subutexu

Buprenorfin byl objeven v roce 1960 a zpočátku používán především jako analgetikum (Schering-Plough, 2000). Jako „neadiktivní“ analgetikum byl roku 1978 také zaregistrován na britském trhu pod obchodním názvem Temgesic. Již v 80. jsou známy první případy injekční aplikace a „zneužívání“ uživateli heroinu (Verster & Bunning, 2007).

V té době si vzestup užívání heroinu v Evropě vyžádal častější potřebu provádění detoxifikace a substituční terapie. Buprenorfin se začal více využívat, u nás většinou také pod obchodním názvem Temgesic. Byl užíván především při akutní detoxifikaci (Suchopár et al.,

1997). Zjistilo se, že má nesporné výhody oproti do té doby substitučně většinově využívanému metadonu. První výhodou je výrazně nižší dávka účinné látky – 60mg metadonu se účinkem vyrovná 8mg Subutexu (na druhou stranu ale ani vyšší dávka Subutexu není schopna dosáhnout účinku dávky metadonu vyšší než je právě 60mg). Co je ještě podstatnější, při vysazení Subutexu se neobjevují tak silné abstinenní příznaky a prakticky se jím nelze předávkovat, díky jeho stropovému efektu. Oproti tomu vysazení metadonu je třeba provádět postupně a pod lékařským dohledem a neúmyslné předávkování metadonem není nijak výjimečné (Walter, 1997).

Sublingvální tableta Subutex byla vyvinuta v 90. letech minulého století a v roce 1995 poprvé zaregistrována ve Francii pro léčbu opiátové závislosti. Následovaly registrace na dalších národních trzích. V České republice byl Subutex zaregistrován v roce 2000 farmaceutickou firmou Schering-Plough Central East AG (Verster & Bunning, 2007).

Během let 2002 a 2003 se stal Subutex jednou z nejoblíbenějších drog na české drogové scéně a téměř z ní vytlačil dříve populární heroin. Stalo se tak i přesto, že mnoho uživatelů přisuzuje heroinu mnohem větší „zábavnost“. Důvodů bylo pravděpodobně hned několik, při formulaci těch nejdůležitějších vycházíme ze zkušeností z práce s uživateli opiátů v tomto období. Heroin, který se objevoval v té době na českém trhu, byl velmi špatné kvality a jeho dostupnost se v souvislosti s konfliktem v Afganistánu snížila. Proto bylo pro mnoho uživatelů snazší přeorientovat se na prakticky i finančně dostupnější Subutex. U této látky byla, na rozdíl od heroinu, garantována účinnost. Ten byl v té době naproti tomu poměrně nevyzpytatelný co do složení a poměru účinné látky. Dostupnost Subutexu v lékárnách také eliminovala výpadky v užívání, při kterých by hrozily abstinenní příznaky. Jednou z velkých předností pro uživatele bylo, že až do září 2003 mohl Subutex předepisovat volně kterýkoli lékař, bez omezení. Později byla však preskripce tohoto léku omezena.

Buprenorfinu se od začátku využívá i při krátkodobé detoxifikaci před pobytovou či ambulantní léčbou, nejen jako dlouhodobé substituce. Subutex se ukázal jako ideální detoxifikační látka, především díky snadnému užívání a slabým abstinenním příznakům. Tyto výhody jsou patrné především při detoxifikaci od metadonu, kdy jsou nepříjemné příznaky velmi silné (Stillings, 1997).

2.1.4.2. Farmakologie buprenorfinu

Buprenorfin patří do skupiny opioidů. Termín opioidy je používán pro každou látku, která má obdobný účinek s morfiem. Opioidy známe přírodní (opium, morfin) a syntetické (kodein,

heroin, metadon, buprenorfin ad.). Termín opiáty je používán pro užší skupinu opioidů, chemicky podobnou morfinu (Švarc, 2008). Opioidy jsou používány především jako analgetika nebo jako antitusika.

Všechny opioidy působí prostřednictvím vazby na receptory, a to především na opioidní receptory μ , δ , κ a σ (Minařík, 2003a):

- μ receptory mají analgetické působení, vedou k euforii, pocitu dobré pohody. Tyto receptory jsou nejdůležitější pro vznik závislosti.
- δ receptory se podílí na analgezií a jsou lokalizovány periferně.
- κ receptory se podílí na analgezií na míšní úrovni a vedou k sedaci a dysforii.
- σ receptory se podílejí na působení některých psychotomimetik a na dysforii způsobené opioidy.

Opioidy, které mají schopnost vázat se na opioidní receptory můžeme rozdělit podle poměru afinity (síly vazby k receptoru) a opioidní aktivity (efektivity - síly aktivace receptoru):

- **Agonisté** - mají silnou afinitu i vnitřní aktivitu, vyvolávají typické účinky opiátů (morfin, kodein, heroin, metadon).
- **Částeční agonisté** – mají pevnou vazbu na receptor, ale slabou vnitřní aktivitu (buprenorfin).
- **Antagonisté** - mají silnou afinitu, ale nulovou vnitřní aktivitu - blokují tedy receptor a zabrání účinku jiného opioidu, proto se užívají jako lék při předávkování (naloxon);

Buprenorfin je semisyntetický opioid odvozený od thebainu, který je jednou ze složek opia. Jak již bylo řečeno, patří do skupiny částečných agonistů/antagonistů, kteří mohou vykazovat jak agonistické tak antagonistické účinky - má vysokou afinitu k receptoru μ a k receptoru κ , zajišťuje tedy vysoké protibolestivé působení (analgetický účinek je více než 10x vyšší a 10x delší než účinek morfinu), útlum a současně vznik euforie, i když ten ve výrazně menší míře než agonisté typu heroin. Díky těmto základním vlastnostem se stal buprenorfin velmi oblíbenou látkou při odvykací léčbě. Jako parciální antagonistu brání v navázání právě plným agonistům, tedy heroinu nebo metadonu (Švestka, 1995). Vazba buprenorfinu na μ receptory se uvolňuje pomalu a tím po relativně dlouhou dobu

minimalizuje potřebu další dávky drogy. Buprenorfin je oproti heroinu poměrně bezpečnou látkou, a to především díky své atomistické aktivitě. Díky ní nedochází v takové míře k poklesu srdečních a respiračních funkcí (Schering-Plough, 2009).

2.1.4.3. Preskripce, dávkování a způsob aplikace Subutexu

V současné době je Subutex možné předepsat pouze na tzv. opiátový recept, označený modrým pruhem. Toto omezení je spojeno s větší kontrolou a administrativou a tak mnoho lékařů od předepisování Subutexu upustilo. Z toho důvodu se také v masovém měřítku rozproudil černý trh se Subutexem. Od května roku 2000 funguje v České republice Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek, tzv. Registr substituce, jehož správcem je Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Podle novely zákona č. 379/2005 Sb. je povinností všech lékařů poskytujících substituční léčbu hlásit do registru své pacienty a zabránit tak vícenásobné preskripci, což je zároveň primárním účelem tohoto registru (Nechanská, 2009).

V roce 2008 bylo podle Registru substituce léčeno v substituční terapii 1 375 osob (Nechanská, 2009). Při porovnání s kvalifikovaným odhadem celkového počtu uživatelů Subutexu v ČR (podle údajů Národní monitorovacího střediska – Mravčík, Pešek et al., 2009 - necelých 5.000 osob) je patrné, že velkou část poptávky uspokojuje černý trh.

Ministerstvo zdravotnictví ustanovuje standardy substituční léčby. V roce 2007 byla zveřejněna novelizace standardů (MZ ČR, 2007), jejíž obsah ve stručnosti shrnuje Švarc (2008):

- K substituci opiátových závislostí se používá výhradně metadon a buprenorfin.
- Indikací pro substituční léčbu je i škodlivé užívání.
- Před započítím substituce lékař zadává údaje o pacientovi do Národního registru lékařsky indikovaných substitučních látek, a tak zároveň ověřuje, zda pacientovi není poskytována substituční terapie v jiném zdravotnickém zařízení.
- Vstupní vyšetření zahrnuje: anamnézu, současný somatopsychický stav, laboratorní vyšetření (biochemické, sérologické, hematologické, toxikologické), podmínkou substituční léčby je určení HIV statutu a vyšetření na parenterálně přenosné hepatitidy (HBsAg, anti HBsAg, anti HBcAg, IgG/M, anti HCV), podle potřeby konziliární vyšetření, zhodnocení sociální situace, závěry.
- Přednostní zařazení do substituční léčby: těhotenství, HIV pozitivita, virová hepatitida.
- Kontraindikace substituční léčby: akutní intoxikace alkoholem, léčba inhibitory MAO.

- Relativní kontraindikace substituční léčby: závislost jiného než opioidového typu, zneužívání substitučního programu (např. prodej substituční látky na nelegálním trhu, distribuce návykových látek klientům substitučního programu), neschopnost přestat užívat nelegální opioidy navzdory dostatečně vysoké dávce substituční látky, závažná respirační insuficience, nekompenzovaná porucha jaterních funkcí

Nároky na lékaře i pacienta se v případě preskripce Subutexu stále zvyšují. V České republice nyní sledujeme trend směrem k větší kontrole, čímž se zvyšuje práh dostupnosti. Mnozí odborníci s tímto postupem polemizují (například právě Švarc ve svém článku o substituci opioidových závislostí, shrnujícím především vývoj legislativy týkající se buprenorfinu). Zvýšení prahu dostupnosti legální substituce, které však zdaleka nezaručuje dokonalou kontrolu nad tím, komu a v jakém množství je ve skutečnosti substituce podávána, zvyšuje podle mnohých její cenu na černém trhu a jako vedlejší produkt vede k návratu uživatelů k nelegálnímu heroinu.

Subutex na české trhu je dostupný ve třech druzích tablet, které se liší množstvím účinné látky. Balení obsahuje sedm tablet s obsahem 0,4 mg, 2 mg nebo 8 mg účinné látky v jedné tabletě. Zahajovací dávka by se měla pohybovat v rozmezí 0,8-4 mg (Schering-Plough, 2009). Účinek buprenorfinu se zvyšuje s dávkou, nikoli však geometricky. Při 32 mg účinné látky je dosaženo tzv. stropového efektu, kdy se již efekt nepotencuje a je tak zabráněno smrtelnému předávkování, hrozícímu u většiny ostatních opioidů. Zvýšení dávky prodlužuje dobu účinku. Zatímco 2 mg účinkují necelých 24 hodin, 32 mg účinkuje 50 hodin a dokonce ani po 96 hodinách nebyly při klinických testech zaznamenány příznaky předávkování ani abstinčních příznaků (Švarc, 2008).

Buprenorfin se podává obvykle sublingválně, tedy pod jazyk. Při perorálním podání dochází k výrazné přeměně buprenorfinu při prvním průchodu játry, proto tento způsob aplikace není vhodný. Při podání pod jazyk nastupuje efekt léku během několika desítek minut, přičemž maximálních plazmatických koncentrací je dosaženo po 90 minutách. Po vstřebání je látka distribuována do celého těla, váže se na bílkoviny. Dochází ke dvojímu vstřebávání, nejprve do mukózy a poté z mukózy do krve, proto má dlouhotrvající účinek. Buprenorfin má také poměrně vysoký eliminační poločas, 20-25 hodin (Schering-Plough, 2009). Díky těmto dvou faktorům - dlouhému vylučovacímu poločasu a postupnému uvolňování z vazby na receptory - je možné Subutex dávkovat v režimu denním, ale i obden (dvojnásobná dávka) nebo v režimu pondělí, středa a pátek, kdy v pondělí a ve středu dostává pacient dvojnásobnou denní dávku a v pátek trojnásobnou. Při klinických výzkumech nebyly

shledány žádné významnější rozdíly v efektivnosti těchto dvou režimů, zdálo se však, že skupina užívající lék denně je mírně stabilnější v léčbě (Chapleo, 1997). Možnost několikadenních dávek Subutex, kromě jiného, výrazně zvýhodňuje oproti metadonu, který byl u nás po dlouhou dobu tradičně používán jako opiátová substituce a ve většině zemí Evropské Unie – kromě Francie – ještě nedávno dominoval (Nelson et al., 2003). Metadon je však třeba podávat denně a abstinenní příznaky jsou velmi silné, silnější než u závislosti na heroinu.

Buprenorfin je možné podávat také intravenózně nebo intramaskulárně, v takovém případě je absorpce rychlá a plasmatického vrcholu je dosaženo za 5-10 minut. Tato cesta aplikace však není distributorem přípravku doporučována. U problémových uživatelů je považována i.v. aplikace za zneužívání léku. Na rozdíl od sublingválního podávání neeliminuje riziko přenosu pohlavně přenosných nemocí a infekcí žilního systému v důsledku sdílení injekčního materiálu. Může být i důvodem k vyřazení ze substitučního programu. Jak ovšem vyplývá ze zkušeností z práce s uživateli i z výsledkům výzkumu prezentovaného ve druhé části práce, je injekční aplikace Subutexu mezi jeho uživateli velmi rozšířená. Z toho důvodu byl také vyvinut již zmiňovaný preparát Suboxone, obsahující naloxon.

Bezpečnostní profil Subutexu se může zmírnit, pokud je nevhodně kombinován s benzodiazepiny, což je rovněž poměrně časté. V důsledku této kombinace bylo dokonce hlášeno několik případů úmrtí následkem respirační deprese (Schering-Plough, 2009). Často se také setkáváme v praxi se střídavým užíváním Subutexu a pervitinu nebo s kombinovaným užíváním s alkoholem.

2.1.4.4. Žádoucí a nežádoucí účinky Subutexu

Subutex má podobné účinky jako ostatní látky ze skupiny opioidů, přičemž jeho specifika vychází z vlastností částečného agonisty:

- Způsobuje útlum centrálního nervového systému.
- Velmi účinně potlačuje bolest.
- Zklidňuje, ve vyšších dávkách může vést k ospalosti a nekontrolovatelné únavě.
- Vyvolává euforii, i když podstatně slabší, než jaké je dosaženo užitím heroinu.
- Tlumí dechové centrum, i když pouze minimálně, vzhledem ke stropovému efektu.
- Dochází k podráždění centra pro zvracení, proto při prvních užitích jedinci, kteří nejsou zvyklí na opiáty, často zvrací.
- Viditelně se projevuje miosou (zúžením zornic).

- V určité míře přetrvávají nepříjemné účinky, typické pro opioidy, jako je svědění kůže, obtíže s močením, zácpa, pocení, slabost nebo ztráta energie, bolesti hlavy, mdloby, nespavost, sucho v ústech ad.
- Brání nástupu příznaků abstinence od opioidních agonistů.
- Snižuje craving.
- Zeslabuje účinky jiných opioidů.
- Má mírný průběh abstinence symptomů.

Po odeznění účinku buprenorfinu se dostavují abstinence příznaky, které – přestože slabší než v případě užívání heroinu nebo metadonu – mají velmi nepříjemný průběh. Budeme se jimi zabývat dále.

2.1.4.5. Léčebné využití Subutexu

Subutex je velmi dobře aplikovatelný především při závislosti na opioidech mírného nebo středně těžkého stupně. Pokud je závislost těžšího rázu (např. při vysokých dávkách metadonu), neplní většinou - v důsledku stropového efektu - dostatečně substituční funkci a dochází k rozvinutí abstinence příznaků.

V současné době je Subutex využíván v léčbě závislostí dvěma způsoby:

Detoxifikace - probíhá v několika fázích, od přechodu z doposud užívaného opiátu na Subutex, kdy se úvodní dávka nastavuje podle dávky původní látky a odvykacích příznaků, přes stabilizaci na úvodní dávce, snižování střídané stabilizací, až po úplné vyabstinování. Rychlost tohoto procesu je závislá na stavu uživatele a na zařízení, ve kterém se provádí. Je-li závislý hospitalizován na lůžkovém oddělení, ať už detoxifikační jednotky nebo psychiatrické léčebny, je průběh detoxifikace poměrně rychlý - trvá obvykle 1-3 týdny (což je ovšem delší doba oproti heroinu, kdy se obvykle provádí detoxifikace do jednoho týdne). Pokud je ale celá procedura řízena pouze ambulantně, osvědčila se v praxi raději doba delší, která pomáhá předejít relapsu.

Podle studií, které byly provedeny v oblasti vhodnosti Subutexu k detoxifikaci dochází Verster a Bunning (2007) k závěru, že Subutex se osvědčil jako účinný lék v léčbě vedoucí k abstinenci, především u motivovaných klientů. Zároveň je zdůrazňována i nutná psychosociální složka péče o pacienty v procesu detoxifikace. Ta sama o sobě není adekvátní formou léčby látkové závislosti. Komplexní léčebný plán, zahrnující všechny důležité složky, je obzvlášť důležitý při ambulantní detoxifikaci. U závislostí na opioidech se v zahraničí poměrně osvědčila detoxifikace v domácím prostředí za předpokladu, že dochází k

pravidelným návštěvám lékaře. Tato forma je vhodná, pokud není indikována ústavní léčba nebo ji pacient odmítá, průběh detoxifikace je spíše mírný a neohrožuje životní funkce, neobjevují se žádné závažné psychické komplikace, pacient je schopen dodržovat předepsané dávkování léků tlumících abstinenci příznaky a má pro vyabstinování vhodné domácí prostředí (Nešpor, 1999). Tento způsob detoxifikace u nás není příliš rozšířený. V případě ústavního detoxu se předpokládá pokračování pacienta do dalších zařízení (léčebné oddělení, terapeutická komunita, denní stacionář apod.), kde mu bude poskytnuta terapeutická a sociální pomoc.

Udržovací substituční léčba - jde o nahrazení nelegálně užívané drogy, která nese mnoho rizik, látkou legální, s možností kontrolovat dávky a s výrazně menší mírou rizika pro uživatele, ale i pro společnost. Během této fáze by měl pacient přestat užívat injekčně, čímž se snižuje riziko přenosu závažných infekčních chorob. Dochází k celkové stabilizaci závislého (Stillings, 1997). Jedná se o druh medicínské léčby závislosti na opioidech, přestože výraz „léčba“ může být pro někoho těžko přijatelný, vzhledem k tomu že tato péče primárně nevede k abstinenci od návykové látky. Světová zdravotnická organizace (WHO, 2004) považuje substituční léčbu za prokázaně nejefektivnější formu léčby u největšího počtu lidí se závislostí na opioidech. Tato léčba podstatně snižuje užívání nelegálních opioidů, trestnou činnost, úmrtí z předávkování a rizikové chování vedoucí k přenosu HIV a infekčních chorob. Zároveň umožňuje zlepšit výrazně fyzický i psychický stav pacientů.

Subutex ze své podstaty, pokud je užíván podle zamýšleného scénáře a ne zneužíván, eliminuje většinu nežádoucích vlivů nelegálních opiátů na organismus, a to hned v několika ohledech:

- Při sublingválním užívání nehrozí nákaza a šíření infekčních chorob.
- Lékařský dohled a přesné dávkování snižuje riziko nadměrných dávek.
- Vyšší poločas rozpadu oddaluje abstinenci příznaky a nenutí tak uživatele k tak častým dávkám, čímž dostávají prostor na jiné aktivity než je shánění a aplikace drogy.
- Kontrolovaná průmyslová výroba léku zaručuje jeho čistotu a kvalitu, čímž chrání zdraví uživatele.
- Snadná dosažitelnost léku snižuje stres spojený s jeho sháněním.
- Relativní finanční dostupnost léku nenutí uživatele k tak časté kriminální činnosti.
- Dohled lékaře umožňuje navázání důvěry a širší spolupráce, např. v oblasti psychického zdraví a sociální stabilizace.

Udržovací substituční léčba bývá volbou především tam, kde selhaly pokusy o úplnou abstinenci a kde v momentální situaci není závislý schopen nebo ochoten se o ni znovu pokusit. Stejně jako u substituční léčby metadonem je i u Subutexu hlavním cílem snížení negativních zdravotních a sociálních dopadů závislosti na drogách. Auriacombe se svými kolegy (1997) uvádí, že většina výzkumů týkajících se kvality života potvrdila oproti původnímu očekávání samotných uživatelů velké přínosy substituční léčby, a to především v oblasti psychických potíží a užívání dalších drog a alkoholu, zdravotní, sociální a pracovní oblasti. To vše za předpokladu, že program je dobře uspořádán a nabízí i psychosociální složku. Substituční léčba může být časově neomezená, je ale také možné kdykoli přejít k fázi detoxifikační. Bylo provedeno mnoho studií, srovnávajících účinek udržovací léčby metadonem a Subutexem, a to v různě vysokých dávkách, a případně placebem. Jejich výsledky shrnuje analýza Matticka a jeho kolegů (2008). Podle nich byla substituce Subutexem v jakýchkoli dávkách účinnější než placebo, pokud šlo o udržení pacienta v léčbě. Pouze střední a vyšší dávky však měly větší účinek než placebo na snížení užívání heroinu. Podávání Subutexu bylo vždy méně úspěšné než metadon vzhledem k udržení v léčbě, ve vlivu na užívání dalších opiátů nebyl výrazný rozdíl.

Udržovací substituční léčba může být kdykoli znovu přehodnocena a směřována k plné abstinenci. V takovém případě se jako nejefektivnější ukazuje po detoxifikaci pokračovat v ambulantní terapii, medikaci a sledování, s cílem udržet pacienty v léčbě a tím maximalizovat její přínos (Verster & Bunning, 2007)

Detoxifikace a dlouhodobá udržovací léčba jsou tedy dva hlavní a opodstatněné důvody preskripce Subutexu. V průběhu let se však u nás vytvořila ještě třetí skupina uživatelů této drogy. Jde o případy, kdy je užíván Subutex jako první a primární droga, bez předchozí epizody užívání heroinu nebo jiného opiátu. Jde obvykle o mladší věkovou skupinu uživatelů. Často se seznámili se Subutexem jako se svou první drogou prostřednictvím černého trhu a často ji také užívají od začátku intravenózně. Z praxe známe také případy, kdy Subutex předepsal jako první lékař, bez toho aby si důkladně ověřil předchozí užívání opiátů (důkladným provedením anamnézy, testy na přítomnost opiátů v moči, ověřením, zda je pacient klientem nízkoprahového programu, poskytujícího výměnu injekčního materiálu apod.).

2.1.4.6. Závislost na Subutexu

Subutex vyvolává oproti opioidním agonistům slabší tělesnou závislost a při předávkování nemá smrtelné následky, vyvolané útlumem dechového centra, tak jako tomu bývá např. u

heroinu. Buprenorfin má sice také sigmoidní křivku účinku - tedy zvyšující se efekt v závislosti na dávce - jako agonisté, ale při poměrně nízké dávce (32mg) již dochází k oploštění křivky a k dosažení tzv. stropového efektu. Za hranicí této dávky se tedy účinek nadále nezvyšuje, proto není žádoucí ani smysluplné ji překračovat (Švarc, 2008).

Závislost na buprenorfinu nevzniká při prvním užití ani po krátkodobém užívání. Rozvíjí se delší dobu a je slabší než tomu bývá u ostatních opioidů, jako je např. morfin nebo heroin. Důvodem vzniku závislosti je změna v reakci receptorů na zvýšený přísun látky. V tomto případě, stejně jako u jiných návykových látek, je závislost rozpoznatelná podle splnění několika základních znaků popsaných v diagnostickém manuálu MKN-10 (viz kapitola 2.1.2.). Z nich u Subutexu se nejvíce projevuje silná touha po látce (craving) a somatický odvykací stav.

Při závislosti na opioidech nebývá postižen intelekt uživatele, naproti tomu charakter bývá poškozen poměrně výrazně a často i trvale (Minařík, 2003a). Do značné míry to souvisí s životním stylem uživatelů opioidů, především těch nelegálních. V případě Subutexu je situace poněkud odlišná. Psychické a hlavně sociální následky závislosti mohou mít odlišný charakter i intenzitu v závislosti na tom, jestli je Subutex získávaný legálně a užívaný po konzultaci s lékařem nebo kupovaný na černém trhu a dávkovaný podle vlastního rozhodnutí (v takovém případě se obraz závislosti i jejích následků na uživatele přibližuje více nelegálním látkám, jako je heroin).

Některé následky na psychiku uživatele jsou však způsobeny i povahou látky samé. Uživatelé opioidů bývají apatičtí, bez vůle, někdy až depresivní, jejich aktivita (včetně sexuální) je výrazně snížena. Často bývají unavení, podráždění, trpí nespavostí. Mívají horší životosprávu, trpí nechutenstvím, proto dochází k výraznému úbytku váhy. Opět, tyto příznaky jsou u Subutexu méně výrazné, nicméně také se většinou objevují.

Zdravotní následky problémového užívání, injekční aplikace a rizikového způsobu života jsme popsali v kapitole pojednávající o závislosti na pervitinu (2.1.3.6.). Oproti pervitinu nehrozí u závislosti na opioidech náhlé propuknutí toxické psychózy. Nejčastější psychickou komplikací bývají deprese, do značné míry spojené hlavně s životním stylem.

Opioidy mívají velký vliv na sociální síť uživatele, na jeho vztahy s nejbližšími i širším okolím, které devastují. Uživatel heroinu, který se rozhodne pro substituční léčbu, většinou jen pomalu a s obtížemi navazuje zpřetrhaná pouta. Výraznější posun bývá dosažen až v léčbě a při úplné abstinenci od návykových látek.

2.1.4.7. Odvykání a abstinence od Subutexu

Skutečnost, že je jedinec závislý na opioidech většinou sám sobě přizná právě až v momentě, kdy se při jejich nedostatku dostaví odvykací příznaky, a to hlavně fyzické, které jsou jasně viditelné a těžko popíratelné. U Subutexu jsou podobné jako u ostatních opioidů, ale většinou bývají mírnější a neobjevují se ihned po vysazení obvyklých dávek. Pokud bychom např. chtěli srovnat průběh vysazení heroinu, metadonu a Subutexu, lze říci, že poslední jmenovaný má jednoznačně nejprůzračnější nastavení pro uživatele - odvykací příznaky na heroinu jsou velmi bolestivé a nepříjemné, často v podstatě nesnesitelné bez pomoci analgetik a dalších zklidňujících léků. Odvykání od metadonu se dokonce vůbec nedoporučuje bez lékařského dohledu a neprovádí se pokud možno z dávek vyšších než 35 ml. Oproti tomu odvykací příznaky při vysazování Subutexu nejsou životu nebezpečné a jejich průběh není zdaleka tak dramatický. Nevýhodou ale může být jejich delší trvání a kolísavá intenzita a především přetrvávání psychických potíží, typických pro odvykací stav. Z tohoto důvodu někteří uživatelé „upřednostňují“ odvykací stav u heroinu, který protrpí rychleji a jsou schopni jasně rozpoznat jeho konec.

Nástup odvykacích příznaků bývá opožděný, vrchol nastává 3.-5. den a potíže přetrvávají obvykle 8-10 dní po aplikaci poslední dávky, v závislosti na množství užívané látky (Stillings, 1997).

V lehčí formě se při odvykací stavu dostavuje úzkost a špatná nálada až deprese, z fyzických projevů především nevolnost, bolesti břicha, průjemy, zvracení, slzení, zívání, husí kůže, střídání návalů zimy a horka, spojené s pocením. Pokud je průběh těžší, objevují se horečky a třes. Často si závislí na Subutexu - stejně jako na ostatních opioidech - stěžují při odvykání na nespavost, která mnohdy přetrvává několik týdnů, ve výjimečných případech i měsíců. Průběh odvykacích příznaků je do značné míry ovlivněn velikostí užívaných dávek a délkou závislosti, podstatně ho ale ovlivňují i osobní dispozice, a to především jeho psychickou složku. V případě Subutexu by neměl znamenat akutní ohrožení života (Dvořáček, 2003a).

Stejně jako u pervitinu, je nejobtížnější na cestě k trvalé abstinenci od Subutexu překonání cravingu. Práce s psychickou složkou závislosti je základem léčby návykových nemocí a představuje systém zpracovávání metod a přístupů.

2.2. Sledované oblasti sexuality

V této části práce se zaměříme na vymezení těch oblastí sexuality člověka, které sledujeme v dotazníkovém šetření. Byly vybrány na základě dostupné literatury, výzkumů a rozhovorů s uživateli v nízkoprahovém i léčebném zařízení. Jde o problémy, které mohou mít pravděpodobně nějakou souvislost s užíváním návykových látek, ať už ve formě příčiny nebo následku, a jejich výskyt v populaci uživatelů je často výrazně odlišný od běžné populace. Pro přehlednost dělíme sexuologickou problematiku na faktory, které ovlivňují spokojenost se sexuálním životem (i když vliv na spokojenost mají i další proměnné, zahrnuté do následujících podkapitol), rizikové sexuální chování, sexuální dysfunkce, sexuální orientaci a sexuální násilí.

2.2.1. Faktory ovlivňující spokojenost jedince se sexuálním životem

Spokojenost se sexuálním životem je čistě individuální proměnnou, kterou nelze objektivizovat. U každého závisí spokojenost na jiných faktorech, s čím je jeden člověk spokojený, považoval by druhý za zcela nedostačující a neuspokojivé. Dá se předpokládat, že na spokojenost bude mít vliv podstatná část z dále uvedených faktorů. Kromě toho samozřejmě závisí i na výskytu některých událostí v anamnéze jedince, například sexuálních dysfunkcí, zneužívání v dětství a sexuálního násilí. Významný pokles spokojenosti u žen s takovou zátěží potvrdili např. Weiss a Zvěřina (1999b). Dalším výrazným faktorem byla u žen především kvalita jejich partnerského vztahu.

Sexuální apetence, neboli touha, kterou jsme v našem dotazníku popsali zjednodušeně jako „chuť na sex“ a „potřeba sexuálního uspokojení“, je jedním z hlavních předpokladů aktivního a spokojeného sexuálního života. Dříve byla považována snížená sexuální apetence téměř výhradně za doménu žen. V posledních desetiletích však mnoho odborníků upozorňuje na vzrůstající výskyt **nedostatečné sexuální touhy** u mužské klientely (např. Simons & Carey, 2001). Meuleman & Van Lankveld (2005) uvádí, že v mnoha případech je nedostatek sexuální touhy u mužů mylně diagnostikován a léčen (často neúspěšně) jako erektilní dysfunkce. Doporučují proto důkladný rozhovor s pacientem, aby byla odhalena skutečná příčina potíží. Podle Kratochvíla (2008) je třeba rozlišit, zda je libido primárně slabé nebo sekundárně utlumené, zda je nezájem o sexuální aktivity všeobecný nebo selektivní (např. se vztahuje jen na manželku po delší době soužití). Podle toho je pak třeba

zvolit odpovídající léčebný postup. Jako primární porucha se vyskytuje nízká sexuální apetence zpravidla u hypogonadismů s chybějící nebo oslabenou produkcí androgenů (Zvěřina, 2003). Může se ale také jednat o primární nezáměr o sex i přes to, že hladiny hormonů jsou v normálu. Kratochvíl (2008) považuje – ve shodě se světovou literaturou – tento typ sexuální dysfunkce za nejproblematictější řešitelný, protože pacientům obvykle chybí dlouhodobá motivace ke změně. Více případů nedostatečné nebo chybějící sexuální touhy má ale sekundární povahu. Často se jedná o následek dlouhodobě neuspokojivého sexuálního života zapříčiněného některou jinou sexuální dysfunkcí, následek užívání léků (např. neuroleptik) nebo průvodní jev určitého onemocnění (poruchy funkce štítné žlázy apod.). V případě sekundárně utlumeného libida (např. u uživatelů návykových látek tlumivého typu) je vhodnou intervencí psychoterapie, individuální či párová, pracující na odstranění primárního problému. Pokud je nezáměr pouze selektivní povahy, připadá v úvahu např. odlišná sexuální orientace, deviantní zájmy nebo mimomanželský vztah, tedy příčiny psychogenní.

Také u žen je nízká apetence v naprosté většině sekundární povahy. Souvisí, stejně jako u mužů, nejčastěji se zdravotními, psychickými nebo partnerskými potížemi. Opět jde tedy především o důkladné zmapování situace pacientky a cílenou terapii. Specifickým problémem je pokles sexuální apetence po menopauze. Výzkumy zabývající se incidencí a prevalencí nedostatečné sexuální touhy u žen se poměrně liší ve svých výsledcích. Lze to vysvětlit především různým vzorkem, na kterém je výzkum prováděn – zda jde o pacientky sexuologických ordinací nebo zdravou populaci, zda jsou do vzorku zahrnuty ženy po menopauze apod. Výzkumy se také liší ve zjištění, zda prevalence této dysfunkce v populaci stoupá, či ne. Podle výsledků celopopulační studie v ČR (Weiss & Zvěřina, 2001 a 2009) výskyt nedostatečné sexuální touhy mezi respondentkami klesá.

Hypersexualita nebo také hypererotismus jako nadměrný sexuální pud stojí na druhé straně pomyslné přímky sexuální apetence. Jedná se již o poruchu chování zařazenou do klasifikace MKN-10 (klasifikace DSM tuto kategorii již od 80. let minulého století nezařazuje). Její mírnější formou je zvýšená sexuální apetence. Jedinec pociťuje zvýšenou potřebu sexuálního vybití, která může být až obtěžující a narušovat mu spokojený partnerský život. Projevy hypersexuality jsou častá masturbace, mimomanželské vztahy, neosobní sex, neovladatelná promiskuita. Průvodním jevem bývá u žen podle Brichtína (2002) anorgasmie. Kratochvíl (2008) shrnuje tři, v současnosti aktuální, teorie o příčinách hypersexuality:

- **Teorie závislosti** – mezi závislosti zařadil hypersexualitu Carnes (1983, in Kratochvíl, 2008), který poukazuje na typické aspekty závislostního chování: nadměrné soustředění na sex, ztrátu kontroly nad sexuálním chováním, následné pocity studu za své chování, obětování všeho ostatního sexuálnímu pudu. Dochází ke zvyšování tolerance, projevují se abstinenční příznaky. Chování může být časem i společensky nebezpečné.
- **Nutkavé sexuální chování** – Coleman (1990) řadí hypersexualitu mezi kompulzivní chování, které má vést ke snížení napětí, zbavení se úzkosti a deprese. Sexuální aktivitou se to podaří jen na chvíli, brzy se dostavuje nová úzkost a deprese, často ještě větší, spojená s předešlým chováním a možnými následky z něj. Značná část kompulzivity může být spojena se zážitky z raného dětství (sexuální zneužívání) nebo prostředím v rodině (přísná a omezující výchova).
- **Impulzivní sexuální chování** – Barth a Kiner (1987, in Kratochvíl, 2008) přisuzují hypersexualitu neschopnosti odporovat impulzům vykonat určité jednání. Narůstá napětí a čin je pak spojen s jeho uvolněním. Chování odpovídá přání jedince, i když ho pak může zpětně litovat. Princip je podobný jako u kleptomanie, gamblingu apod.

Podle toho, z jaké teorie vycházíme, volíme pak také příslušnou terapii, převzatou do značné míry z příbuzných oblastí (léčba závislostí, léčba OCD nebo terapie impulzivních poruch). Existuje ještě čtvrtý proud pojetí hypersexuality. Někteří odborníci jsou zastánci názoru, že hypersexualita není patologií, pouze se liší od převažujícího chování v populaci (Levine a Troiden, 1988). Problémem začíná být abnormálně zvýšená apetence až v momentě, kdy dochází v tomto směru k výraznému nesouladu mezi partnery. Řazení tohoto chování mezi patologii přisuzují spíše morálním a politickým důvodům. Faktem zůstává, že hypersexuální chování způsobuje obvykle jedincům – a především ženám – velké problémy v partnerském, rodinném a společenském životě (Šleglová & Weiss, 2005).

Na kvalitu sexuálního života a spokojenost má také velký vliv forma vztahu, v jehož rámci k sexuálnímu kontaktu dochází. Odlišná očekávání mají lidé od sexu se stálým partnerem/stálou partnerkou a odlišná od příležitostných sexuálních styků. Zatímco v dlouhodobém partnerství nebo manželství může být výhodou dobrá znalost sexuálního partnera, vzájemná souhra, tolerance a především cit, který partnery spojuje, příležitostné sexuální kontakty jsou vyhledávány často právě pro jejich novost, dobrodružnost, nezávaznost.

Zvěřina (2003) upozorňuje na škodlivost mýtů ohledně **partnerského sexu**. Partneři často očekávají dokonalou souhru a maximální výkon. Přitom stability je obvykle dosaženo

spíše tolerancí a přizpůsobivostí. Jedním z hlavních problémů partnerského sexuálního soužití může být **četnost pohlavních styků**. Většina výzkumů i odborníků se zkušeností z praxe se shoduje, že obvyklá frekvence u partnerského páru (pokud není v počáteční fázi vztahu) je 1-3x týdně. Obvykle se předpokládá, že tím, kdo bude vyžadovat v páru častější sexuální aktivitu bude muž. Není to ale zdaleka pravidlem. Zvěřina (2003) také upozorňuje, že tento nesoulad se věkem spíše obrací a vyžadující stranou ve středním a vyšším věku bývá žena.

Příležitostné sexuální kontakty mohou mít jednak povahu „mimomanželskou“, kdy probíhají paralelně vedle trvajících manželského nebo partnerského vztahu, nebo mohou být jedinou aktuální formou sexuálního vztahu. Mezi uživateli návykových látek, především stimulancií, se hojně vyskytují oba typy. Velká část z problémových uživatelů nemá stálého partnera nebo partnerku a ti kteří mají, se často nebrání příležitostným nevěrám. V průzkumech sexuálního chování obvykle udávají vyšší míru příležitostných styků (obzvláště těch extramatrimoniálních) muži než ženy. Otázkou je, nakolik je rozdíl ovlivněn společenským míněním, které hodnotí v tomto směru jinak muže a ženy. Příležitostné sexuální kontakty, které neprobíhají současně s dlouhodobým vztahem, jsou častější v mladších věkových skupinách. Výzkumy mezi mladými lidmi, většinou studenty středních škol, ukazují vysoký výskyt příležitostných sexuálních styků. Tyto výsledky shrnují Welsh a její kolegyně (2006), které také ale upozorňují na fakt, že se obvykle mezi mladými nejedná o sex s neznámým člověkem, ale o sex s „kamarádem“ (který se do velké míry podobá romantickému vztahu a vyskytuje se v něm častěji např. líbání, držení za ruce pod.), a aktivity zdaleka nezahrnují jen soulož, ale často spíše nekoitální praktiky, jako vzájemnou masturbaci, orální sex apod. Zdá se, že – ve shodě s obecně rozšířeným názorem – k náhodným stykům mají větší tendenci mladí muži. Ženy jsou ochotné k sexuálnímu kontaktu spíše tehdy, vidí-li v něm perspektivu citového vztahu. Impett a Peplau (2003) poukazují na straně žen na vliv tradiční genderové role, kdy ženy mají tendenci vyhovět mužově touze po pohlavním styku. Mnoho autorů upozorňuje na přímou souvislost mezi konzumací alkoholu a tendencí k vyhledávání příležitostných sexuálních kontaktů. Podle Leighe a Schafera (1993) jde o lineární kauzalitu, čím více alkoholu je konzumováno, tím větší je pravděpodobnost náhodného sexu. Zdá se, že v tomto směru se neliší ženy od mužů. Welsh s kolegyněmi (2006) dále ve svém vlastním výzkumu dochází k závěru, že k příležitostným sexuálním aktivitám mají větší tendenci ti, kteří započali svůj sexuální život dříve, ženy, které hodnotily hůře svůj první sexuální styk, ženy, které očekávají, že bude sex začátkem vztahu, jedinci s vyšší počtem sexuálních partnerů v dosavadním životě, jedinci konzumující častěji alkohol a drogy. Zajímavé je zjištění, že muži a ženy se zásadně liší v koincidenci depresivních příznaků a

vyhledávání náhodných styků. Zatímco u žen se ukázalo, že čím závažnější byly jejich depresivní symptomy, tím spíše a častěji vyhledávaly náhodný sex, u mužů tomu bylo právě naopak (Welsh et al., 2006).

Doba trvání pohlavního styku je dalším faktorem, který výrazně ovlivňuje spokojenost se sexuálním životem jedince. Také bývá jednou z častých příčin partnerských neshod. Obvykle se zvlášť posuzuje délka milostné přede hry a délka soulože samotné. Může se stát, že žena a muž v páru mají různou představu o tom, jak by měla být milostná přede hra dlouhá. V takovém případě je především třeba otevřená komunikace, délka přede hry totiž není primárně závislá na fyzických možnostech ani jednoho z páru. Může se však stát, že u muže příliš dlouhá přede hra zvyšuje sexuální vzrušení natolik, že dojde k vyvrcholení záhy po začátku soulože. Jak uvádí Kratochvíl (2008), muži mohou odhadovat přede hru jako delší než ženy, protože ji vnímají jako „prodlužované čekání na soulož“.

Délka trvání samotné soulože může způsobovat v páru nesoulad především tehdy, pokud potřeby partnerů jsou různé. Někteří autoři považují délku soulože za podstatný faktor, ovlivňující frekvenci dosažení **orgasmu** u žen. Podle Weisse a Brodyho (2009) je dosažení orgasmu během partnerského sexu u ženy více závislé na délce soulože samotné než na délce přede hry, jak se často předpokládá. Zvěřina (2003) uvádí, že muž po několikadenní abstinenci dosahuje vyvrcholení po několika minutách, zatímco žena potřebuje k dosažení orgasmu obvykle 10 i více minut. Nedoporučuje proto očekávat simultánní orgasmus jako ideální stav a krátký sexuální styk považuje častěji za nesoulad než dysfunkci. Ten je dobře řešitelný vzájemnou komunikací a nácvikem, jak ukazuje Kratochvíl (2008) na mnoha příkladech z praxe. Zatímco mužský orgasmus je lehce rozpoznatelný a předpokládá se, že k němu u zdravého muže během styku dojde, ženský orgasmus je opředen mnoha nejasnostmi. Jeho prožitek je u žen velmi různý, zdaleka ne všechny ženy vůbec orgasmu dosahují a jen menší část z nich pokaždé. Některé ženy dosahují orgasmu cestou klitoridálního dráždění, jiné drážděním vaginálním. Kvalita a výskyt orgasmu závisí kromě délky soulože i na dalších faktorech, jako je znalost vlastního těla ženy a citlivých míst, schopnost sdělit partnerovi své potřeby, psychické rozpoložení, momentální ovzduší ve vztahu a podobně. Vliv na dosažení orgasmu a jeho kvalitu mohou mít také různé látky, působící na organismus, jako je alkohol nebo drogy.

Aktivita při sexu je dalším výrazným faktorem, ovlivňujícím spokojenost v sexuálním životě. Opět souvisí především s partnerským soužitím a se vzájemnou „kompatibilitou“. Do značné míry je aktivita jedince ovlivněna jeho celkovým temperamentem, dále také očekáváním a přáním partnera, momentálním psychickým

rozpořádáním, fyzickou kondicí, zdravotním stavem. Nejdůležitější je vzájemná komunikace partnerů a nalezení oběma vyhovujícího stavu. Psychoaktivní látky mají na tyto oblasti velký vliv, jak působí jednotlivé látky bude předmětem samostatné kapitoly 2.3.

2.2.2. Rizikové sexuální chování

Populace uživatelů drog, především těch definovaných jako problémoví (viz. kapitola 2.1.1.), je jednou ze skupin nejvíce sledovaných kvůli možnému šíření pohlavně přenosných nemocí. Patří mezi skupiny obyvatel s vysoce rizikovým sexuálním chováním. K tomuto tématu se budeme opakovaně v této práci vracet. Nejprve je třeba vymezit pojem rizikového sexuálního chování. Většina autorů považuje za rizikové, pokud měl jedinec v uplynulém roce pohlavní styk s více než jedním partnerem a nepoužil vždy kondom (Castilla et al., 1998; Wall et al., 2006 ad.). Weiss (2000) považuje za rizikovou až desetinu naší populace, tedy ty, u nichž se objevuje více rizikových faktorů, jako je promiskuita, nepoužívání kondomu a styky s rizikovými partnery. Mezi vysoce rizikové skupiny pak řadí mimo jiné jedince s promiskuitním bisexuálním chováním, injekční uživatele drog a jejich partnery, komerční sexuální pracovníky a osoby s některou z pohlavně přenosných chorob. Jak uvidíme dále, všechny tyto kategorie se mohou týkat i jedné jediné osoby. Podrobně se otázce rizikového chování a faktorů, které jej ovlivňují věnuje Moravcová (2008) ve své disertační práci, kde také upozorňuje na psychické vlivy na rizikovost chování, jako je emoční náboj vztahu, a dále na závažnost faktoru zneužívání v anamnéze a užívání alkoholu.

V našem výzkumu se dotazujeme na výskyt základních pohlavně přenosných onemocnění v anamnéze. Podrobněji se pak v dotazníku věnujeme dvěma nejzávažnějším, která se hojně vyskytují mezi uživateli návykových látek ve světě, a to je onemocnění virem HIV a virové hepatitidy typu B a C. Toto téma je velmi rozsáhlé, uvedeme zde proto jen základní informace o monitorovaných chorobách.

Kapavka je sexuálně přenosné bakteriální onemocnění, jehož původcem je gramnegativní bakterie *Neisseria gonorrhoeae*. Nejčastěji se kapavka šíří pohlavním stykem, známý je také přenos z matky na dítě během porodu, což se obvykle projeví jako oční infekce. Inkubační doba onemocnění je cca 2-7 dní, onemocnění podléhá povinnému hlášení. Projevuje se obvykle hnisavým zánětem sliznic vylučovacích a pohlavních orgánů, postižen může být i konečník nebo spojivky očí. Prvními příznaky u mužů je svědění, pálení a řezání při močení, brzy se objevuje hustý hnisavý výtok a zarudnutí ústí močové trubice. Pokud není zahájena léčba, přechází onemocnění zhruba po měsíci do chronického stadia, kdy se může

rozšířit na varlata, prostatu, nadvarle. Rozpoznání onemocnění u žen je problematictější, podstatná část onemocnění je asymptomatická, případně má jen velmi mírné projevy. Těmi bývá pálení při močení a výtok, případně mezimenstruační krvácení nebo krvácení po styku. Pokud není zahájena léčba, může se onemocnění rozšířit do celé pánve, způsobit zánět dělohy a vaječníků a vést k trvalému poškození, případně i neplodnosti. Při léčbě se používají především antibiotika.

Syfilis je sexuálně přenosné bakteriální onemocnění, způsobené bakterií *Treponema pallium*. Přenáší se pohlavním stykem a také vertikálně z matky na plod. V určitých fázích onemocnění je přenosný také dotykem úst nebo konečníku. Toto onemocnění rovněž podléhá hlášení a jeho výskyt je přísně sledován. Onemocnění syfilis prochází třemi stadii. V první fázi se objeví nebolestivý tvrdý vřed na místě vstupu infekce. Zároveň dojde ke zduření mizních uzlin. Zhruba po 4-6 týdnech vřed zmizí a přichází stadium latence. Asi po 10 týdnech od nákazy se objevuje druhé stadium ve formě vyrážky, bílých skvrn, zvýšené únavy, bolestí hlavy apod. V této fázi onemocnění je jedinec potenciálně nejvíce nakažlivý. Tyto projevy po čase opět mizí a opět přichází několikaleté stadium latence (až 20 let), kdy se bakterie v organismu množí a působí nevratné změny. Ty se projevují ve třetím stadiu celkovou degenerací organismu, fyzickou i psychickou. Postiženy jsou klouby, srdce, cévní i nervová soustava. Dochází k destrukci kožní tkáně a deformaci obličeje. Objevují se těžké poruchy osobnosti, demence, typickým projevem třetího stadia je progresivní paralýza. V rozvinutých zemích se třetí stadium onemocnění vyskytuje jen zřídka. Nejúčinnější léčbou jsou antibiotika penicilinového typu.

Kondylomata neboli fíčky nebo genitální bradavice je infekční virové onemocnění způsobené některými kmeny papilomavirů (HPV). Virus je přenášen pohlavním stykem. Inkubační doba je cca 2 měsíce. Poté se na zevním pohlavním ústrojí, v pochvě a na děložním čípku objeví zarudlé bradavičnaté pupínky, někdy hnisavé, jejichž počet a plocha se zvětšují. Někdy tvoří i souvislou plochu. Pokud jde o počáteční stadium, lze příznaky odstranit poměrně snadno zmražením, laserem, vypalováním nebo cytostatikem podofylinem. Při rozsáhlejší postihnutí je nutné chirurgické odstranění. Virus samotný tyto metody nepostihují, obvykle se s ním organismus vyrovná po čase sám.

Filcky neboli muňky je hovorové označení pro druh vši *Phthirus pubis*. Tento hmyz se vyskytuje na lidském těle v ochlupených částech, především v okolí přirození. Někdy se objevuje i na hrudi, v podpaží, ve vousech či v obočí. Sameček měří 1mm, samička 1,5mm. Během třech týdnů, kdy samička žije, naklade 20-30 vajíček, z nichž se za 7 dní vylíhnou larvy. Muňky se živí sáním krve. K přenosu těchto parazitů dochází nejčastěji při pohlavním

styku. Proto jsou řazeni mezi pohlavně přenosné choroby. Možná je i nákaza sdílením oblečení, ložního prádla apod. Následkem přítomnosti parazitů vznikají drobné ranky, které mohou hnisat. Po delší době bez léčby se objevují modré skvrny. Muňky způsobují také lehké svědění a jsou viditelné zblízka okem. Účinnou léčbou je oholení ochlupení a přípravky na hubení vši.

Zánět močové trubice je vcelku běžné onemocnění, které někdy v životě prodělá většina lidí, především žen. Toto infekční onemocnění má nejčastěji na svědomí bakterie *Escherichia coli*, která je běžnou součástí lidské stolice. Možnou příčinou jsou ale také některé pohlavní nákazy, např. chlamydiové infekce, které kromě pohlavního ústrojí postihují i močové cesty. Také některé kvasinky mohou být příčinou. Důvodem nákazy může být i nedostatečná hygiena před a po pohlavním styku. Takové záněty můžeme řadit mezi pohlavní choroby. Projevuje se především častým nucením na toaletu, pálením a řezáním při močení, zakalenou močí, někdy teplotami, bolestmi v bedrech a podbřišku. Účinná je především léčba antibiotiky.

Virové hepatitidy jsou virové záněty jater způsobené viry, označovanými písmeny A až E. Stejným označením jsou pak pojmenovány jednotlivé typy onemocnění. U nás jsou rozšířené především první tři typy, z nichž především hepatitida C je doménou injekčních uživatelů drog. **Hepatitida typu A** je tzv. nemoc špinavých rukou. K nákaze dochází především při nedostatečné hygieně po užití WC, ve větších kolektivech. Inkubační doba je 2-8 týdnů. Onemocnění se projevuje nechutenstvím, nadýmáním, zvracením, tmavou močí, světlou stolicí a zežloutnutím bělma, případně i kůže. Nemocní jsou drženi v karanténě a při dodržení dietního a klidového režimu dochází brzy k uzdravení. Tento typ hepatitidy nepřechází do chronického stadia. **Hepatitida typu B** se přenáší především cestou pohlavního styku. Možná je i nákaza krví, u injekčních uživatelů drog tedy sdílením injekčního materiálu (nejen jehel ale i např. lžičky nebo filtru používaných při přípravě drogy k aplikaci). Možný je také přenos z matky na nenarozené dítě. Podle Minaříka a Hobstové (2003) k takovému přenosu dochází až v 80 % případů, kdy je matka infekční. Nebezpečí takto získané nákazy je, že obvykle přechází do chronicity. Inkubační doba onemocnění je 2-6 měsíců. Projevuje se obvykle velkou únavou a bolestmi v oblasti jater. Také se objevuje světlejší stolice a zežloutnutí bělma. Průběh onemocnění může být poměrně těžký a dlouhodobý, menší část přechází do chronicity. Chronická forma hepatitidy B může po mnoha letech způsobit cirhózu jater. Léčba akutního onemocnění je stejně jako u typu A pouze podpůrná. Při chronické formě je léčba komplikovaná a nákladná, za užití interferonu. Podle výroční zprávy o stavu ve věcech drog v České republice za rok 2008 (Mravčík, Pešek et al., 2009) klesá již několik let

s drobnými výkyvy incidence případů hepatitidy typu B v populaci a v posledním roce klesla výrazně i mezi injekčními uživateli drog. **Hepatitida typu C** se na rozdíl od typu B přenáší především krví. Dříve byla u nás možná nákaza při krevní transfúzi, dnes už se jedná téměř výhradně o přenos sdílením injekčního materiálu, týkající se především uživatelů drog. Proto se také někdy hepatitidě typu C říká „feťácká žloutenka“. Možný je také přenos pohlavním stykem. Nákaza z matky na nenarozený plod je vzácnější než u typu B, podle Minaříka a Hobstové (2003) mluví odhady o 2-5 %. Virus typu C má několik genotypů, jejichž přesné určení je výhodné i z hlediska prognózy. Typy, vyskytující se na našem území jsou poměrně rezistentní k léčbě. Inkubační doba hepatitidy typu C je 2-12 týdnů. Na rozdíl od hepatitidy B se obvykle neprojevuje akutní fází, zato v cca 80 % případů přechází do chronicity. Poté se opět zvyšuje výrazně pravděpodobnost cirhózy jater, případně rakoviny jater. Chronická hepatitida typu C se opět léčí především interferonem. V posledních dvou letech mírně klesá incidence případů hepatitidy typu C u injekčních uživatelů drog (stejně tak v celé populaci), počet nových případů je ale oproti případům hepatitidy B stále téměř desetinásobný (Mravčík, Pešek et al., 2009). Podstatnou roli může hrát fakt, že proti viru hepatitidy C není možné, narozdíl od typů A a B, preventivní očkování.

Téma virových hepatitid v populaci problémových uživatelů drog je považováno za jedno z nejproblematičtějších z hlediska veřejného zdraví a jako takovému je mu věnováno velké množství českých i zahraničních výzkumů a odborných publikací (Klusoňová et al., 2004; Zábranský et al., 2006; Krekulová & Řehák, 1999; Krekulová & Řehák, 2006; Krekulová & Řehák, 2009; Mravčík et al., 2009; Roy et al., 2002; Caiaffa et al., 2003; Jager et al., 2004; Wiessing et al., 2003).

HIV/AIDS představuje v posledních desetiletích jedno z nejobávanějších onemocnění a také jednu z největších epidemií. Jedná se o onemocnění vyvolané HIV (Human Immunodeficiency Virus), patřícího mezi retroviry. HIV napadá buňky imunitního systému, především T lymfocyty. Přenáší se podobně jako hepatitidy krevní cestou, přenosem z matky na plod, ale v naprosté většině hlavně nechráněným pohlavním stykem. Po uplynutí 3-4 týdnů se u více než poloviny infikovaných jedinců projeví tzv. primoinfekce, s příznaky podobnými mononukleóze nebo chřipce (pocení, zvětšené mízní uzliny, zvýšená teplota). Následuje asymptomatické období, kdy je jedinec nositelem viru. Po 10-15 letech (období latence může být výrazně kratší i delší, v závislosti na zdravotním stavu a životním stylu jedince a především na včasném zahájení léčby) propuká plně onemocnění AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome), při němž je pro jedince ohrožující mnohá z jinak běžných infekcí (zasahující především plíce, kůži, trávicí soustavu, CNS), vyskytují se ve zvýšené

míře nádorová onemocnění (Kaposiho sarkom, lymfomy) a dochází k rychlému celkovému chřadnutí organismu. Typické jsou také neurologické a psychické potíže, jako jsou výpadky paměti, snížená koordinace pohybů, zmatená mluva, demence apod. Onemocnění virem HIV není prozatím plně léčitelné, je však možné podstatně zpomalit nebo pozastavit jeho průběh podáváním kombinace antiretrovirových léků. V České republice je stále počet nakažených virem HIV poměrně malý, a to i mezi injekčními uživateli drog. V mnohých státech je ale tato populace jednou z nejpromotnějších. Proto se každoročně věnují velké finanční prostředky na prevenci, výzkum a monitorování výskytu HIV/AIDS mezi uživateli (Zábranský, 2008; Zábranský & Janíková, 2008; Tyndall et al., 2002; Dubois-Arber et al., 2008; Wiessing et al., 2008).

Všem popsaným onemocněním je možné se vyhnout, pokud se jedinec vyvaruje rizikových sexuálních kontaktů (pokud jde o injekční uživatele drog, je riziko nákazy podstatně vyšší z důvodu častého sdílení injekčního materiálu, tato oblast však nepatří do sexuologické problematiky). Pokud má tedy jedinec stálého a spolehlivého partnera a nebo pokud důsledně používá účinnou ochranu, je relativně mimo nebezpečí. Důsledkem nedostatečné ochrany při sexuálním styku nemusí být jen nákaza některou z pohlavně přenosných chorob, ale také neplánované těhotenství (i to je poměrně častý následek dlouhodobého užívání návykových látek). Zvěřina (2003) shrnuje klady a zápory nejrozšířenějších druhů **ochrany proti otěhotnění**:

- **Kondom** – je-li správně používán, jde o vysoce spolehlivý prostředek prevence proti nechtěné graviditě. Jeho účinnost je narušena obvykle mechanickým poškozením nebo kontaktem s tukem (tedy hlavně krémy). Kondom je jednoznačně preferovaným druhem **ochrany před nákazou pohlavně přenosnými chorobami**. Jeho užívání je propagováno v boji proti epidemii HIV/AIDS. Jeho výhodou je také hygieničnost, proto se doporučuje v případech, kdy není možné dodržení správné hygieny před a po styku, při styku v období menstruace ženy, při análním styku apod. Samozřejmě by mělo být použít kondom při komerčním sexu (prostituce, pornoprůmysl), kde tomu však často brání požadavky na straně zákazníků.

Existuje také ženský kondom, tzv. femidom, u nás je však používán velmi zřídka.

- **Bariérové metody pro ženy** – mezi ně patří **diafragma (poševní pesar)** a **poševní hubka** – tyto antikoncepční prostředky jsou u nás velmi málo používány. Jejich výhodou je relativně vysoká účinnost a hygieničnost. Užívají se v kombinaci

se spermicidy, v současné době nejčastěji nonoxylonem-9. Poměrně složitá manipulace může být největší nevýhodou. Snižují mírně riziko nákazy STD.

- **Intrauterinní tělísko** - pokud je tělísko tolerováno organismem ženy, jde o poměrně pohodlný a spolehlivý antikoncepční prostředek. Nevýhodou je poměrně vysoký výskyt nežádoucích účinků (bolesti, pánevní záněty, krvácení mimo cyklus). Není vhodné mimo jiné pro ženy trpící pánevními záněty, z hygienických důvodů ani pro vysoce promiskuitní ženy (tedy ani ženy živící se prostitucí). Nitroděložní tělísko nemá vliv na možnou nákazu STD.
- **Hormonální antikoncepce** – ve světě patří tato metoda jednoznačně k nejrozšířenějším, u nás se těší oblibě především u mladších žen. V současné době jsou dostupné na trhu formy antikoncepce s denní, týdenní i měsíční užívaním, ve formě tablet, injekcí, implantátů, náplastí. Opakovaně se vyskytují pochybnosti o neškodnosti dlouhodobého užívání HA, názory se však liší v odborné i laické veřejnosti. Tato metoda nemá vliv na riziko nákazy STD.
- **Přerušovaná soulož** – představuje jednu z nejrozšířenějších a nejstarších forem prevence proti nechtěnému početí. Jde o metodu poměrně spolehlivou, pokud je muž dostatečně zkušený a jedná se o stálou dvojici. Většina selhání je způsobena vlivem alkoholu nebo vypjatých emocí.

Jednou z nejrizikovějších sexuálních aktivit je **pohlavní styk s prostitutkou** nebo prostitutem a především **prostituce** samotná. Komerční sexuální pracovníci patří mezi skupiny s nejrizikovějším sexuálním chováním, které zahrnuje vysokou promiskuitu, bisexuální chování, časté kontakty bez užití kondomu, rizikové sexuální praktiky (anální sex, skupinový sex apod.). V posledních letech se u nás sice výrazně zlepšilo povědomí osob nabízejících prostituci o nutnosti prevence nákazy HIV a dalších STD, tlak trhu je ale často nutí, aby tato opatření nedodržovali. V některých lokalitách se daří preventivní lékařské programy, nenásilné vzdělávání v oblasti zdraví, pomoc v nesnadných situacích. Za všechny poskytovatele těchto služeb jmenujme alespoň některé nestátní organizace: Rozkoš bez rizika, působící především v Praze a Brně (a nově se také podílející na aktivitách boje proti šíření závažných nemocí v Oděse a v Zimbabwe), Ulice v Plzni, zabývající se také smíšenou klientelou, zapletenou do prostituce i užívání drog, La Strada, poskytující jedinečné služby obětem nechtěné prostituce a pražský projekt Šance, starající se převážně o mladé muže, živící se pouliční prostitucí.

2.2.3. Sexuální dysfunkce

Jedno z nejčastějších témat týkajících se sexuality, která se objevují během léčby závislých, je téma potíží v sexu a sexuálních dysfunkcí. Tyto dva pojmy od sebe nelze zcela odlišit, spíše jde o různou intenzitu jednoho a téhož. Vzhledem k tomu, že v našem dotazníku vychází respondenti z čistě subjektivního pocitu, že „něco není v pořádku“ a nebyl s nimi proveden diagnostický rozhovor (nebyli tudíž obeznámeni s terminologií a přesným významem některých diagnostických kategorií), uvažujeme o celém spektru intenzity a závažnosti potíží, které uvádějí. Na druhé straně, právě subjektivní pocit je ten nejdůležitější. MKN-10 (WHO, 1992) charakterizuje sexuální dysfunkce jako „různé stavy, kdy se jedinec nemůže podílet na sexuálním vztahu tak, jak by si přál“ (str. 186).

Zvěřina (2003) uvádí, že každá sexuální dysfunkce by měla být definována v následujících kategoriích:

- a) primární – sekundární, tedy vyskytující se od počátku sexuálního života, nebo až po určité době bezproblémového pohlavního života,
- b) úplná – částečná, přičemž částečná dysfunkce by se dala ztotožnit s tím, co nazýváme v našem výzkumu potížemi, tedy tam, kde je funkce narušena jen částečně a projevuje se třeba nepravidelně,
- c) generalizovaná – selektivní dysfunkce, přičemž druhá je vázána na určitý vztah, situaci, rozpoložení,
- d) převážně psychogenní – převážně organická podle příčiny.

O některých dysfunkcích jsme se zmiňovali již v kapitole 2.2.1., která pojednávala o faktorech, ovlivňujících spokojenost v oblasti sexu. Následující přehled představuje obtíže/dysfunkce, na které se dotazujeme v našem výzkumu, jak je vymezuje MKN-10 a popisuje Kratochvíl ve své monografii (2008):

Nedostatek nebo ztráta sexuální touhy - ztráta sexuální touhy je základním problémem, nejde tedy např. o sekundární problém při opakovaných poruchách erekce nebo dyspareunii. Nevylučuje vzrušení nebo dosažení orgasmu, jedinec však není iniciátorem sexuální aktivity, sám o ni nejeví zájem. V mírnější formě se jedná o **hypoaktivní sexuální touhu**, v závažnějších případech hovoříme o **frigiditě**. Tento pojem je tradičně užíván pro ženy, Kratochvíl (2008) však v návaznosti na další autory upozorňuje na stále častější výskyt této poruchy u mužů. Podrobněji jsme se zabývali sníženou apetencí v kapitole 2.2.3.

Selhání genitální odpovědi – do této kategorie patří poruchy erekce a psychogenní impotence u mužů a poruchy sexuálního vzrušení u žen. Příčina **poruchy erekce** u mužů

může být psychogenní nebo somatická. Kratochvíl upozorňuje na trend posledních let připisovat většinu erektilních dysfunkcí somatickým příčinám a jako takové je řešit zákroky nebo farmakoterapií. Přitom je často opomíjena psychická složka spokojeného sexuálního života, který takovým řešením beztak nenavodíme. Poruchy erekce mohou být povahy primární nebo sekundární. Výskyt poruch erekce se podle zahraničních i českých studií (Feldman et al., 1994; Weiss & Zvěřina, 2002) zvyšuje s věkem, významnou roli hraje také somatický stav jedince (především onemocnění srdce, diabetes a hypertenze) a depresivní symptomy. Jako možné somatické příčiny je třeba zvážit anomálie pohlavních orgánů, a to jak vrozené, tak způsobené úrazem nebo operací, zánětlivá onemocnění pohlavních orgánů, která způsobují bolest při pohlavním styku, neurologické poruchy, způsobené hlavně úrazy nebo např. nádorovými onemocněními, endokrinní poruchy, vaskulární poruchy (v současné době je jim připisováno nejvíce poruch erekcí), diabetes (poruchy erekce se vyskytují až u 50 % diabetiků). V neposlední řadě může být příčinou potíží také vliv léků nebo toxických látek. Nejvýraznější je v tomto směru vliv alkoholu (při dlouhodobém abúzu) a opiátů. Z léků mají na erekci vliv např. antihypertenziva, z psychofarmak pak některá neuroleptika a antidepressiva. Nejčastějšími psychogenními příčinami poruch erekce jsou podle Weisse a jeho kolegů (1997) anticipační úzkost, orientace na výkon, negativní reakce partnerky na občasná selhání, proti sexu zaměřená výchova, jednotvárnost v sexuálním soužití, přetrvávající mýty a představy, narušená partnerská komunikace, psychická a sexuální traumata, odlišné preference a patologický psychický stav.

Porucha sexuálního vzrušení u žen bývá v praxi obvykle spojena s nedostatkem sexuální touhy a souhrnně se označuje jako frigidita. Velmi často trpí taková žena i anorgasmií. Také tato porucha může být – stejně jako u mužů – primární nebo sekundární povahy, může být selektivní nebo generalizovaná (totéž platí i u mužů). Frigidita a anorgasmie mohou být způsobeny zážitky z dětství či minulosti, ať už jde o zneužívání, znásilnění nebo traumatické zážitky z prvního pohlavního styku nebo „jen“ restriktivní způsob výchovy v primární rodině. Somatické důvody bývají velmi podobné jako u mužů – diabetes, neurologické poruchy, hormonální poruchy. Negativní vliv má rovněž deprese, vliv psychoaktivních látek, léků.

Dysfunkční orgasmus – o dysfunkčním orgasmu mluvíme tehdy, je-li orgasmus značně zpožděný, nebo se nevyskytuje vůbec. U mužů se jedná – kromě chybějícího pocitového vyvrcholení - o opožděnou nebo chybějící ejakulaci. Opět může jít o poruchu situační nebo generalizovanou, primární nebo sekundární. Častěji se vyskytuje u žen. O možných příčinách anorgasmie jsme se zmínili v předchozím odstavci.

Předčasná ejakulace – tato porucha se projevuje neschopností muže dostatečně ovládat ejakulaci tak, aby při sexuálním styku dosáhli oba partneři uspokojení. Kratochvíl uvádí, že o dysfunkci se jedná tehdy, když muž není schopen realizovat soulož delší než jednu minutu. Kritérium nedosažení uspokojení partnerky nazývá relativní předčasnou ejakulací. Příčiny poruchy jsou často psychogenní povahy, nejčastěji je to nízká frekvence pohlavního styku, obavy ze selhání, návyk na rychlou ejakulaci. Příčiny mohou být také organické, především způsobené zvýšenou dráždivostí u krátké uzdičky nebo při chronických zánětech prostaty. Příčinou je často i prostá individuální variabilita. V takových případech většinou dochází s věkem ke zlepšení.

Neorganický vaginismus – jedná se o křeč svalů pánevního dna, které obklopují vaginu. Tato křeč brání otevření poševního vchodu a proniknutí penisu. O sexuální dysfunkci uvažujeme tehdy, je-li příčina psychogenní. Jde o jakýsi obranný reflex, který obvykle doprovází fobie z pohlavního styku. Může jít o reakci na traumatický zážitek, konflikty mezi partnery či ambivalentní vztah k partnerovi, ortodoxní náboženskou výchovu nebo také homosexuální orientaci. Opět je možné rozlišit poruchu primární a sekundární.

Neorganická dyspareunie – tato porucha zahrnuje bolestivé a nepříjemné pocity při souloži, které jsou psychogenního původu a nejsou tedy způsobeny ani somatickou příčinou ani jinou dysfunkcí (vaginismem, nedostatkem vzrušení atd.). V takovém případě bývají příčinou především traumata z minulosti nebo negativní postoj ženy k sexu či konkrétnímu partnerovi.

Hypersexualita – nadměrnou sexuální apetenci a její možné pojetí a příčiny jsme popsali podrobně v kapitole 2.2.1.

2.2.4. Sexuální orientace

Jedním ze základních předpokladů aktivního a uspokojivého sexuálního života je ujasnění si a přijetí vlastní sexuální orientace. Tento zdánlivě lehký úkol může být pro mnohé problémem téměř na celý život.

Homosexualita byla donedávna zahrnována mezi sexuální deviace a v mnoha zemích byla trestně stíhána (v některých je dodnes). V 60. letech byla u nás dekriminlizována a v roce 1990 byl vypuštěn poslední diskriminační paragraf, posunující hranici beztrestného styku až na 18 let (Weiss, 2006). V současnosti není zahrnuta ani do DSM-IV ani MKN-10 a považuje se za jinou alternativu k převažující heterosexuální orientaci. Je třeba rozlišovat mezi homosexuálním chováním a homosexuální orientací. Sexuální aktivitu se stejným

pohlavím opakovaně ve výzkumech přiznává větší procento respondentů než homosexuální orientaci, tedy přitažlivost a citovou angažovanost pociťovanou ke stejnému pohlaví. U nás se tento údaj pravidelně ukazuje při výzkumech sexuálního chování obyvatel ČR (Weiss & Zvěřina, 2001, 2003, 2009). Souhrnně lze říci, že 4 % homosexuálů v populaci, tradovaná od dob Kinseyho výzkumů sexuálního chování mužů a žen (Kinsey et al., 1948 a 1953) jsou zřejmě nadhodnoceným údajem. Z přehledového článku Weisse a Janáčkové (2007) vyplývá, že procentuální zastoupení homosexuálů je v populaci zhruba poloviční. Na rozdíl od homosexuálního chování, které může být situační – pod vlivem alkoholu, ze zvědavosti, z nedostatku jiného uspokojení atd. – je sexuální orientace neměnná, není „vyléčitelná“, není spojena s žádnou patologií. Neustávající spory se vedou v odborné veřejnosti o příčiny vzniku homosexuality. Teorií existuje velké množství, zjednodušeně lze rozdělit na dva proudy:

- **Biologická podmíněnost vzniku homosexuality** – sem patří vlivy genetické (např. druh mužské homosexuality vázaný na chromozom X – Turner, 1995), hormonální, zahrnující vliv prenatálního stresu, hypotézu o mateřské imunosenzitivitě, odlišnosti v CNS a další teorie. Žádná z nich prozatím plně nevysvětlila vznik homosexuality a vždy měla kromě příznivců i kritiky (Weiss, 2006). Pro biologickou dispozici však svědčí zejména opakovaně selhávající pokusy „odnaučit“ homosexuální preference nebo naopak si na ni „zvyknout“, dále také výzkumy na jednovaječných a dvojvaječných dvojčatech
- **Psychosociální podmíněnost vzniku homosexuality** - v tomto směru se nejvíce akcentuje vliv primární rodiny, především v raném období vývoje. Zastánci psychosociálního vlivu poukazují na neutěšené rodinné poměry mnoha homosexuálů, často je zmiňován zejména příliš autoritativní nebo naopak neimponující otec. Zvěřina (2003) upozorňuje ale na možné subjektivní zkreslení situace a na fakt, že mnohdy jsou rodinné vztahy silně narušeny tím, jak je pro rodiče obtížné přijmout menšinovou sexuální orientaci svého dítěte. Mezi psychosociální teorie můžeme zařadit také již překonanou teorii o vzniku homosexuality svedením, která byla jedním z podkladů pro vytvoření odlišné věkové hranice pro homosexuální styky (Weiss, 2006). U ženské homosexuality se častěji připouští psychosociální vlivy jako je znásilnění nebo zneužívání v dětství a dospívání. Tato traumata vedou často k odporu a strachu z mužů. Otázkou je, jestli výsledkem je homosexuální orientace nebo opět jen homosexuální chování. Příčinám ženské homosexuality nebylo dosud věnováno mnoho pozornosti a prozatímní výsledky jsou nejednoznačné (Pondělíčková-Mašlová & Raboch, 2005).

I když názory na příčinu homosexuality nejsou jednotné, panuje dnes již shoda v tom, že se nejedná o patologii nebo poruchu. Dříve nebo později se stává minoritní orientace přirozenou součástí života. Právě proto, že jde o minoritu, bývá tento proces složitější a delší a postoj homosexuálů k vlastní orientaci prochází konfliktní fází. Klasifikace MKN-10 proto zahrnuje skupinu psychických a behaviorálních poruch spojených se sexuálním vývojem a orientací (F66), kam patří:

- **Porucha sexuálního vyžívání** – kdy jedinec trpí nejistotou o své pohlavní totožnosti nebo orientaci, což způsobuje úzkost nebo depresi. Tato porucha se vyskytuje především u dospívajících, ale také u dospělých, kteří např. ukončili dlouhodobý heterosexuální vztah a najednou si nejsou svojí orientací jisti. S nejistotou ohledně vlastní sexuální orientace se často setkáváme i u dlouhodobých a problémových uživatelů nelegálních návykových látek, především u žen, které začaly s užíváním ještě před obdobím pohlavního dozrání a navíc prožily zneužívání a/nebo znásilnění. Takové ženy se začínají až po vyabstinování – tedy i ve věku zralé dospělosti – teprve zabývat svojí skutečnou sexuální orientací.
- **Egodystonická sexuální orientace** – pohlavní identita nebo sexuální preference je nepochybná, ale jedinec by si přál ji změnit, není s ní spokojen. Obvykle touto poruchou trpí homosexuálně orientovaní muži a ženy, kteří se se svou orientací těžko vyrovnávají. V praxi se ale také objevují např. traumatizované ženy, které se chovají homosexuálně, identifikují se s lesbickou minoritou a nejraději by se tak i cítily, jsou však proti své vůli přitahovány muži.
- **Porucha sexuálních vztahů** – pohlavní identita nebo sexuální orientace je odpovědná za obtíže v partnerských sexuálních vztazích.

Jak uvádí Zvěřina (2003), přibližně polovina homosexuálních mužů a dvě třetiny homosexuálních žen někdy uskuteční heterosexuální pohlavní styk, nejčastěji v období dospívání a rané dospělosti. Děje se tak většinou v době, kdy jedinec svoji orientaci ještě ne zcela přijal nebo je pod tlakem okolí. Není výjimkou, že se homosexuální jedinci vdávají, žení, mají děti. Někteří prožijí i celý život ve svazku, který jde proti jejich přirozenosti. Proces rozpoznání vlastní menšinou orientace a její osvojení se nazývá „coming out“. Usnadňuje ho vstřícný postoj okolí i společnosti, psychická stabilita, vzdělání.

Homosexuální orientace má svá specifika u mužů a u žen. Homosexuální muži mívají tendenci k vyšší promiskuitě, než je v populaci běžné. Hlavní příčiny je možné najít dvojí –

jednak je muž biologicky disponován k větší sexuální aktivitě a promiskuitě, jednak je pro homosexuální muže obtížnější otevřené soužití v partnerství a často se musí před okolím se svými vztahy skrývat, což jim neprospívá (Zvěřina, 2003). Důvodem častějšího ztroskotání vztahu může být také jeho obtížné naplnění. Homosexuálové nemají – alespoň u nás – možnost postupu do další fáze vztahu, a tou je rodičovství. Snáze jim tedy hrozí „vyprázdnění“ vztahu. Udržení trvalého a naplňujícího vztahu je v jejich případě náročné a je obvykle postaveno na společných životních hodnotách a zájmech.

Homosexuálně orientované ženy, lesbičky, jsou méně viditelnou a organizovanou skupinou ve společnosti. Neangažují se tolik v prosazování práv homosexuálů, nehlásí se tak často viditelně a otevřeně ke své orientaci. Mají tendenci navazovat trvalejší vztahy než gayové. Častěji také vychovávají společně dítě jedné z nich.

I přes pominutí fáze vyjasňování si vlastní sexuální orientace může jedinec stále zůstat i v dospělosti přitahován oběma pohlavími, bez preference jednoho z nich. **Bisexualitou** je jedinci samotnými častěji označováno bisexuální chování – tedy sexuální aktivity uskutečňované s oběma pohlavími – než skutečně bisexuální orientace. Takových osob je podle Zvěřiny (2003) velmi málo. Weiss a Janáčková (2007) dokonce dochází k závěru, že zatímco bisexuální chování jistě existuje, bisexuální orientace ve skutečnosti vůbec existovat nemusí a jde pravděpodobněji o homosexuálně orientované jedince, kteří se z různých důvodů snaží adaptovat na většinový způsob života, případně o heterosexuály s občasnými homosexuálními zkušenostmi. Bisexualita je pak nejčastěji již zmiňovanou egodystonickou homosexuální orientací. Autoři uvádí 4 vodítka ke správnému určení sexuální orientace:

1. Sexuální chování, tedy s kým se jedinec sexuálně stýká.
2. Obsah masturbačních fantazií, koho si při autoerotice představuje.
3. Obsah erotických snů, o kom se jedinci obvykle zdá především při snech, kdy dojde k dosažení orgasmu.
4. City, do koho se jedinec zamiluje.

První ukazatel je přitom nejsnáze ovlivnitelný vůlí, poslední nejhůře, proto nejvíc vypovídá o opravdové sexuální orientaci. Právě osob, které se během života zamilovávají do obou pohlaví, je velmi málo, ty je možné označit za skutečně bisexuálně orientované, nejen bisexuálně se chovající.

V praxi by z našeho pohledu mělo být cílem především překonání egodystonického stavu, tedy dosažení spokojenosti s vlastním sexuálním životem a orientací, ať už je tato nazývána samotným člověkem jakkoliv. Důležité je, aby se s ní identifikoval.

2.2.5. Sexuální násilí

Pokud jedinec prožije násilí se sexuálním obsahem, podstatně je tím ovlivněn jeho postoj k sexu a prožívání sexuality i celkový psychický vývoj.

Sexuální zneužití v dětství je považováno v psychoterapeutické praxi za jednu z nejzávažnějších negativních událostí v anamnéze. Jde o zážitek, který se daleko vymyká tomu, co je běžně považováno za „normální“. Normalita je podmíněna kulturně a historicky. V našich podmínkách ohraničují normalitu v tomto směru dvě základní tabu: tabu incestu a tabu sexuálních aktivit s prepubertálním dítětem. Zatímco incest byl v historii obvykle považován za zakázaný (s výjimkami např. některých dynastií nebo za účelem náboženských obřadů a kromě několika etnik, kde toto tabu nikdy neexistovalo), minimální věková hranice pro možný sexuální styk s dospělým byla stanovována ve vyspělých zemích většinou až na přelomu 18. a 19. století. Obvykle byla mnohem nižší než dnes, k jejímu zvyšování docházelo během 20. století. Dnes se většina zákonem daných hranic pohybuje mezi 14. a 16. rokem (Weiss, 2005). Nejsložitější je situace v USA, kde existují různé limity podle státu, druhu sexuálních aktivit a věkového rozdílu mezi partnery. Z této nejednotnosti vyplývá, že i pojetí sexuálního zneužití v dětství je závislé na kultuře a době. U nás je za trestný čin zneužití podle § 242 trestního zákona považováno: a) vykonání soulože a b) jiné pohlavní zneužití. Pod tímto pojmem jsou obvykle chápány takové aktivity, které vedou k uspokojení sexuálních potřeb pachatele. K naplnění skutkové podstaty je třeba, aby pachatel svým skutkem sledoval sexuální uspokojení, nebo alespoň vydráždění. Nemusí se jednat nutně o dotykový čin, může jít také o exhibicionismus před dítětem, vystavení dítěte pornografickému materiálu apod. Není přitom podstatné, zda si zneužívaná osoba své zneužívání uvědomila (Mitlöchner, 2005).

Pachatelé zneužívání lze rozdělit do několika kategorií (Weiss, 2005):

- Jedinci s pedofilní sexuální deviací, zaměřenou hetero-, homo- nebo bisexuálně. Tito lidé se cítí ve světě dětí bezpečně, je jim blízký. Rozumí dětem a jsou jimi oblíbeni. Proto se často uplatní v pedagogických pozicích. Výzkumy ukazují, že více pedofilů je mezi pachateli extrafamiliárních zneužití, homosexuálních deliktů a mezi pachateli s více oběťmi.
- Jedinci s jinou než sexuální patologií, obvykle těžkou poruchou osobnosti nebo rodinných vztahů. V rámci incestu je pravděpodobnější zneužívání tam, kde mezi pachatelem a obětí neexistuje pevné pouto z období raného dětství, kde se např. otec nepodílel příliš na výchově dcery. Nejčastěji trestané jsou případy zneužívání dcery

otcem, případně nevlastním otcem (někdy nazývané pseudoincest). Některé anonymní výzkumy však udávají mnohem častější výskyt incestu sourozeneckého (zde mohou být nezletilí oba a nejde v pravém slova smyslu o zneužívání jednoho).

Neparafilní pachatele sexuálních deliktů je možné rozdělit do několika skupin:

- Sociosexuálně a psychosexuálně nezralí jedinci, kteří nemají dostatečně zvnitřnělé společenské normy, mají vysokou hladinu sexuální tenze nebo dostatečně nerozlišují vhodné sexuální objekty.
- Jedinci s psychopatickou osobností, obvykle s rysy nezdrženlivosti a anetičnosti.
- Jedinci, u nichž je delikt podmíněn situačně, např. vlivem alkoholu.
- Hypersexuální jedinci.
- Jedinci s mentální retardací nebo poškozením CNS, neschopní posoudit dostatečně svůj čin.
- Jedinci s akutní psychotickou poruchou.

Pachatelé bývají sociálně problémoví, často s nižším vzděláním, užívající nadměrně alkohol nebo drogy. Často bývá jako příčina pozdějšího páchaní sexuálních trestných činů na dětech podobná zkušenost v anamnéze pachatele. Tento předpoklad však nebyl ve všech výzkumech potvrzen a někteří autoři poukazují na spornou validitu výsledků, kdy může jít ze strany pachatelů o účelové přesouvání viny za vlastní delikty (Freund et al., 1990). Ženy bývají pachatelkami pedofilních sexuálních deliktů vzácně, pokud ano, jedná se pak většinou o incest. Podle některých dostupných výzkumů jde obvykle o ženy mentálně retardované, traumatizované, těžce depresivní, týrané a zneužívané v dětství, zneužívající alkohol nebo jiné návykové látky (Faller, 1987; Mathews et al., 1997).

Podle průzkumu sexuálního chování obyvatel české republiky (Weiss & Zvěřina, 2008) byla v případě mužů nejčastějším pachatelem zneužití v dětství neznámá osoba (ve 40 %), ve 32 % příbuzný (nejčastěji dědeček) a ve 28 % známá osoba, ale ne příbuzný. V případě žen bych pachatelem nejčastěji někdo z příbuzenstva (v 60 %), nejčastěji strýc. Ve 22 % šlo o cizí osobu a v 18 % o známou osobu mimo příbuzenstvo.

Existují určité indikátory sexuálního zneužití u dětí, i když je při jejich posuzování vždy třeba obezřetnosti, než je přisoudíme právě této příčině. Mezi ně patří z fyzických příznaků anální ochablost, vaginální krvácení, inkontinence, z psychických poruchy příjmu potravy, nespavost, poruchy nálad, úzkosti, deprese, noční můry, záškoláctví atd. Jako téměř jistě spojená se zneužíváním se považuje mnohočetná porucha osobnosti (Weiss, 2005).

Následky sexuálního zneužívání v dětství na vývoj jedince jsou velmi závažné. Vyšší výskyt zneužívaných mužů a žen je v oblasti prostituce, mezi alkoholiky, drogově závislými, jedinci s pokusy o sebevraždu, s poruchami příjmu potravy, hraniční poruchou osobnosti atd. Weiss a Zvěřina (1999a) dochází k závěru, že u zneužívaných mužů a žen dochází k urychlení psychosexuálního vývoje, také jsou náchylnější k příležitostným sexuálním kontaktům a k promiskuitnímu chování. Častěji trpí sexuálními poruchami a jsou spíše nespokojení se svým sexuálním životem. Obě pohlaví mají v porovnání s ostatními spíše zkušenost s homosexuálními kontakty a s agresivním sexuálním chováním – muži v roli pachatele, ženy v roli oběti. Zneužívání jedinci přiznali častěji výskyt pohlavních chorob v anamnéze a zkušenost s poskytováním komerčního sexu. Míra traumatizace a vážnost následků se podle Gianottoho (1993, in Weiss, 2005) odvíjí především od délky traumatizace, blízkosti zneužívající osoby, věku, v němž k činu došlo nebo docházelo a míry použitého násilí. Někdy může být závažnější než samotný akt zneužití následující vývoj událostí. Pokud dojde k necitlivé, nepřiměřené, popírající nebo žádné reakci blízkých a autorit, dochází k tzv. sekundární traumatizaci. Nejzávažnější následky mívají zneužívání incestní. Dochází k vážnému narušení vztahů a komunikace uvnitř rodiny, často zůstává dítě se svým problémem osamoceno, matka se přikloní na stranu pachatele (otce, nevlastního otce, dědečka...) a dítěti je vyhrožováno rozpadem rodiny.

Znásilnění je jednou z forem sexuálního násilí, které Zpráva o násilí a zdraví WHO (Krug et al., 2002) definuje jako jakýkoli sexuální akt, pokus o něj, nechtěné komentáře nebo návrhy se sexuálním obsahem, nelegální obchod či jiné činy zaměřené proti sexualitě druhé osoby za použití donucování a to jakoukoli osobou bez ohledu na vztah k oběti, v jakémkoli prostředí, včetně domova a zaměstnání. Samotné znásilnění je definováno jako fyzickou silou nebo jinak vynucená penetrace – i mírná – do pochvy nebo řitního otvoru, za použití penisu, jiné části těla nebo předmětu. Nedokonalé znásilnění je definováno jako pokus o znásilnění. Pokud se činu účastní více než jeden pachatel, jedná se o skupinové znásilnění.

U nás definuje znásilnění § 241 trestního zákona, který říká, že znásilnění se dopustil ten, kdo násilím nebo pohrůzkou bezprostředního násilí donutí jiného k souloži nebo k jinému obdobnému pohlavnímu styku, nebo kdo k takovému činu zneužije bezbrannosti jiného. Před novelizací v roce 2000 byla za oběť znásilnění považována pouze žena, nyní je formulace genderově neutrální, a to jak na straně oběti, tak na straně pachatele. Také přinesla tato úprava rozšíření pojmu znásilnění z pouze genitálního styku i na anální nebo orální. Dříve byly tyto formy styku klasifikovány jako vydírání či omezování osobní svobody, s mnohem nižší trestní sazbou. Až do 80. let minulého století platila navíc v zákonodárství anglofonních zemí

tzv. Halova doktrína, která vylučovala možnost znásilnění v manželství, protože žena se v manželském slibu manželovi již natrvalo oddala (Gerlová & Weiss, 2008).

Na rozdíl od většiny ostatních sexuálních deliktů je většina pachatelů znásilnění nedelegantních (Gerlová, 2009). Motivací pachatele bývá obvykle dosažení vlastního sexuálního uspokojení bez ohledu na sexuální reakce oběti. K tomu se mohou přidat další motivy jako je demonstrování dominance nebo kompenzace vlastního pocitu méněcennosti (Heretik, 1993). Při znásilnění pak nemusí jít primárně o dosažení uspokojení, ale spíše o potvrzení si vlastní moci, síly a nadřazenosti. Gödtel (1992) popisuje mnohé pachatele znásilnění jako muže, kteří se cítí ženami ponižováni, jsou osamoceni, hromadí se v nich agrese. Jsou si sami sebou i svou mužskou rolí hluboce nejistí.

Znásilnění může probíhat za různých okolností. Gerlová & Weiss (2008) rozlišují několik základních typů:

- Nejčastěji se jedná o **znásilnění vztahové**, v domácím prostředí nebo na schůzce, kdy pachatelem je manžel nebo partner, případně se jedná o znásilnění na jedné z prvních schůzek (tzv. date rape). Často dojde k násilí pod vlivem alkoholu nebo drog. Problematika sexu z donucení v dlouhodobém partnerství nebo manželství je poměrně závažná. Mnoho mužů, ale i žen, které takovou zkušenost mají (pohlaví pachatele a oběti může být samozřejmě i opačné), považuje sex v manželství za jakousi povinnost, kterou jedinec nemá právo druhému upírat. Extrémní pohled představuje jako znásilnění každý pohlavní styk, který není poskytnut s chutí, ale např. proto, aby bylo předejito konfliktu. Obvykle je ale znásilnění chápáno ve smyslu znění zákona. Často nejde o jedinou formu násilí, která ve vztahu probíhá.
- **Znásilnění útočné** probíhá obvykle formou přepadení cizí osobou. Jeho průběh je rychlý a vyznačuje se větší agresí, brutalitou, obvykle s většími zdravotními následky pro oběť. Může k němu dojít ve známém bezpečném prostředí (byt, výtah, garáž), k traumatu se poté přidává ještě intenzivní pocit ztráty tohoto dříve bezpečného prostoru. Dojít k němu může ale také např. v parku v noci, kdy se žena vystavuje zbytečně rizikové situaci. Často je přítom pod vlivem alkoholu nebo drog.
- **Znásilnění „ze cti“** není motivované sexuálním uspokojením, ale jde o otázku rodové cti nebo odplaty. V některých zemích jde o poměrně rozšířený jev, který je do určité míry společností tolerován.
- **Válečné znásilnění** probíhá buď jako systematický teror okupovaného obyvatelstva nebo za účelem uspokojení momentálních potřeb útočníků.

Znásilnění se tedy – oproti mylné představě většiny populace – odehrává obvykle ve známém prostředí a je pácháno známou či dokonce blízkou osobou. Pachatelé nejsou na první pohled nijak výrazní ani psychicky nemocní. Následky jsou především psychické, fyzické jsou spíše lehčí povahy. Ženy nevnímají znásilnění jako agresivní sexuální styk, ale spíše jako existenciální ohrožení života. Na tato empirická fakta stojící proti mýtům upozorňuje Čírtková (2004). Gödtel (1992) i další autoři upozorňují také na sekundární viktimizaci znásilněných, podobně jako se to stává u zneužívaných dětí. Ženy dokazují znásilnění tím obtížněji, čím méně se bránily a čím více pachatele znaly. Často jsou obviňovány z vlastního podílu na událostech, např. tím, že s pachatelem strávily nějaký čas v baru nebo ho pozvaly k sobě.

Krug et al. (2002) upozorňuje na fakt, že trvale zůstává v pozadí zájmu sexuální násilí páchané na mužích, s výjimkou zneužívání v dětství. Přitom je tento problém v některých zemích velmi rozšířený (např. Peru nebo Tanzanie). Často se jedná o násilí páchané ve věznicích, a to nejen spoluvězni, ale také personálem. V některých zemích jsou takto trestáni a ponižováni také příslušníci homosexuální menšiny.

Psychické následky jsou podobné u mužů jako u žen. Patří mezi ně hlavně úzkosti, deprese, pocity viny, vztek, příznaky posttraumatické stresové poruchy, sexuální dysfunkce, somatické komplikace, vztahové problémy, pokusy o sebevraždu. Často se také vyskytuje zneužívání návykových látek, záškoláctví, především u mužů násilné chování (Krug et al., 2002).

Pokud vezmeme v úvahu vše řečené o sexuálním zneužívání v dětství a znásilnění v pohlavní dospělosti, je evidentní, že problémoví uživatelé návykových látek představují velmi ohroženou skupinu. Často pochází z dysfunkčních rodin, kde je násilí běžným „výchovným“ prostředkem, často zažijí trauma v podobě zneužívání, obvykle včetně sekundární viktimizace a popření ze strany rodiny. Jako konzumenti alkoholu a drog se vystavují ve zvýšené míře nebezpečí znásilnění cizím pachatelem. Bývají zapleteni do prostituce, pohybují se v sociálním prostředí, kde je násilí běžné. Na denní pořádku bývá násilí v partnerských vztazích toxikomanů. Agrese vůči ženám, včetně té se sexuálním podtextem, je z pohledu dlouhodobých uživatelů běžná součást partnerství. Všechny tyto události zpětně posilují užívání návykových látek za účelem změny vědomí a zmírnění úzkostných a depresivních symptomů. Ne náhodou jsou témata znásilnění a zneužívání velmi obvyklá během terapie v léčebných zařízeních.

2.3. Vliv užívání návykových látek na sexualitu

Následující kapitola nabízí pohled do problematiky na pomezí sexuologie, adiktologie a psychologie. Zabývá se vlivem některých, u nás nejčastěji užívaných, psychoaktivních látek na lidskou sexualitu. Nejedná se pouze o pervitin a Subutex, ani v širším pojetí jen o amfetaminy a opioidy, ale o co nejširší spektrum návykových látek. Rádi bychom tak ukázali, že nejen látky, které jsou užívány intravenózně a jsou považovány za nejproblematictější mohou sexualitu v mnohém ovlivnit. Velmi rizikový pro spokojený a zdravý sexuální život je například alkohol. Při léčbě závislých osob je potřeba brát v úvahu i vliv dalších látek, než je jen hlavní užívaná droga a vědět také o rizicích výměny jedné závislosti za druhou. Uživatelé drog mají často snadný přístup k legálním psychofarmakům i nelegálním látkám, kterými se mohou snažit nahradit účinky dosud užívané drogy nebo prostě jen zmírnit stres, spojený se sexem (Kubíček, 2007).

Jak už jsme uvedli výše, je vždy potřeba zorientovat se nejprve v situaci pacienta, do čehož patří i zjištění, jak vážný je jeho problém s návykovou látkou. Různé formy a stupně závažnosti užívání nelegálních návykových látek jsme již uvedli v kapitole 2.1.1. (experimentátor, rekreační uživatel, pravidelný uživatel, problémový uživatel, závislý). Pro snazší orientaci v relativně složité problematice užívání alkoholu lze využít, vedle diagnostických kritérií MKN-10, také přehlednou Jellinekovu typologii (Řehan, 2007):

- **Abstinent** - osoba, která alkoholické nápoje nepožívá v žádné formě či podobě, a to nejméně po dobu tří let.
- **Konzument** - stanovení přesné hranice mezi konzumentským způsobem a abúzem není vždy snadné. Mezi konzumenty patří i osoby, u nichž se mírný abúzus objeví zcela výjimečně (například na Silvestra), a kteří dlouhodobě nevykazují sebemenší progresi svého požívání alkoholických nápojů.
- **Osoba s abúzem bez progresu** - do této kategorie patří tři typy abúzu:
 - Typ α* - „problémové pití“, používané k potlačení a odstranění tenze, úzkosti či depresí, často pití o samotě. Po odeznění potíží odeznívá i abúzus. V naprosté většině případů bez progresu.
 - Typ β* - „společenské pití“, jedinec konzumuje ve zvýšené míře alkohol, aby se nelišil od okolí. Většinou však rovněž není patrná progresu a nedochází ke vzniku závislosti.

Typ ϵ – „epizodické pití“, nebo také kvartální pití, dipsomanie. Po relativně dlouhých fázích abstinence či pouhé konzumace se najednou objeví abúzus, který trvá několik dní až týdnů. V tomto období jedinec postupně ztrácí schopnost dodržet základní pravidla. Současné výzkumy potvrzují úzkou vazbu na primární larvovanou afektivní poruchu s cyklickým průběhem. Tento typ abúzu není příliš frekventovaný.

- **Osoba s progredujícím abúzem** - do této skupiny patří dva typy abúzu:

Typ γ - primárně má sociální charakter, avšak na rozdíl od typu β zde společenská pití souvisí i s vnitřním bažením, které má zprvu charakter psychické závislosti a posléze přerůstá i v závislost fyzickou. Tento typ převažuje u mužů.

Typ δ - samotářské pití, obvykle kontinuální, měnící se po čase v průběžnou intoxikaci. Vzhledem k utajenosti může dlouho unikat pozornosti okolí, o to jsou závažnější důsledky jak psychické, tak somatické. Převažuje u žen.

Vývoj abúzu u osob s progredujícím abúzem prochází několika stádii:

1. stádium (prealkohické) začíná prvním, byť mírným, abúzem, při kterém dochází k zážitkům euforie, uvolnění, subjektivního zlepšení sociálních schopností apod. Následuje občasné a častější abúzus. Kontrola pití je zachována, ale tolerance se postupně zvyšuje, pití se stává pravidelnější. Na konci se již projevuje psychické bažení.

2. stádium (prodromální) začíná nástupem prvních problémů, způsobených abúzem, jako jsou např. partnerské rozepře, potíže v zaměstnání apod. Z dalších příznaků je to pití s předstihem či maskované pití, zrychlené až hltavé pití, výrazné bažení po alkoholu, alergie na téma alkohol v rodině, souběžně s rozvojem obranných mechanismů. Ke konci tohoto stádia se objevuje alkoholické okénko jako důsledek těžké opilosti a doklad poškozování mozku alkoholem. Také se hroutí kontrola pití.

3. stádium (krucální) se vyznačuje ztrátou kontroly pití, racionalizací pití při odolávání sociálním tlakům, nápadně agresivním chováním, přetrvávajícími výčitkami svědomí atd. Ztráta kontroly pití se projevuje těžkými epizodami opilosti, s neschopností fungovat následující den. Vyskytují se i krátká období abstinence.

4. stádium (terminální) začíná nástupem ranních doušků a návazného pití v tazích. Vedle všech dříve uvedených sociálních důsledků nyní manifestně narůstají projevy vážného zdravotního postižení. Tolerance zpočátku ještě narůstá, avšak pokud nedojde k léčbě, tak posléze celková devastace a především těžké poškození jater způsobí razantní snížení, až skoro vymizení tolerance. V průběhu této fáze se často vyskytují alkoholické psychózy.

Míra užívání návykové látky je podstatná pro posouzení jejího vlivu na další stránky života jedince, včetně jeho sexuálního života. Obzvláště v případě alkoholu je důležitá správná diagnostika, protože rozpoznání problémového užívání a závislosti bývá osobou samou i jejími blízkými poměrně těžké a následky konzumace alkoholu bývají podceňovány. Zahraniční výzkumy, věnované tomuto tématu, se shodují na tom, že droga do nějaké míry změní sexuální život vždy, snad s výjimkou ojedinělých experimentů (Rhodes et al., 2002). Vliv látky je proměnlivý od jedince k jedinci a vyvíjí se v čase. Také je podstatné množství užívané drogy a očekávání uživatele. Z tohoto důvodu může stejná droga u jednoho člověka stimulovat a u druhého naopak tlumit sexuální touhu a funkce.

2.3.1. Charakteristické sexuální chování uživatelů návykových látek

U pravidelných konzumentů drog se ve výzkumech sexuálního chování ukazují, nehledě na užívanou návykovou látku, určité společné rysy, a to hlavně v otázce rizikového chování. V porovnání s populací nemající zkušenost s pravidelným abúzem jde především o vyšší frekvenci dokončených sexuálních styků, mladší průměrný věk prvního styku, více zkušeností se sexuálním stykem s prostitutkou či prostitutem (Booth, 1995; Carey et al., 2003; Gossop et al., 2002; Inciardi, 1995 ad.). Dále se u nich častěji vyskytují sexuální dysfunkce a potíže a pohlavně přenosné nemoci v anamnéze (Sánchez et al., 2002; Paschane et al., 1998 ad.). Některé výzkumy dokládají, že frekvence chování charakterizovaného jako rizikové roste s výčtem užívaných drog. Při výzkumech mladistvých osob se – možná překvapivě – v tomto směru ukázaly jako nejrizikovější ze všech zkoumaných druhů drog alkohol a marihuana (Scivoletto et al., 2002).

Při posuzování vlivu drog na chování jedince musíme brát v úvahu složitou kauzalitu problému. Opakovaně bylo v literatuře upozorňováno, že přímá kauzalita od užívání drog k rizikovému a problematickému sexuálnímu chování je těžce prokazatelná, neboť je pravděpodobné, že sexuální chování i zneužívání psychoaktivních látek závisí na společném souboru osobnostních a sociálních proměnných, z nichž mnoho bývá ve výzkumech opomíjeno (Rashad & Kaestner, 2004). Kalichman a jeho spolupracovníci (1996) ve svém výzkumu došli k závěru, že osobnostních faktorů, které ovlivňují inklinaci jedince k rizikovému chování je mnoho a jedním z nich by mohlo být tzv. „sensation seeking“, volně přeloženo jako „hledání vzrušení“, pojem, který zavedl Zuckerman (1971). To může být jednou z příčin častějších sexuálních styků, menšího důrazu na bezpečný sex, vyhledávání

méně obvyklých sexuálních praktik, zároveň i podporovat tendenci ke zneužívání psychoaktivních látek.

Především oblast rizikového sexuálního chování a zdraví ve spojitosti s drogami je dlouhodobě sledována Světovou zdravotnickou organizací WHO a organizací UNAIDS. Rhodes a Stimson (1998) definují rizikové sexuální chování jako „aktivity, které zvyšují pravděpodobnost škody [...]. V obecném pojetí jsou nejdůležitější rizikové sexuální aktivity ty, které mohou vést k přenosu HIV nebo dalších sexuálně přenosných chorob.“ (str. 95).

Materiály WHO uvádějí přehled nejvýznamnějších následků, které může mít sexuální život při dlouhodobém užívání psychoaktivních látek (Rhodes & Stimson, 1998):

- **Přenos infekce HIV a dalších sexuálně přenosných chorob**

Této otázce je věnováno nejvíc prostoru ve výzkumu i prevenci v souvislosti s drogami. Byly např. definovány tzv. core groups, tedy sub-populace, které mohou snadno přenést onemocnění do okolní populace, protože dostatečné množství z nich je nebo se opakovaně stává infikovanými (Paschane et al., 1998). Jednou z takových skupin jsou právě drogoví uživatelé, především ti, kteří užívají injekčně, živí se prostitucí a směňují sex za drogu. Výzkumy opakovaně uvádí, že mnoho psychoaktivních látek ovlivňuje schopnost jedince přijímat rozhodnutí ohledně bezpečného sexuálního chování. K tomu také patří, že drogoví uživatelé jsou často zapojeni do sexuálního průmyslu (Sánchez et al., 2002; Carey et al., 2003; Sharma et al., 2002 ad.). Je ale třeba říci, že bývá opomíjeno velké riziko spojené s alkoholem, přestože díky jeho častější konzumaci jde o problém celospolečensky minimálně stejně důležitý, podle některých výzkumů dokonce podstatně závažnější (Ericksen & Trocki, 1994). V oblasti prevence přenosu sexuálně přenosných chorob (STD) se vyplácí osvěta a informace o riziku HIV a jiných STD (Robles et al., 1998). Pacienti jsou pak ochotnější k pravidelnému testování a pod hrozbou onemocnění i k používání ochrany a změně návyků. U uživatelů drog je obzvláště třeba upozornit na riziko nákazy virovou hepatitidou typu B a C.

- **Vlivy na sexuální aktivitu a partnerství, včetně přenosu infekčních chorob na partnera neužívajícího drogy**

O vlivu jednotlivých drog na sexualitu budeme mluvit dále. Otázka ohrožení partnera je aktuální jak u drog nelegálních, tak u alkoholu. Při zneužívání obojího dochází výrazně častěji k rizikovým a mimopartnerským sexuálním aktivitám. U problémových injekčních uživatelů drog se navíc přidává riziko nákazy závažnými onemocněními (HIV,

hepatitida typu B a C) cestou sdílení injekčního materiálu. O rizikovosti přenosu infekčních chorob cestou sexuálního styku na neuživatele drog svědčí i výsledky výzkumu pražské mládeže z roku 1994 (Weiss et al., 1995) – zatímco zkušenost s injekční aplikací drog mělo 1 % žen a 2 % mužů, pohlavní styk s injekčním uživatelem mělo někdy 6 % žen a 8 % mužů.

▪ **Nechtěné těhotenství**

V této souvislosti je opět třeba klást důraz na osvětu a informovanost. Ze zkušeností z praxe víme, že často například dochází k nechtěnému otěhotnění po přechodu z nelegálních opiátů (heroinu) na legální substituci, především buprenorfin (Subutex). S jeho nasazením se totiž obvykle znovu objeví a zpravidelní menstruační cyklus, který při užívání heroinu často na dlouhou dobu vymizí. Také se celkově zklidní životní situace, což může vést spolu s větší apetencí k obnovení sexuálního života, který je na heroinu obvykle minimální. Zároveň ale nebývají dlouhodobé uživatelky drog zvyklé chránit se při styku především se stálým partnerem. K nechtěnému otěhotnění také často dochází pod vlivem alkoholu.

▪ **Komplikace a obtížné zvládání v těhotenství**

Alkohol i drogy užívané v těhotenství mohou plod smrtelně ohrozit, nebo způsobit výrazné fyzické i mentální poškození. Přinejmenším však vždy ovlivňují stav těhotné matky, který se projevuje v jejím chování a vztahu k nenarozenému dítěti. I když je Subutex doporučován jako relativně nejbezpečnější návyková látka během těhotenství, ani on není bez následků. U dětí se mohou vyskytnout abstinenční potíže po porodu a složitá je také otázka kojení novorozence závislou matkou, pro které je např. užívání heroinu i stimulancií kontraindikací. Některé výzkumy poukazují na nízkou porodní váhu a vyšší riziko úmrtí dítěte po porodu (Kahila et al., 2007).

Prenatální péče o drogově závislé ženy není vůbec jednoduchá. Často jde o ženy, které nespolupracují, jsou nedůvěřivé, nejsou schopny plnit dohodnuté termíny apod. Těžké uživatelky nezřídka přijdou poprvé do kontaktu s lékařskou péčí až těsně před porodem. Podle některých zdrojů jde například až o polovinu uživatelék heroinu (Vavřínková & Binder, 2007).

▪ **Vertikální přenos sexuálně přenosných chorob (tedy z matky na dítě během těhotenství či porodu)**

V tomto ohledu je obzvlášť důležitá důvěra budoucí matky k lékaři. Je třeba, aby lékař věděl nejen o všech chorobách, ale také o abúzu v současnosti i minulosti. Včasnou intervencí je totiž často možné alespoň dítě uchránit pozdějších komplikací.

K vertikálnímu přenosu hepatitidy C dochází ve 2-5 % u nás sledovaných případů (Vavřínková & Binder, 2007)

▪ **Novorozenecký abstinční syndrom**

Tento stav se vyskytuje především u dětí matek zneužívajících alkohol, opiáty a benzodiazepiny. U každé ze substancí má novorozenecký abstinční syndrom jiný průběh, vždy je však důvodem k prodloužení hospitalizace a nadstandardní poporodní péči o dítě. Obzvláště nepříjemné a dlouhotrvající jsou takové potíže u dětí matek užívajících metadon a benzodiazepiny (Vavřínková & Binder, 2007). Je třeba vždy uvážit, zda je možná detoxifikace během těhotenství, nebo zda raději provést matku těhotenstvím i s abúzem drogy a poté kompenzovat abstinční syndrom u dítěte. V některých případech je druhý postup bezpečnější pro oba.

▪ **Nedostatečný přístup k odborné péči**

O tomto problému byla zmínka již v úvodu. Nejedná se obvykle o jasně deklarovanou bariéru, i když vyšetření a intervence u silně podnapilého nebo intoxikovaného člověka budou pravděpodobně právem odmítnuty. Spíše jde ale o mýty na obou stranách. Na straně osob majících problémy s alkoholem nebo drogami je to vžitá představa o zdravotnických službách, kde každého obtěžují a zdravotníci na ně pohlíží s despektem. Pak je samozřejmě těžké přijít k takovému lékaři a mluvit s ním o problematice tak soukromé a choulostivé, jako je sex a potíže s ním. Na druhé straně se tyto předsudky opírají často o reálné zkušenosti, ať už vlastní nebo zprostředkované. Především problémoví uživatelé drog, ale i experimentátoři, kteří své zkušenosti přiznají, se často setkávají s ne příliš vstřícným zacházením. Způsobují to jak reálné zkušenosti, tak i mýty tentokrát na straně lékařů a dalšího zdravotnického personálu. Uživatelé psychoaktivních látek bývají považováni za ty, kteří si své problémy jednoznačně způsobili sami, nejsou ke svému zdraví zodpovědní, jsou nevďeční, nerespektují doporučení a není s nimi lehké vyjít. Mnohé bývá pravdou, na druhou stranu se tím neliší od množství jiných pacientů ordinací, jako jsou například někteří kuřáci, lidé s nezdravou životosprávou, workoholici a další. Vzájemná komunikace je pak sledem akcí a reakcí, plným předsudků na obou stranách, a oběma stranám obvykle nevyhovujícím. V případě, že se těmto pacientům někde dostane vstřícného zacházení, budou se tam vracet s důvěrou a takový lékař nebo jiný zdravotnický pracovník má pak možnost mnohé v jejich přístupu a chování ovlivnit.

Prozatím jsme se věnovali dopadům užívání psychoaktivních látek na sexualitu jedince především v oblasti zdraví (případně zdraví potomků). Neméně závažné jsou ale i

důsledky pro subjektivně vnímanou kvalitu sexuálního života. O to spíš, že jsou výrazně méně viditelné a zachytitelné systémem zdravotní péče.

Vliv psychoaktivních látek na sexuální chování a prožívání uživatele se děje na třech úrovních, které je vždy třeba brát všechny v úvahu (Rhodes et al., 2002):

- **Farmakologie**, tedy přímý fyziologický efekt látky, která nějakým způsobem ovlivňuje vnímání a chování jedince.
- **Psycho-farmakologie**, která zahrnuje individuální představy a přání, jak která substance působí na organismus. Tyto představy pak nepřímo ovlivňují efekt látky na chování a způsob jejího užívání.
- **Socio-farmakologie**, kdy individuální představy jsou ovlivňovány společenskými normami a kulturně podmíněnými představami o jednotlivých látkách a také prostředím, kde je látka užívána.

Z výše uvedeného vyplývá, že souvislost užívání návykových látek se sexualitou je v podstatě dvojí (Rhodes et al., 2002). První je přímá, tedy spojená se specifickým psychoaktivním účinkem drogy. V tomto případě je podstatné, o jakou látku jde, protože účinek jednotlivých látek bývá i protichůdný. Obecně platí, že psychoaktivní látky mohou mít vliv na následující oblasti:

- **Sexuální apetence a aktivita**

Zatímco některé látky výrazně tlumí chuť k sexu, jiné jsou naopak často užívány právě i proto, že apetenci zvyšují, podporují aktivitu, výdrž apod. Podrobné účinky jednotlivých psychoaktivních látek probereme dále. Je třeba brát vždy v úvahu případné kombinace jednotlivých drog, individuální působení a délku užívání. I tak povzbudivé drogy, jako je pervitin, se u některých uživatelů stávají v oblasti sexu po letech spíše tlumivé. Vliv zde má i celková únava organismu, věk, nedostatek vhodných příležitostí k sexuálnímu uspokojení, sociální kontext drogového světa. To vše k následkům užívání drog (tedy již do kategorie nepřímých následků) patří.

- **Sexuální vztahy**

S otázkou bezpečnosti také souvisí momentální výběr partnera a podoba sexuálního kontaktu s ním v případě akutní intoxikace. Alkoholem i drogami dochází ke snížení kvality úsudku ve výběru partnera. Zvyšuje se tendence navazovat náhodné sexuální kontakty na jednu noc, často s rizikovými partnery. Častěji dochází i k využití služeb

komerčního sexu (prostituce). Pod vlivem alkoholu nebo drog bývá sex ozvlášťován méně běžnými sexuálními praktikami, které by mnohdy jedinec ve střízlivém stavu odmítal, jako je např. skupinový sex, sadomasochistické praktiky, homosexuální kontakty jinak heterosexuálně založených jedinců apod. Všechna tato specifika sexu „pod vlivem“ mohou vést nejen k většímu riziku nákazy STD nebo nechtěnému těhotenství, ale také k velmi nepříjemným pocitům po vystřízlivění, někdy až k psychickému traumatu s dalekosáhlými následky.

U žen (a v menší míře i u mužů) se ve stavu opilosti nebo intoxikace zvyšuje riziko, že budou zneužity k jimi nechtěným praktikám nebo znásilněny. Nemusí vždy samy sexuální kontakty vyhledávat. Ženy pod vlivem psychoaktivních látek se stávají častěji cílem pro muže, kteří hledají nezávazný sex. Bývají také považovány za svolné k méně obvyklým praktikám. Vysílají z pohledu mužů signály, že jsou ochotné navázat sexuální kontakt, nebo minimálně nevysílají jasné signály, že ho odmítají. Podle Evropských průzkumů přibývá v posledních letech případů, kdy jsou ženy záměrně intoxikovány alkoholem nebo jinou psychoaktivní látkou za účelem nedobrovolného sexu (Olszewski, 2008). V praxi jsou rozlišovány dva druhy znásilnění pod vlivem omamných látek (tzv. Drug-facilitated sexual assault, DFSA): aktivní, kdy je ženě tajně nebo násilím podána omamná látka za účelem znásilnění, a oportunistické, kdy dochází k sexuálnímu styku se ženou, která se sama intoxikovala a je ve stavu blízkém bezvědomí (Horvath & Brown, 2005). Látky, které jsou obvykle používány za tímto účelem, patří do skupiny tlumivých. Snižují vigilitu oběti, někdy vedou až ke ztrátě vědomí, mohou způsobit anterográdní amnézii. Mezi nejpoužívanější patří podle EMCDDA (Olszewski, 2008) alkohol, benzodiazepiny, GHB (gamma-hydroxy-butyrát, užívaný jako anestetikum). Stimulancia sice netlumí bdělost oběti, také ale snižují ostražitost a úsudek, k tomu často působí povzbudivě na sexuální apetenci. Tyto látky (kokain, pervitin, extáze) se vyskytují spíše u oportunistických znásilnění.

Intoxikované ženy, především pokud se v nočních hodinách pohybují samy po prázdné ulici, mohou být účelově zaměněny s ženami nabízejícími se k prostituci. Jak vyplývá z výpovědí uživatelů drog, bývá takový okamžik někdy prvním krokem k opravdové prostituci, protože zjistí, že touto cestou je možné zdánlivě snadno vydělat peníze na drogy.

Užívání návykových látek může být se sexualitou spojeno také nepřímo, tedy ne-farmakologicky. Jedná se hlavně o vliv životního stylu a sociálního prostředí uživatele na sexualitu:

- **Výběr partnera**

V případě pravidelného užívání není ovlivněn jen výběr náhodných partnerů při akutní intoxikaci. Nadměrná konzumace alkoholu i pravidelné užívání nealkoholových drog mají vliv i na výběr stálého partnera. Určují do značné míry prostředí, ve kterém se jedinec pohybuje i výběr potenciálních partnerů, se kterými se tam setkává. Jemu podobní lidé se stávají jeho nejbližším okolím a z nich si také většinou volí partnera. Takové partnerství je rizikové v mnoha ohledech. Jde především o neuspokojivý průběh sexuálních aktivit (u alkoholu, opiátů apod.), vyšší výskyt mimopartnerského sexu, nechtěné těhotenství a rodičovství, další zvýšení rizika šíření nákazy STD a další.

- **Propojení drogového prostředí s prostředím prostituce**

Jak už jsme zmínili, intoxikovaná žena je snadněji oslovena za účelem sexu za peníze a zároveň je sama náchylnější k takovému chování. U problémových uživatelů vstupuje do hry hlavně aspekt financí, které jsou pro mnoho závislých žen natolik nutné a nedostatkové, že překonají veškeré zábrany. Dostávají se tak do začarovaného kruhu, kdy potřebují drogu, aby byly schopné se prodávat, a zároveň potřebují i peníze z prostituce na nákup drogy. Sex je také častým neoficiálním platidlem za nelegální drogy, což většinou uniká monitorované oblasti komerční prostituce. Na druhé straně, i muži vyhledávající služby komerčního sexu tak činí často pod vlivem alkoholu nebo drog. Tyto dvě oblasti se tedy v mnohém prolínají.

Při posuzování vztahu sexuality a zneužívání psychoaktivních látek je třeba zohlednit kauzalitu problémů, i když – jak jsme již zmínili – je často těžko rozpoznatelná a její určení může být zjednodušující. Pokud jsou primární problémy v kvalitě sexuálního života, vedou někdy k užívání alkoholu nebo nelegálních drog (nejčastěji pervitinu, kokainu, marihuany), většinou pouze občasnému. V horším případě dochází k nezvládnutí experimentu a k pravidelnému užívání. V každém případě se vytváří vcelku jednoduchý systém zdánlivého řešení potíží, který obvykle po čase selhává a potíže se vrací. I jednorázové spojení drogy a sexu, ke kterému může v rámci experimentu dojít, může mít dalekosáhlé následky, jako je unáhlený (ne)výběr partnera, STD, nechtěné těhotenství, znásilnění.

Pokud jsou naopak prvotní problémy s užíváním alkoholu nebo drog, po nějaké době ovlivní užívání psychoaktivních látek i oblast sexu, a to různým způsobem podle typu látky.

2.3.2. Vliv jednotlivých drog na sexualitu

Jak jsme již uvedli, působení návykové látky na jedince je závislé na typu účinné látky (zda jde o stimulancia, opiáty nebo halucinogeny), na míře psychické a fyzické závislosti, kterou látka vyvolává, vzestupu tolerance. Na straně jedince pak závisí na mnoha proměnných, jako je genetická dispozice ke vzniku závislosti, osobnostní charakteristiky, momentální psychické rozpoložení, sociální prostředí apod. Následující přehled představuje jednotlivé návykové látky s jejich hlavními účinky (ze kterých lze vyvodit mnohé i ve specifických oblastech) a především s jejich vlivem na oblast sexuality. Rozpouštědla, která jsou u nás zneužívána především nezletilými dětmi po krátkou dobu experimentování, jsme z výčtu vynechali. Zmíníme se však o jedné jejich skupině, nazývané poppers, která je součástí nabídky sex shopů.

Přehled dopadů užívání jednotlivých látek na sexualitu, který zde uvádíme, je sestaven na základě poznatků z již realizovaných výzkumů, domácích i zahraničních a z odborné literatury. Některé z výzkumů jsme již citovali, další uvedeme v rámci diskuze nad výsledky prezentovaného výzkumu. V této části proto pro lepší přehlednost uvádíme jen ty zdroje, které se dále v textu nevyskytují. Vycházíme také z výpovědí samotných uživatelů, ať už při osobním kontaktu nebo na internetových fórech.

2.3.2.1. Alkohol

Alkohol představuje v následujícím přehledu jednu z mála legálních návykových látek a zároveň drogu široce tolerovanou a hojně užívanou napříč celou populací. Jeho následky na fyzické i psychické zdraví se často zlehčují a přehlíží. To platí i pro oblast sexuality. Zatímco pozitivní dopady konzumace alkoholu na sexualitu jsou obvykle přeceňovány, s těmi negativními je to naopak. V rámci co největší objektivity se zde zmíníme – stejně jako u dalších látek – o obojím.

⇒ **Pozitivní vliv na sexualitu:** Alkohol pomáhá překonávat ostych a zábrany a zvyšuje libido (apetenci), což ale zpravidla nemá dlouhého trvání. Při malé dávce alkoholu dochází k povzbuzení touhy, a to především u mužů. Pro mnoho jedinců je snazší za pomoci alkoholu navázat kontakt nejen s náhodným sexuálním partnerem, ale například i s předem vyhlédnutým partnerem vhodným pro trvalý vztah, kterého by ve střízlivém stavu neměli

odvahu kontaktovat. Nízké dávky alkoholu mohou prodlužovat dobu potřebnou k dosažení vyvrcholení.

⇒ **Negativní vliv na sexualitu:** Pro povzbuzení alkoholem je těžké najít míru – při malé dávce působí budivě, při velké naopak. Hranice je nejasná a mění se i u jednotlivce spolu s mnoha okolnostmi. Pokud tedy vůbec dojde na sexuální styk samotný, tento bývá poznamenán velkými výkyvy ve výkonu (ochabování erekce) a otupělostí. Sex se někdy mění v dlouhý maratón bez výsledného vyvrcholení. Alkohol povzbudí u mužů touhu, ale snižuje schopnost reálné soulože. I u žen jsou aktivita a vzrušení pod vlivem alkoholu proměnlivé, což může soulož znesnadňovat a znepříjemňovat, a to především kvůli nedostatečné lubrikaci. Ještě před samotným sexuálním kontaktem ovšem alkohol u náhodných styků (jejichž vznik podporuje) nepříznivě ovlivňuje výběr sexuálního partnera. S narůstajícím množstvím alkoholu se může zdát potenciální partner stále přitažlivějším a následkem bývá druhý den velké rozčarování, obvykle označované jako „morální kocovina“. Alkohol má za následek častější střídání partnerů. Nemusí přitom jít přímo o závislost na alkoholu, i příležitostné excesivní pití snižuje zábrany, podporuje promiskuitu a mimopartnerské vztahy a zároveň snižuje pravděpodobnost bezpečného sexu. Opakovaně se ukazuje, že vzhledem k frekvenci výskytu pití alkoholu a opilosti ve srovnání s intoxikacemi nelegálními drogami je mnohem vážnějším populačním problémem přenos STD při intoxikaci alkoholem než ze strany uživatelů nelegálních návykových látek.

Zvláště je třeba zdůraznit negativní vliv alkoholu na sexuální život adolescentů a žen. Mnoho výzkumů poukazuje na fakt, že poměrně velká část adolescentů má svůj raný sexuální život spojený právě s alkoholem. To může do budoucna negativně ovlivnit jejich představu o sexu a zároveň to pro ně znamená výrazné riziko nechráněného sexu se všemi jeho následky (metaanalýzou množství výzkumů došla Leigh (2002) k závěru, že právě při prvním sexuálním styku ovlivňuje alkohol nejvíce rozhodnutí o použití kondomu). O rizicích, která hrozí ženám pod vlivem alkoholu, jsme se už zmínili – je to hlavně o nechtěná těhotenství a vyšší pravděpodobnost znásilnění. Pokud je žena pod vlivem alkoholu, vyvolává u násilnických mužů agresi. Ona sama ztrácí opatrnost a toto chování někdy nechtěně provokuje. Ženy, které byly v minulosti zneužity nebo znásilněny, mají zároveň zvýšený sklon k užívání alkoholu a jiných návykových látek, čímž vzniká často začarovaný kruh. Na tento fakt a potřebu jeho řešení upozorňují odborníci už poměrně dlouhou dobu (Covington & Kohen, 1984).

Alkohol bývá podstatným faktorem vedoucím k násilnému sexuálnímu činu také na straně muže-násilníka. Má desinhibiční efekt, a to jak před činem samotným, kdy usnadňuje jeho

spáchání, tak po něm, kdy pomáhá ke zdůvodnění a racionalizaci spáchaného činu (Seto & Barbaree, 1995). Statistiky sexuálně motivovaných násilných činů, včetně vražd, spáchaných pod vlivem alkoholu, jsou alarmující.

Dlouhodobé škodlivé užívání alkoholu, tedy závislost, může vést u mužů k problémům jako je snížení apetence, poruchy erekce a potíže při dosahování orgasmu. Dochází u nich i k poruchám kvality spermií, alkohol snižuje tvorbu testosteronu, nakonec může vést ke sterilitě a k impotenci. U závislých žen se vyskytují především poruchy orgasmu. I u nich dochází při nadměrném dlouhodobém pití k poruchám plodnosti. Obě pohlaví také ztrácí s rostoucí alkoholovou závislostí na přitažlivosti. Pokud je v partnerském vztahu dlouhodobě přítomen alkohol na jedné nebo na obou stranách, stává se sexuální život většinou postupně zcela neuspokojivý. To pak vede k mnoha partnerským konfliktům, žárlivosti apod.

2.3.2.2. Kanabinoidy

Do této skupiny patří marihuana a u nás méně užívaný hašiš. Hlavní účinnou látkou je delta-9-tetrahydrokanabinol (THC). Obvykle se konzumuje kouřením, méně často jako přísada v potravinách (mléko, pečivo, máslo apod.). V prvním případě je dávka nižší, účinek nastupuje rychleji a odeznívá po kratší době. Účinky jsou většinou slabší a předvídatelnější.

Při intoxikaci marihuanou může dojít k úzkostným stavům, otupělosti, ospalosti, nebo naopak nepřírozené euforii, často s nutkavou potřebou smát se. Někteří uživatelé popisují nepříjemné obsedantní myšlenky. Průběh intoxikace je proměnlivý a individuální, mění se i postupem času, s přibývajícimi zkušenostmi s marihuanou. Ve všech fázích pak dochází k porušení kontaktu s realitou a někdy i k halucinacím. Mění se vnímání času, zostrují se smyslové vjemy, dochází k poruše krátkodobé paměti. Dlouhodobé užívání kanabinoidů vede k charakteristickým změnám. Uživatelé se vyznačují typickou pomalostí, hloubavým a zabíhavým myšlením a poruchami krátkodobé paměti. Při intenzivnějším užívání existuje riziko propuknutí latentních psychických potíží, jako je úzkostná nebo depresivní porucha, ve vážnějších případech i psychotická porucha.

⇒ **Pozitivní vliv na sexualitu:** Marihuana zintenzivňuje smyslové vnímání. Pokud je intoxikace příjemná, je zážitek ze sexu bohatší, dochází k lepšímu emočnímu „napojení“ s partnerem. Obvykle se také prodlužuje doba potřebná k dosažení orgasmu u obou pohlaví, což může být vnímáno pozitivně.

⇒ **Negativní vliv na sexualitu:** Uživatel se může cítit příliš utlumeně. Pokud se k tomu přidá zvýšená smyslová vnímavost, může to vést k podrážděnosti. Kanabinoidům jsou často připisovány afrodiziakální účinky. Jde však spíše o mýtus. Laboratorní testy působení

THC na sexuální funkce hlodavců a primátů a výzkumy osob nemají jednoznačné výsledky, ale velká většina se přiklání k poznatku, že sexuální apetence se snižuje především u mužů (při dlouhodobém užívání se snižuje také produkce testosteronu), zatímco u žen se častěji zvyšuje vnímavost při sexuálních aktivitách (Gorzalka et al., 2009). U obou pohlaví může dojít ke zvýšené sexuální apetenci (do určitého stupně intoxikace), schopnost erekce u mužů a dosažení orgasmu u obou pohlaví se marihuanou ale spíše oddaluje, někdy dokonce vede pravidelné dlouhodobé užívání k anorgasmii.

Muži, kteří dlouhodobě a pravidelně užívají marihuanu, riskují snížení produkce testosteronu a poruchy v pohyblivosti spermií (což vede někdy až k neplodnosti). U žen se mohou vyskytnout změny v ovulačním a menstruačním cyklu a v důsledku toho problémy s otěhotněním. Účinná látka THC se dostává především v raném těhotenství k plodu a také je v poměrně velké míře obsažena v mateřském mléce (Huestis, 2007). Podle některých studií způsobuje kouření marihuany v těhotenství nižší porodní hmotnost dítěte a zvyšuje riziko mimoděložního těhotenství. Jiné výzkumy však tyto předpoklady nepotvrdily.

2.3.2.3. Extáze

Extáze bývá řazena mezi halucinogeny, nicméně svými účinky spadá na pomezí halucinogenů a stimulancií. Jde o tzv. party drogu, která není užívána denně, ale spíše víkendově, v prostředí parties, ve spojení s určitými typy hudby. Účinnou látkou s psychedelickým účinkem je 3,4-methylendioxyamfetamin, pro kterou se obvykle používá zkratka MDMA. Tablety, určené pro užití per os, se různí v jejím množství i obsahu dalších přísad (amfetaminy, efedrin, kofein).

Účinek extáze se obvykle zpočátku projeví neklidem a mírnou zmateností. Ty v další fázi obvykle ustoupí a nastává fáze klidu a pohody, mizí stres, dochází k projasnění nálady. Při užití o samotě bývá uživatel schopen zvýšeného intelektuálního výkonu. Při užití v páru či ve společnosti nastupují pocity empatie, lásky, zvyšuje se komunikativnost a potřeba dotýkat se druhého. Halucinace jsou spíše nepravděpodobné, většinou se dostaví jen mírně zostřené vnímání a celková psychická a fyzická stimulace. Druhý den po intoxikaci se většinou dostavuje jakási podoba alkoholové „kocoviny“ – bolesti kloubů, únava, někdy úzkost, smutek, až mírná deprese.

⇒ **Pozitivní vliv na sexualitu:** Extáze bývá označována za empatogen, tedy látku posilující vcítění se do druhého. Při intoxikaci dochází k intenzivním pocitům vřelosti a lásky k celému okolí a nejvíc samozřejmě k sexuálnímu partnerovi. Někteří uživatelé se cítí být více

fyzicky vzrušení, jiní mluví o opaku. Často bývá extáze užívána k ozvláštnění sexuálního života těmi, kteří se obávají pervitinu a závislosti na něm.

⇒ **Negativní vliv na sexualitu:** Pocit lásky k celému světu zvyšuje pravděpodobnost rizikového sexuálního chování, ať už ve výběru partnera nebo v používání kondomu. Stejně jako u alkoholu končí vztahy navázané pod vlivem MDMA často pozdější deziluzí. Ani extáze nefunguje jako afrodiziakum, i když to od ní uživatelé někdy očekávají. U některých mužů naopak snižuje schopnost erekce a oddaluje ejakulaci. U žen může pod jejím vlivem dojít k oddálení orgasmu.

2.3.2.4. LSD

LSD je halucinogen, se kterým bylo v minulosti hojně experimentováno i pro lékařské a terapeutické účely. Chemicky se jedná o diethylamid kyseliny d-lysergové, který je účinný ve velmi malých dávkách, a proto se obvykle užívá ve formě tzv. tripu (papírku napuštěného touto účinnou látkou, který se nechá rozpustit v ústech).

Na začátku intoxikace se většinou objevuje nevolnost, pocity závratě, někdy zvracení. Psychické projevy jsou různé. Reakce je výsledkem působení látky, okolí, osobnostní struktury a očekávání. Vědomí je zachováno, bývá porušena kontinuita prožívání. Je oslabena volní kontrola a kritičnost, taktéž časová orientace. Intoxikace bývá provázena poruchou pohybové koordinace, alternace vnímání je značná, hlavně zrakového a tělového. Změněna je perspektiva, odhadování vzdáleností, barvy. Vyskytují se četné pseudohalucinace. Mění se prožívání, většinou převládá euforie a hypomanické tempo, může se ale také objevit panická hrůza a úzkost. Pocity mohou být někdy velmi nepříjemné, může snadno dojít k porušení duševní rovnováhy, vedoucí někdy i k dlouho přetrvávající psychotické poruše.

⇒ **Pozitivní vliv na sexualitu:** Pokud je intoxikace příjemná, může být prožitek sexu na „tripu“ mnohem bohatší a intenzivnější díky změněnému způsobu vnímání a větší barevnosti vjemů.

⇒ **Negativní vliv na sexualitu:** Hlavním rizikem LSD je jeho naprostá nevypočitatelnost. Působí odlišně nejen na různé jednotlivce, ale i na téhož člověka v různých situacích a v různém rozpoložení. Může se tak stát, že i během sexu, který je zpočátku příjemný, se konstelace změní a zážitek je najednou vnímán jako výrazně nepříjemný až traumatický. Důvodem může být například náhlá přecitlivělost na nějaký vjem. Charakter drogy je takový, že jedince obrací spíše do jeho vnitřního, iluzorního světa, a tak je sex při intoxikaci LSD převážně zážitkem individuálním, méně už partnerským. Silnější intoxikace obvykle utlumí

chuť na sex a znemožní – i díky fyzickým projevům, jako je nevolnost, pocení, slabost – praktické provedení.

2.3.2.5. Kokain

Jedná se o stimulační drogu s velmi dlouhou historií. Tradičně probíhá intoxikace prostřednictvím žvýkání listů jihoamerické rostliny *Erythroxylon coca* (kokainovník pravý). Průmyslově vyráběný kokain je hydrochloridem získávaným z listů této rostliny. Aplikuje se většinou šňupáním, méně častá je intravenózní aplikace. Existuje také forma volné báze, nazývaná crack, užívaná většinou kouřením. Crack je u nás málo užívaný, v západních zemích je známý především problematickým průběhem abúzu (agresivita, propojení s kriminalitou, prostitucí).

Intoxikace kokainem se projevuje veselostí, družností, přebytkem energie, zvýšeným výkonem. Stav připomíná hypománii. Dostavuje se euforie, nápadné jsou poruchy chování, mizí zábrany. Dlouhodobé užívání se děje typicky v několikadenních tazích, chronická otrava vede k velmi výraznému vzestupu tolerance k droze, především k jejím euforizujícím účinkům. Objevují se stavy úzkosti, panické ataky, běžné jsou psychotické epizody paranoidního charakteru (toxické psychózy). Typické bývají tělové halucinace.

⇒ **Pozitivní vliv na sexualitu:** Kokain rozvolňuje zábrany a usnadňuje navazování sexuálních vztahů. V menších dávkách obvykle zvyšuje sexuální apetenci obou pohlaví, usnadňuje erekci a zintenzivňuje prožitek orgasmu. Dodává také energii pro déle trvající sexuální aktivitu.

⇒ **Negativní vliv na sexualitu:** Vystupňovaný sexuální pud může vést u žen až k hypersexuálnímu chování. Pod vlivem kokainu přistupují ženy i muži také častěji k rizikovějšímu chování (nedodržení zásad bezpečného sexu, mimopartnerský sex apod.) a netradičním praktikám (skupinový sex, výměna partnerů apod.). Ve větších dávkách může kokain stále ještě vyvolávat zvýšenou chuť na sex, ale snižovat reálné schopnosti, a to především u mužů. Většinou u nich pod vlivem kokainu dochází k problémům s erekcí a orgasmem. Kokain je vysoce rizikovou drogou během těhotenství, což vychází z jeho příslušnosti do skupiny stimulancií. Objevují se velmi podobné komplikace jako u pervitinu (viz dále).

V západních zemích, především USA a Velké Británii, je intenzivně sledován vliv užívání cracku na sexuální chování. Opakovaně se ukazuje vysoká rizikovitost této drogy vzhledem k přenosu HIV a STD. Také se potvrzuje výrazné propojení uživatelů cracku s oblastí prostituce, kde často pod vlivem této drogy dochází i k násilné trestné činnosti se sexuálním obsahem.

2.3.2.6. Pervitin

Podrobné informace o metamfetaminu jsou obsahem kapitoly 2.1.3.

⇒ **Pozitivní vliv na sexualitu:** Jak již bylo uvedeno, pervitin zvyšuje koncentraci dopaminu a noradrenalinu. Tyto neurotransmitery patří mimo jiné také k centrálním mediátorům sexuálního vzrušení. Metamfetamin tedy, stejně jako amfetamin, zvyšuje touhu po sexu. Stimulanty obecně prodlužují dobu trvání sexuálního styku, dodávají energii k většímu výkonu a oddalují orgasmus. V souvislosti se stimulanty se u uživatelů také často objevuje zvýšená sexuální kreativita spojená se širokým spektrem sexuálních praktik, často i netradičních nebo považovaných za nepřijatelné, jako jsou například skupinový sex, sado-masochistické praktiky apod. Intoxikace pervitinem nebo jinými stimulanty snižuje zábrany a rozvolňuje hranice. Ve výpovědích uživatelů se často objevuje tvrzení, že užívají nebo užívali pervitin na povzbuzení odvahy, aby se seznámili za účelem sexuálního styku.

⇒ **Negativní vliv na sexualitu:** Pro uživatele pervitinu bývá někdy těžké dosáhnout uspokojení zvýšené sexuální apetence. Myšlenka na sex se při intoxikaci často stává vtíravou a neodbytnou, dokud není dosaženo orgasmu jakýmkoli způsobem. Velmi nepříjemná se může z toho důvodu stát intoxikace především pro toho, kdo nemá možnost kýženého sexuálního vybití. To se stává hlavně dlouhodobým uživatelům, zvláště pokud se dostanou na okraj společnosti.

Výzkumy ukazují, že uživatelé pervitinu obou pohlaví mají větší sklon k občasným homosexuálním stykům a poměrně vysoké procento se považuje za bisexuály. Spolu s praktikami jako je skupinový nebo anální sex, větší promiskuitou a delším trvání koitu tvoří tento fakt výsledný obraz pervitinu jako jedné z nejrizikovějších omamných látek z hlediska přenosu HIV a STD.

Dlouhodobí uživatelé pervitinu uvádějí, že se u nich touha po sexu časem snižuje. Příčinou bude zřejmě i celková únava organismu a neuspokojivé socioekonomické zázemí pro aktivní pohlavní život. Amfetaminy způsobují u mužů problémy s erekcí, kvůli kterým je pak často jednodušší masturbace než partnerský sexuální styk. Pod vlivem pervitinu bývá oslabena i schopnost dosáhnout orgasmu a ejakulace. Pohlavní úd muže bývá méně citlivý. Zatímco příležitostné užití stimulantů může dočasně podpořit některé složky mužské sexuální aktivity, chronické užívání těchto látek často vede k sexuálním dysfunkcím.

Ženami bývá pozitivní efekt pervitinu na výkonnost méně oceňován, vzhledem k tomu, že je pro ně často důležitější emocionální složka sexuální aktivity než fyzický výkon.

Ta je však pervitinem naopak utlumována. Sex se s ním stává víc sportem než společným zážitkem. Ženy obvykle uvádí absenci prožitku blízkosti s partnerem (účastník jedné internetové diskuse popsal sex na pervitinu následovně: „Sex na tom je jak báseň, dlouhá, ale nic se nerýmuje.“). Vinou dlouhého trvání koitu po užití pervitinu trpí také ženy často mechanickým poraněním pohlavních orgánů, vaginálními mykózami apod. Nezřídka se též stává, že nesouhlasí s některými praktikami, vyžadovanými partnerem, a pod vlivem drogy jsou k nim nuceny. Výskyt znásilnění v anamnéze uživatelů pervitinu je velmi vysoký.

Pervitin je často užívanou psychoaktivní látkou v prostředí prostituce. Navozuje pocit sebejistoty, dodává energii, zvyšuje sexuální apetenci, usnadňuje komunikaci a mírní zábrany.

Velkým rizikem je pervitin pro těhotné ženy. Ohrožuje vývoj plodu životním stylem matky-uživatelky, špatnou výživou, stresem a v neposlední řadě působením samotné drogy na plod, kdy dochází k velkým výkyvům v aktivitě organismu, krevním tlaku, k hypoxii plodu. Následky užívání pervitinu bývají velmi vážné, ve zvýšené míře dochází k předčasnému porodu a k syndromu náhlého úmrtí novorozence.

2.3.2.7. Heroin

Jedná se o nejznámějšího zástupce skupiny opiátů, chemicky diacetylmorfin. Vyrábí se z morfinu nebo přímo z opia (získávaného z rostlin máku setého). Na českém trhu se častěji vyskytuje slabší hnědý heroin, užívaný kouřením z aluminiové folie nebo injekčně. Méně často pak heroin bílý, určený k intravenóznímu užití nebo šňupání.

Účinky heroinu jsou především v první fázi po aplikaci silnější než je tomu u morfia nebo metadonu (opiat užívaný k substituci při heroinové závislosti). V první fázi přichází silný „orgastický“ pocit. Poté převládá sedace a příjemná euforie, která více než jiné účinky podléhá zvyšující se toleranci. Opiáty ale mohou také vyvolat dysforii. Při opakovaném užití se velmi rychle vytváří fyzická i psychická závislost. Psychická závislost se vyznačuje ztrátou kontroly nad užíváním a cravingem. Při dlouhodobém abúzu je nejvíce postižena oblast charakterových vlastností, intelekt bývá nepostižen. Závislý je líný, bez vůle, může být depresivní, pravidlem bývají děsivé pseudohalucinace při usínání. Častá bývá nespavost, únava a podrážděnost, střídající se s apatií. Pravidelní dlouhodobí uživatelé si aplikují v jedné dávce množství drogy, které je mnohonásobkem smrtelné dávky pro prvouživatele.

⇒ **Pozitivní vliv na sexualitu:** Všechny změny, které probíhají pod vlivem heroinu a dalších opiátů (s výjimkou opioidních antagonistů naloxonu a naltrexonu) v oblasti sexuality, se řadí mezi vlivy negativní. Za určitých podmínek by snad jedině mohlo být výhodou oddálení vyvrcholení u obou pohlaví, které opiáty způsobují.

⇒ **Negativní vliv na sexualitu:** Heroin a jemu podobné opiáty signifikantně snižují u mužů sekreci testosteronu, prodlužují dobu potřebnou k ejakulaci, snižují frekvenci erekce a ejakulace a celkově frekvenci sexuálních aktivit. Dochází ke ztrátě libida u mužů i u žen. U těch způsobuje heroin slabší vaginální lubrikaci a anorgasmii. Uživatelé heroinu mají často nechut' k sexuálním aktivitám, nezájem o ně. Někdy uvádí, že zážitek na heroinu je mnohem lepší než zážitky dosažitelné při sexu, jindy je to způsobeno opakovanými neúspěšnými pokusy o pohlavní styk. Životní styl uživatele heroinu je navíc velmi náročný. Mnoho závislých dělí v podstatě všechny svůj čas mezi shánění peněz na drogy, shánění drogy a její užívání. Z toho první dvě činnosti mají jednoznačně časovou převahu a jsou velmi vyčerpávající, jak po fyzické tak po psychické stránce. Proto je pak veškerý zbylý čas využit na odpočinek a příjemné pocity spojené s aplikací a účinky drogy. Přitom heroin – na rozdíl např. od pervitinu nebo jiných stimulačních drog – nijak nepodporuje sexuální apetenci, spíše naopak. Jedinec, který si aplikoval heroin, se nejčastěji uzavře sám do sebe a svého vnitřního prožívání a nemá velkou potřebu interakce s okolím ani fyzické blízkosti někoho jiného. O tlumivém efektu heroinu na sexuální apetenci a potenci svědčí i fakt, že uživatelé, kteří si ve výzkumech stěžovali na tyto potíže během aktivního užívání heroinu, uvádějí rychlé zlepšení jakmile se závislosti zbaví. Dochází k rychlému úbytku sexuálních dysfunkcí a k nárůstu apetence.

Při dlouhodobém užívání dochází k nepravidelnostem v menstruačním cyklu, někdy vedoucím až k úplné ztrátě menstruace, k vzestupu napětí dělohy, k poklesu motility řasinkového epitelu ve vejcovodech, a tím ke sterilitě.

I přesto, jak působí heroin na sexualitu, je v našem prostředí často drogou spojenou s prostitucí. Vysoké náklady na udržování potřebné - a většinou stále se zvyšující – dávky dovedou značné množství především žen-uživatelek k poskytování sexu za úplatu. Uživatelé heroinu jsou vysoce rizikovou skupinou z hlediska přenosu závažných infekčních onemocnění. Mívají často nechráněný sexuální styk, náhodné sexuální kontakty apod.

V neposlední řadě je heroin velkou komplikací pro těhotné ženy, a to především díky celkovému životnímu stylu, kolísající dodávce a kvalitě drogy (obzvláště nebezpečné jsou pro plod abstinenční příznaky matky), nevyhovujícím partnerským a rodinným vztahům a společenskému statutu matky-narkomanky. Dítě je po porodu vystaveno silnému abstinenčnímu syndromu, který vyžaduje lékařskou péči.

Účinky dalších opiátů jsou velmi podobné, i když - stejně jako je průběh intoxikace méně dramatický - jsou i jejich následky méně dramatické.

2.3.2.8. Subutex

Podrobné informace o buprenorfinu (Subutexu) jsou obsahem kapitoly 2.1.4. Většina účinků této látky je velmi podobná heroinu, jen se vyznačují menší intenzitou.

⇒ **Pozitivní vliv na sexualitu:** Ani Subutex nemá sám o sobě příliš mnoho pozitivních dopadů na sexualitu. Nicméně pokud je užíván jako substituce za heroin, dochází k výraznému zlepšení. Některé potíže mizí úplně, některé se zmírňují. Začátek užívání Subutexu je obvykle spojen se zvýšeným zájmem o sexuální prožitky. Podílí se na tom nižší účinek látky i větší stabilizace v partnerství, sociálních a ekonomických záležitostech. U žen dochází k obnovení menstruačního cyklu. Jedinec, který by začal užívat Subutex jako svůj první opiát může být ale nepříjemně překvapen právě útlumem pohlavního života.

⇒ **Negativní vliv na sexualitu:** Ve slabší formě se u uživatelů Subutexu vyskytují stejné problémy jako u heroinu. Muži, kteří užívají Subutex, mívají nejčastěji problémy s erekcí a sníženou apetencí. Ve srovnání s heroinem i substituční látkou metadonem přichází ale obvykle výrazné zlepšení. U žen užívání Subutexu obvykle nevede k potlačení ovulace, jako je tomu často při pravidelném užívání heroinu. Mnoho uživatelů je pak překvapeno těhotenstvím. Je proto dobré současně s nasazením Subutexu zvažovat i vhodnou antikoncepci a především dostatečně uživatelku informovat. O dopadech užívání Subutexu v těhotenství jsme se již zmiňovali. Jde samozřejmě o riziko, nicméně v porovnání s nelegálními opiáty podstatně menší.

Zatím není mnoho známo o efektu Suboxonu na oblast sexuality. Z dostupných výzkumů ale vyplývá, že naloxon znovu zvyšuje sexuální aktivitu, kterou tlumí ostatní opiáty. Dá se tedy předpokládat, že tento preparát bude ještě méně tlumivý než Subutex.

2.3.2.9. Benzodiazepiny

Benzodiazepiny představují jedny z nejčastěji užívaných a také zneužívaných psychofarmak. Obvykle jsou předepisovány jako hypnotika, sedativa nebo anxiolytika. Mezi uživateli nelegálních látek jsou zneužívány většinou v kombinaci s alkoholem nebo nelegálními substancemi (hlavně heroinem). Tato kombinace (zvláště ve vysokých dávkách, které jsou v takových případech běžné) může být životu nebezpečná.

Benzodiazepiny (Rohypnol, Nitrazepam, Diazepam, Rivotril...) způsobují útlum CNS, ovlivňují prožívání emocí, proces učení. Způsobují celkovou sedaci. Při dlouhodobém a intenzivním užívání se dostavuje chronická únava a ospalost, zmatenost, narušení krátkodobé paměti, ztráta motivace ke změně. Závislost na benzodiazepinech se vytváří poměrně záhy a uživatelé se jí zbavují složitě. Abstinenční příznaky mohou být velmi vážné,

v extrémních případech i smrtelné, proto by detoxifikace vždy měla probíhat pod lékařským dohledem. Příznaky se podobají průběhu detoxifikace od heroinu. Psychická závislost bývá také poměrně silná.

⇒ **Pozitivní vliv na sexualitu:** Stejně jako u opiátů, jsou pozitivní následky zneužívání benzodiazepinů ojedinělé.

⇒ **Negativní vliv na sexualitu:** Pokud jsou benzodiazepiny užívány nadměrně a bez konzultací s lékařem, mohou se ve větší míře objevit nepříjemné dopady na sexualitu (mnohé výzkumy ukazují, že vliv na sexualitu je závislý do značné míry na výši dávek, v rámci snížení úzkosti může být efekt pozitivní). Především jde o sníženou apetenci, poruchy erekce i ejakulace u mužů a sníženou schopnost dosažení orgasmu.

Benzodiazepiny jsou velmi nebezpečné pro nenarozený plod. Mohou způsobit trvalé a vážné poškození, nejčastěji byly popsány anomálie kraniofaciální oblasti. Po porodu způsobují abstinenční syndrom. Benzodiazepiny přecházejí také do mateřského mléka a mohou u dětí způsobit velké zatížení jater.

2.3.2.10. Poppers

Poppers je populární název pro různé alkyl nitrity (včetně isobutyl nitritu, butyl nitritu a amylnitritu), původně určené k chemickému čištění některých materiálů. Jako inhalační přípravky jsou prodávány v sex shopech a vyhledávány pro své krátkodobé afrodiziakální účinky.

Poppers se užívají čicháním výparů přímo z lahvičky, účinek se dostavuje během pár sekund a obvykle trvá jen 1-2 minuty. Způsobují různé stavy jako euforii, sexuální touhu, malátnost, omámenost, bolesti hlavy. Jejich užívání představuje zvýšené riziko pro jedince s oslabeným imunitním systémem, pro trpící chudokrevností, rovněž pro těhotné a zejména pro jedince, kteří mají ictus v anamnéze.

⇒ **Pozitivní vliv na sexualitu:** Poppers zvyšují apetenci, i když jen krátkodobě. Zapříčiňují také uvolnění hladkého svalstva bohatého na krev (konečník, vagína), proto jsou používány zejména při homosexuálních kontaktech, pro usnadnění análního styku.

⇒ **Negativní vliv na sexualitu:** Účinek těchto látek velmi rychle vyprchá. Poppers ovlivňují úsudek, proto je vhodné při souloži nasadit kondom ještě před jejich užitím. Mají i svá zdravotní rizika. Poppers způsobují prudké snížení krevního tlaku a zvýšení tepové frekvence, je tedy nebezpečné kombinovat je se stimulanty nebo s inhibitory fosfodiesterázy. Takové dvojí povzbuzení může lehce končit i smrtí.

2.3.3. Sexuologická témata v systému léčby závislostí na nelegálních návykových látkách

Sexuologická péče nebo vůbec nastolení sexuologických témat v prevenci a léčbě užívání drog je u nás teprve v počátcích. Různí autoři opakovaně poukazují na propojení tematiky sexuality a zneužívání psychoaktivních látek (ať už je to či ono na místě příčiny nebo následku, nebo jde obojí ruku v ruce). Zatím však nebyla tomuto tématu věnována systematická pozornost a neexistuje ani propracovaná metodika, jak s tématem sexuality zacházet. Spíše nekoordinovaně a z potřeby jednotlivých pracovišť se u nás pomalu začleňují do programů části, které se sexualitou závislých zabývají. Některé z nich zde uvádíme pro ilustraci. Jde o aktivity, o kterých je možné se dozvědět spíše ústní cestou, proto seznam jistě nebude zdaleka vyčerpávající. Nakonec popíšeme na základě vlastních profesních zkušeností, jak se dá s tématem sexuality pracovat v dlouhodobé pobytové léčbě v rámci terapeutické komunity.

V rámci preventivních programů se někdy adolescenti dozvídají o vlivu některých drog na sexualitu a především o nebezpečí sexuálně motivovaných útoků a násilí za použití drog a pod vlivem alkoholu. Toto téma by mělo být do prevence zneužívání návykových látek rozhodně zahrnuto, už jen z toho důvodu, že velké procento prvních sexuálních styků mladistvých probíhá pod vlivem alkoholu.

V rámci nízkoprahových programů (terénní programy, kontaktní centra) probíhá práce se sexuologickými tématy spíše individuálně. Vychází to z podoby programu, kdy není možné utvořit stabilní skupinu, natož takovou, kde by všichni byli schopni skupinové práce. Témata v individuální práci se týkají nejpalčivějších problémů a aktuálních potřeb, tedy především jde o pohlavně přenosné choroby, jejich prevenci a léčbu, znásilnění, nechtěné těhotenství, prostituci (často nedobrovolnou), násilí ve vztazích. Vzhledem ke stavu klientů, který je vždy závislý na momentální míře intoxikace, finanční a sociální situaci a přísunu drog, a k jejich omezené spolehlivosti, není možné obvykle pracovat na tématech kontinuálně. Pomoc má proto především povahu krizové intervence a jednorázového poradenství. V ideálním případě se podaří klienta odeslat do zařízení, které je na problém specializováno (venerologie, infekční oddělení, gynekologie, Bílý kruh bezpečí, Rozkoš bez rizika...) nebo nasměrovat do léčebného zařízení, kde jsou pak příhodnější podmínky na řešení situace.

Pro poměrně stabilizované uživatele s bezpečným zázemím je vhodnou formou léčby denní stacionář. Jedná se obvykle o několikaměsíční léčebný program s denní docházkou (kromě víkendů), pracující především skupinově. Během této léčby se často objeví podobná

závažná témata jako při krizové intervenci v nízkoprahových zařízeních. Navíc jsou klienti natolik stabilizovaní, že je možné nabídnout i témata méně závažná, ale také důležitá, jako je například výskyt a řešení sexuálních dysfunkcí, možnosti antikoncepce, spokojenost v sexuálním životě a jak ji lépe dosáhnout, diskuzi o tom, co je v sexu „normální“ apod. Zkušenosti z práce na těchto tématech při tzv. školičkách v Denním stacionáři SANANIM v Praze shrnují ve svém článku Jonášová a Preslová (2008). Témata týkající se sexu se často objevují také na ženských nebo oddělených skupinách.

Při střednědobé pobytové léčbě, která probíhá na specializovaných odděleních psychiatrických léčeben nebo nemocnic a trvá obvykle 3-6 měsíců, probíhá práce na tématech spojených se sexem obdobně jako ve stacionáři, tedy především na skupinách. Nevýhodou oproti stacionáři bývá menší počet hodin skupinové terapie v týdenním programu (na některá témata tudíž nezbývá čas), zaměření programu spíše režimově a větší fluktuace pacientů, která neumožňuje vytvoření bezpečného prostředí pro choulostivá témata. Výhodou i nevýhodou zároveň může být oddělená léčba mužů a žen na samostatných odděleních. Homogenní skupina zbavuje mnohé pacienty studu, dává jim možnost o některých choulostivých tématech mluvit. V čistě ženské skupině je tak možné snáze mluvit o zneužívání, znásilnění nebo prostituci, v mužské skupině zase o strachu ze selhání v sexu po léčbě, o dysfunkcích, pokud je skupina v dobré kondici, pak i o zneužívání či sexuální agresii. Na druhou stranu soužití s pacienty druhého pohlaví připomíná mužům i ženám jejich sexualitu a nedovoluje jim jejich problémy odsunout. Součástí léčby jsou v lepších případech také vzdělávací bloky, kde bývá téma sexuality zařazeno, bohužel však málokdy v dostatečné míře.

V rámci léčby v terapeutické komunitě, která probíhá obvykle 10-12 měsíců (s výjimkou mladistvých) jsou podmínky pro práci s tématy sexu a sexuality teoreticky nejprůzračnější. V týdenním rozvrhu je zahrnutý dostatečný počet hodin skupinové terapie, některé programy (oddělené skupiny, tematické skupiny, vzdělávání, prevence relapsu ad.) jsou pro toto téma obzvlášť vhodné. Z vlastní zkušenosti z práce v Terapeutické komunitě SANANIM Němčice, která je určena pro dlouhodobé problémové uživatele nelegálních návykových látek, a kde průměrný věk klientů je obvykle kolem 30 let, vnímáme stoupající zájem terapeutů i klientů o práci na sexuologických tématech.

Ještě před několika lety v této komunitě probíhaly s nepravidelností ženské skupiny, které klientky často využívaly především k práci s traumatickými zážitky z minulosti a problematickými vztahy k mužům. Muži vlastní skupinu neměli. Koncept jsme změnili ze ženských skupin na oddělené, které probíhají paralelně, každá skupina s jedním terapeutem,

který nemusí být nutně příslušného pohlaví (přítomnost terapeuta opačného pohlaví dokáže vyvolat velkou dynamiku a zároveň může být jeho pohled přínosem). K našemu překvapení jsou mnohdy mužské skupiny náročnější a přínosnější co do obsahu, skupinové dynamiky i projevovaných emocí. Často bývá tématem velká obava ze sexu bez drog, ze selhání, z neuspokojení partnerky, navazování sexuálních vztahů vůbec. Objevují se také výčitky z minulosti – z násilí používaného vůči partnerkám, z organizování prostituce. Mnoho klientů má samo traumatickou zkušenost se sexuálním zneužíváním v dětství nebo znásilněním v dospělosti (obvykle v prostředí vězení). To všechno jsou témata, která jsou pro muže obtížně vyslovitelná ve smíšené skupině. Nejdůležitější předpokladem pro otevření takových témat je bezpečí ve skupině. Například práce s traumatem ze znásilnění je možná jedině tehdy, pokud má jedinec velkou důvěru ve skupinu a v terapeuta. Úroveň bezpečí ve skupině a její kvalita se do velké míry pozná právě z toho, že jsou schopni o znásilnění mluvit i muži. Bývá to jedno z posledních nezveřejněných témat. Ženy se zabývají obdobnými tématy, jako v jiných typech léčby. Oproti mužům obvykle nepřipouští strach ze sexu bez drog. Na přímou otázku se ale většinou rozvine zajímavá diskuse. Velkým tématem je pro ně mateřství, potraty, prostituce, sex za drogy. Z hlediska terapeutů bývá velmi nenáročná především práce s násilím v partnerských a sexuálních vztazích, včetně psychického teroru. V tomto ohledu se totiž obvykle nejvíce odlišuje pojetí „normality“ naše a klientů (překvapivě hlavně klientek). Obecně by se dalo říci, že skupina je schopná otevřeně mluvit jen o takových tématech, vůči kterým je otevřený přítomný terapeut. Práce se sexuologickými tématy klade na terapeuty velké nároky a mnohdy se dotýká jejich nejosobnějších prožitků.

Práce na výše popsaných tématech je dobře možná také proto, že skupina je relativně ustálená (polootvřená, příjem nových klientů probíhá regulovaně a v intervalech) a oproti léčebným oddělením PL relativně malá (obvykle okolo 15 mužů i žen celkem). Málokdy se stane, že je jedinec se svým problémem ve skupině osamocený. Nějaký druh sexuálního násilí bohužel zažila většina klientů. Velmi cenné je i spojení obětí a násilníků v jedné skupině (často i v jedné osobě). Taková skupina musí být vedena s velkou opatrností, ale o to větší mohou být přínosy pro obě strany. V případě potřeby pracujeme se sexuologickými tématy a traumaty individuálně, přičemž skupina je vždy stručně o průběhu informována. Jen výjimečně se stane, že jedinec téma nakonec na skupině úplně nezveřejní. V poslední době se nám daří pracovat také s deviacemi, které se u některých klientů komunity objevují (za úspěch je možné považovat i to, že je takový klient bez větších obav zveřejní). Základ práce vždy spočívá v odeslání k odborníkovi (v našem případě spolupracujeme se Sexuologickým ústavem VFN), ve skupině dostává jedinec nezbytnou podporu a přijetí.

V posledním roce jsme zařadili do vzdělávání pravidelné bloky o lepším prožívání sexu bez drog, o možných metodách, jak dosáhnout větší spokojenosti, jak lépe uspokojit partnerku/partnera apod. V tomto ohledu jsou klienti často úplní začátečníci a informace mohou podstatně snížit jejich úzkost, pocit neschopnosti a strach ze selhání, které by mohly znovu vést k relapsu na alkoholu nebo droze.

Specifickým problémem je práce se závislými příslušníky sexuálních menšin. V některých státech oproti nám praxe značně pokročila. V USA například probíhají kurzy pro poradce v oblasti závislostí, zaměřené na práci s gay, lesbickou, bisexuální a transsexuální klientelou. Propagátorky těchto kurzů a zároveň autorky knih se stejnou tematikou Dana Finnegan a Emily McNally (2002) již od 80. let upozorňují na specifická témata, která mají v terapii lidí s odlišnou sexuální orientací své důležité místo. Takoví uživatelé jsou obvykle diskriminováni ze dvou stran – komunita lidí se stejnou sexuální orientací je může odsuzovat kvůli jejich užívání drog, uživatelé zase za odlišnou sexuální orientaci. Ze strany širokého okolí bývají výhrady vůči obojímu. U bisexuálně orientovaných osob se často vyskytuje diskriminace jak ze strany heterosexuálů, tak ze strany homosexuálů, a to kvůli nevyhraněnosti a sexuálním aktivitám s oběma pohlavími. Při terapeutické práci s nimi je především nutné, aby si terapeut uvědomil a přijal své vlastní názory a postoje vůči sexuálním menšinám. Teprve pak může klientovi pomoci s přijetím a vyrovnáním se s odlišnou sexuální orientací. V léčebném programu je také třeba počítat s postoji jednotlivců ve skupině a vést skupinu k toleranci. Z našich empirických zkušeností vyplývá, že heterogenní léčebná skupina v terapeutické komunitě je schopná se vyrovnat podstatně lépe s přítomností lesbických klientek než homosexuálních klientů. Jedním z důvodů, proč jsou homosexuálové obtížně skupinou přijímáni může být charakter komunity jako mužského prostředí, kde je převaha mužů, oceňuje se výkon, sebepřekonávání, přímost v komunikaci. Homosexuálně orientovaní muži tyto charakteristiky tradičně nemívají. Negativní náladu také často rozdmýchávají klienti, kteří byli někdy homosexuálně zneužiti, znásilněni a nepokrytě dávají najevo svoji homofobii. Ženy jsou v tomto ohledu tradičně tolerantnější, homosexuály chrání a lesbičky jim nevadí (mnohé ženy mají k mužům negativní vztah a samy měly často období lesbických vztahů). Bisexualita je pro klienty komunity spíše teoretickým pojmem, obvykle se snaží tlačit jedince k tomu, aby se ustálil na jednom pólu. Přitom naprostá většina žen má zkušenosti se sexem se ženou a mezi muži homosexuální kontakty také rozhodně nejsou výjimkou.

Tolik tedy stručně některé zkušenosti z práce se závislými na tématech sexuality. V rámci diskuse se ještě vrátíme k úvahám, kam by tato péče mohla dále pokročit.

3. Výzkumná část

Ve této části představíme výzkum, který se zabývá problematikou sexuality uživatelů pervitinu a buprenorfinu. Nejprve vymezíme problém a cíle výzkumu, dále stanovíme hypotézy, které vychází ze studia literatury a dosavadních studií, zkušeností z poradenské a terapeutické praxe s uživateli nelegálních návykových látek a výsledků pilotního dotazníkového šetření v malé skupině mužů-uživatelů. Popíšeme metody získávání a zpracování dat, zabývat se budeme také etickými problémy, které se při realizaci výzkumu vyskytly, nebo kterým jsme se snažili předejít. Následuje krátká charakteristika výzkumného souboru a tématicky řazené výsledky. V další kapitole porovnáme některé výstupy s výsledky výzkumu sexuálního chování u české populace, provedeného v roce 2008 Weissem a Zvěřinou. Účelem této kapitoly je především zjistit, zda a do jaké míry se v jednotlivých charakteristikách sexuálního chování a prožívání liší problémoví uživatelé návykových látek od „průměrného“ Čecha nebo Češky. V závěru se budeme v diskusi zabývat některými souvislostmi zjištěných poznatků, jejich porovnáním s obdobnými výzkumy z domova i zahraničí, možnými vysvětleními a interpretacemi. Také upozorníme na limity a nedostatky zde prezentovaného výzkumu a jeho možné další využití.

3.1. Výzkumný problém a cíle výzkumu

Základním cílem zde prezentovaného výzkumu je zmapovat některé oblasti sexuálního chování uživatelů návykových látek, konkrétně pervitinu a buprenorfinu (Subutexu). Dále porovnat mezi sebou tyto dvě skupiny a zjistit tak, zda má druh užívané látky – amfetamin nebo opiooid – odlišný vliv na sexualitu uživatelů.

Při přípravě výzkumu a výběru otázek pro dotazníkové šetření jsme vycházeli především ze dvou modelů závislosti a užívání drog dle Kaliny (2003a), o kterých pojednává podrobněji kapitola 2.1.2: bio-psycho-sociálního modelu a modelu veřejného zdraví. Vycházíme z předpokladu, že také oblast sexuality je důležitou složkou existence jedince a může ovlivňovat jak vznik tak podobu jeho užívání drog a závislosti. Zároveň – v souladu s bio-psycho-sociálním modelem – jsou interakce všech složek systému vzájemné a vyvíjí se, včetně právě sexuality. V našem výzkumu jsme se tedy zaměřili na vývoj sexuality v souvislosti s užíváním drog a zároveň na některé aspekty sexuálního života v anamnéze respondentů, které mohly přispět k rozvoji nebo udržení abúzu a závislosti. Vzhledem k tomu, že problémoví uživatelé drog jsou z hlediska zdravotního považováni za velmi rizikovou skupinu sexuálně aktivních osob, je bezpochyby na místě i přístup ochrany veřejného zdraví (public health). V dotazníkovém šetření ho reprezentují otázky, související s bezpečností sexuálního života.

Okruh otázek v našem výzkumu není ani zdaleka vyčerpávající a nezahrnuje všechna možná témata, nicméně z hlediska únosnosti pro respondenty a vzhledem k jejich charakteristice (aktivní uživatelé drog) byl z našeho pohledu maximální možný:

- a) Spokojenost se sexuálním životem a subjektivní vnímání jeho změny v důsledku pravidelného užívání drog
- b) Okolnosti prvního sexuálního styku – věk, užívání drogy ad.
- c) Počet stálých a náhodných partnerů
- d) Potřeba sexuálního uspokojení a její změna v souvislosti s užíváním drog
- e) Subjektivní vnímání doby trvání sexuálního styku
- f) Používání ochrany v současnosti i minulosti
- g) Sexuální obtíže a poruchy
- h) Sexuální kontakt s osobami nabízejícími komerční sex
- i) Provozování komerčního sexu

- j) Sexuální styk se stejným pohlavím a sexuální orientace
- k) Prodělané pohlavně přenosné nemoci a prevence jejich přenosu
- l) Výskyt zneužití a znásilnění v anamnéze

Některé výsledky výzkumu jsme porovnali také s výsledky reprezentativní studie sexuálního chování obyvatel České republiky, provedené v roce 2008, která je již 4. pokračováním tohoto výzkumu (sběr dat probíhal před tím v letech 1993, 1998 a 2003). Část otázek pokládaných uživatelům drog je určena a vhodná právě jen pro tuto populaci. Dotazovali jsme se však i na údaje, ve kterých je srovnání s reprezentativním vzorkem možné a přínosné.

Na základě analýzy získaných dat pak potvrdíme, nebo vyvrátíme předem stanovené hypotézy o sexualitě uživatelů pervitinu a Subutexu.

3.2. Hypotézy

Na podkladě studia dostupné literatury, dosavadních výsledků vědeckého bádání a vlastních i zprostředkovaných zkušeností z práce s uživateli návykových látek, jsme stanovili následující hypotézy (některé hypotézy nemají charakter statistických hypotéz, jsou to spíše očekávání a úvahy o možných výsledcích výzkumu, především pokud se jedná o srovnání s českou populací):

H1: Uživatelé buprenorfinu jsou méně spokojeni se svým sexuálním životem než uživatelé pervitinu, mají menší potřebu sexuálního uspokojení a častěji trpí sexuálními obtížemi (snížená apetence, poruchy erekce u mužů, poruchy sexuálního vzrušení u žen, dysfunkční orgasmus apod.).

H2: Uživatelé pervitinu vykazují projevy rizikového sexuálního chování (počet sexuálních partnerů, zkušenost s poskytováním placených sexuálních služeb, využití placených sexuálních služeb, neúčinná ochrana proti přenosu STD ad.) častěji než uživatelé buprenorfinu.

H3: Ve srovnání s reprezentativním vzorkem české populace jsou uživatelé návykových látek rizikovější skupinou co do počtu partnerů, zkušenosti s poskytováním placených sexuálních služeb, využití placených sexuálních služeb, výskytu pohlavně přenosných nemocí.

H4: Ženy užívající návykové látky prožily během svého života v porovnání s reprezentativním vzorkem české populace žen častěji zneužívání a znásilnění.

3.3. Metodologický rámec výzkumu

3.3.1. Zvolený typ výzkumu

Vzhledem k malé zmapovanosti zkoumané oblasti v literatuře a nedostatku předchozích výzkumů jsme se rozhodli pro kvantitativní typ studie. Tento přístup se podle Miovského (2006) vyznačuje mimo jiné následujícími charakteristikami:

- Zkoumaná realita existuje nezávisle na výzkumníkovi a ten ji procesem výzkumu objevuje.
- Uplatňují se analytické principy indukce a dedukce.
- Výzkum je vysoce strukturován.
- Vztahy a vazby mezi výzkumníkem a zkoumaným subjektem jsou minimální. Výzkumník je nezávislý.
- Výzkum je opakovatelný a totožných výsledků by mělo být možné dosáhnout nezávisle na čase, osobě výzkumníka a místě.

Vzhledem k tomu, že studie na námi zvolené téma (s výjimkou dílčích oblastí) v České republice dosud neproběhla, jde o orientační výzkum, který má za cíl získat vhled do daného problému, zorientovat se v dané oblasti (Ferjenčík, 2000).

3.3.2. Metody získávání dat

Nepodařilo se nám nalézt vhodné standardizované metody, u kterých by byly stanoveny normy pro danou populaci (problematice norem u populace drogově závislých se věnujeme

podrobněji dále). K výzkumu byl použit nestandardizovaný dotazník, sestavený právě pro tyto účely (viz Přílohy 1 a 2). Vycházel původně z dotazníku pro výzkum sexuálního chování české populace, použitý poprvé v roce 2001 (Weiss & Zvěřina, 2001). Byl značně zkrácen a modifikován pro specifické potřeby výzkumu populace drogově závislých osob. V letech 2004 a 2005 proběhl pilotní výzkum na malém vzorku mužů v této populaci (60 respondentů). Na jeho základě byly v dotazníku provedeny další úpravy a byla vytvořena varianta pro ženy. S přihlédnutím k závěrům pilotního výzkumu byly stanoveny hypotézy pro následující výzkum. Oblasti, na které se v dotazníku zaměřujeme, se ukázaly jako klíčové a nosné.

Samotný sběr dat pak probíhal v letech 2007 a 2008 v nízkoprahových kontaktních centrech, jednom substitučním centru a jednom poradenském centru pro klienty v substituci. Oslovili jsme zařízení po celé republice, vybraná z databáze organizací zabývajících se prevencí a léčbou drogových závislostí (<http://www.drogy-info.cz/index.php/map>), a to především podle osobní zkušenosti z předešlé spolupráce.

Zařízení, která souhlasila se spoluprací (3 zařízení nesouhlasila nebo na výzvu nereagovala) a podařilo se jim v rámci svých prostor získat nějaké respondenty k účasti na výzkumu (4 zařízení se spoluprací souhlasila, nicméně nepodařilo se jim ji realizovat, obvykle z kapacitních a personálních důvodů) byla následující (uvádíme název zařízení, název zřizující organizace, místo působení, internetové stránky):

Název zařízení	Organizace	Místo působení	Internetové stránky
Centrum poradenství pro mládež a rodiny	o.s. Prev-Centrum	Praha	www.prevcentrum.cz/CPMR
K-centrum	Centrum protidrogové prevence a terapie o.p.s.	Plzeň	www.kcentrum.cz
K-centrum	Centrum sociálních služeb Děčín	Děčín	http://www.cssdecin.cz/kcentrum
K-centrum	Magdaléna o.p.s.	Benešov	www.magdalena-ops.cz
Kontaktní centrum Stage 5	o.s. Progressive	Praha	www.progressive-os.cz/stage-5
Kontaktní centrum	o.s. Prevent	Prachatice	www.os-prevent.cz
Kontaktní centrum	o.s. Sananim	Praha	www.sananim.cz
Kontaktní centrum	o.s. Semiramis	Ml.Boleslav	www.os-semiramis.cz
Krizové a kontaktní centrum	o.s. Prevent	Strakonice	www.os-prevent.cz
Specializované ambulantní služby CADAS	o.s. Sananim	Praha	www.sananim.cz

Ke sběru dat jsme tedy využili záměrného výběru přes instituce, kdy jsou data získávána skrze určitou instituci nebo druh služby, určené pro cílovou skupinu, která nás zajímá (Miovský, 2006). Výběr respondentů pak probíhal v režii zaškolených pracovníků

zařízení podle předem daných kritérií pro základní soubor a s podmínkou dobrovolného souhlasu s účastí na výzkumu. Tato metoda s sebou nese kromě výhod i omezení, o kterých se zmíníme při popisu výzkumného souboru.

Respondentům byly podány stručné informace o účelu výzkumu a o anonymitě dotazníku a ochraně získaných dat, a to jak ústní, tak písemnou formou. Porozumění těmto informacím stvrzovali respondenti podpisem. Dále pak vyplňovali dotazník samostatně. Po dokončení vložili dotazník mezi již vyplněné, případně ho předtím zalepili do obálky.

3.3.3. Metody zpracování a analýzy dat

Pro statistické zpracování výzkumu jsme použili statistického programu SPSS. Výběrový soubor není reprezentativní pro zvolenou populaci drogově závislých, byl vybrán prostřednictvím nepravděpodobnostních metod. Výsledky tedy vypovídají jen v omezené míře o tom, jaké rozložení proměnných bychom mohli najít v základním souboru. Tomu jsme přizpůsobili zvolené metody zpracování dat:

- Nástroje popisné statistiky, především aritmetický průměr, medián, modus, směrodatná odchylka, četnost, kumulativní četnost ad.
- Nástroje zjišťující případný výskyt a míru závislosti a dále asociace nebo korelace mezi proměnnými: kontingenční tabulky, chí-kvadrát test nezávislosti proměnných, příslušné koeficienty korelace (Cramer's V pro dvě nominální proměnné nebo jednu nominální a jednu ordinální proměnnou, Phi koeficient pro tyto případy a tabulku 2x2, koeficient Eta pro nominální nezávislou proměnnou a intervalovou závislou proměnnou).
- Neparametrický Mann-Whitney test pro dva nezávislé průměry.

3.3.4. Etické problémy a způsob jejich řešení

Během naší práce na výzkumu jsme dbali na to, aby byla dodržena základní pravidla etiky výzkumu, tak jak je uvádí Ferjenčík (2000) na podkladě etických principů Americké psychologické asociace (APA). Čtyři základní okruhy problémů jsou podle něj následující:

- Respekt a ohled vůči účastníkům výzkumu.
- Právo na informace.

- Právo na soukromí a ochranu informací o účastnících výzkumu.
- Právo odstoupit od výzkumu.

Z povahy sbíraných dat a sledované populace vyplývá, že během výzkumné práce bylo třeba řešit řadu etických otázek. Především se jednalo o to, jak získat co nejvěrohodnější data a současně zachovat anonymitu respondentů. Ta je garantována i samotnými nízkoprahovými zařízeními. Anonymita v rámci našeho výzkumu spočívala nejen v tom, že respondenti neuváděli své jméno ani jiné identifikační údaje, ale v záruce, že jimi vyplněný dotazník nebude identifikovatelný s jejich osobou. Zvolili jsme proto cestu přísně anonymního dotazníku s informovaným souhlasem o účelu studie. Potenciální respondenti byli nejprve stručně seznámeni s výzkumem ústně pracovníkem zařízení. Ten jim sdělil pouze nabídku zúčastnit se a základní podmínky (užívání jedné ze zkoumaných návykových látek po dobu alespoň jednoho roku pravidelně, tedy minimálně 2-3x měsíčně, a to bez významné kombinace s jinou návykovou látkou). Pokud oslovený klient zařízení souhlasil se svou účastí, byl ujištěn o anonymitě dotazníkového šetření a byly mu předloženy základní informace o výzkumu v psané podobě (viz Příloha 1). Jejich součástí byl i kontakt pro případné dotazy.

Druhou částí titulního listu byl písemný souhlas klienta s účastí na výzkumu, tedy prohlášení, že souhlasí s jím poskytnutými údaji pro účely studie. Jak uvádí Hartnoll (2003), obzvláště výzkum v oblasti užívání nelegálních drog není možné provádět bez informovaného souhlasu, ze kterého je parné, že subjekt rozumí povaze a důsledkům výzkumu. K identifikaci pro potřeby informovaného souhlasu bylo v našem případě postačující zadat iniciály nebo kód klienta nízkoprahového zařízení, což je v těchto zařízeních běžnou praxí, zaručující anonymitu. Kód je tvořen prvními třemi písmeny křestního jména matky a klienta a datem narození klienta. Dále následoval podpis. Titulní strana byla následně od dotazníku oddělena, informace o výzkumu s kontaktem předány klientovi a informovaný souhlas archivován odděleně od dotazníku.

Po vyplnění byl dotazník vložen mezi ostatní, případně předtím ještě zalepen do obálky (to především pokud byl počet respondentů v zařízení nízký; rozhodnutí o postupu bylo ponecháno na respondentovi). V jakékoliv fázi měl respondent možnost od participace na výzkumu bez vysvětlení odstoupit. Dotazníky byly až do odevzdání ke zpracování skladovány na bezpečném, uzamykatelném místě.

Za vyplněný dotazník nebyli klienti nijak finančně ani materiálně odměňováni. Pravděpodobně by se při případné finanční odměně zvýšil počet respondentů, je ale otázkou, jaký dopad by to mělo na kvalitu sebraných dat. Z vlastních zkušeností s výzkumy

v nízkoprahových centrech pro závislé víme, že materiální odměna často způsobuje opakované zapojení jedné osoby do výzkumu (např. v rámci různých zařízení), poskytování nepravdivých údajů (respondent je motivován odměnou, ale současně pravdivá data poskytnout nechce), záměrné zkreslování vstupních parametrů (např. popření současného užívání jiné drogy) apod. Proto jsme se rozhodli k symbolické finanční motivaci pracovníků, kteří na výzkumu spolupracovali a pro které tato studie znamenala při jejich výkonu zaměstnání práci navíc. Touto symbolickou částkou bylo 50,- Kč za jeden vyplněný dotazník.

Zachování anonymity bylo důležité nejen z hlediska velmi osobní povahy zjišťovaných dat, ale také proto, aby nedocházelo ke střetu zájmů výzkumníka a zařízení (a tím potažmo klienta, který chce služby tohoto zařízení využívat). Příkladem je otázka na způsob aplikace návykové látky. Buprenorfin je určen výhradně pro aplikaci per os, přesto ho naprostá většina dotazovaných užívala intravenózně. To je ale proti zásadám harm reduction a tedy i proti principům substitučních programů. Jejich klient by tak – v případě, že by anonymita dotazníkového šetření nebyla dostatečně zajištěna – mohl mít problém udat pravdivou informaci o způsobu, jakým látku užívá.

Během vyplňování dotazníku mohlo z povahy otázek u některých klientů dojít k navození nepříjemných pocitů, případně až retraumatizaci. Obzvláště dotazy na zneužívání, znásilnění nebo prostituci byly v tomto ohledu rizikové. Tohoto rizika jsme si byli vědomi, proto byli pracovníci zařízení předem s dotazníkem seznámeni a připraveni provést případně krizovou intervenci. V této metodě jsou standardně školeni zaměstnanci nízkoprahových i substitučních center. Klienti měli zároveň možnost kteroukoli otázku bez vysvětlení nezodpovědět, pokud se k tomu sami rozhodli.

3.4. Charakteristika výběrového souboru

Ke sběru dat jsme využili záměrného výběru přes instituce. Tento princip výběru respondentů je v případě drogově závislých osob pravděpodobně nejpoužívanější a poměrně efektivní metodou. Na druhou stranu s sebou nese výrazný nedostatek – není možné dosáhnout reprezentativního výběru, tedy charakteristiky výběrového souboru nejsou shodné s charakteristikami souboru základního. Jde o tzv. nepravděpodobnostní výběr, který definuje Hartnoll (2003) jako výběrovou proceduru, při níž se selekce pro výběrový soubor neprovádí na základě pravděpodobnosti přiřazené každému jedinci v základním souboru. Klienti zařízení

pro drogově závislé tvoří jen určitou část populace uživatelů drog, k tomu specifickou. Jde o jedince, kteří jsou v kontaktu s nějakou pomáhající institucí, mají snahu něco ve svém životě měnit, zlepšovat, i kdyby jen způsob aplikace drogy směrem k větší bezpečnosti. Lze předpokládat, že tito jedinci tvoří v rámci uživatelů drog tu zodpovědnější podskupinu. Z takto specifické skupiny dochází navíc ještě k druhému výběru, kdy spolupracují jen ti oslovení, kteří se pro to dobrovolně rozhodli. Dá se tedy předpokládat, že jde opět o klienty, kteří jsou lépe navázaní na dané zařízení, komunikativnější, přístupní spolupráci s institucí. Reprezentativnost vzorku tak byla dále snížena ještě negativním samovýběrem (Disman, 2002). Z těchto okolností vyplývá, že námi získaný výběrový soubor se může svými charakteristikami přibližovat základnímu souboru v podstatě v jakékoliv myslitelné míře, která je bohužel obtížně zjištělná.

Základní soubor tvořili v našem případě všichni uživatelé pervitinu nebo buprenorfinu (Subutexu), muži i ženy, kteří užívali v době sběru dat tuto látku nejméně po dobu jednoho roku s frekvencí minimálně 2-3x měsíčně. Zároveň však neužívali výrazně žádnou jinou návykovou látku. Tento základní soubor sám o sobě má z velké části nejasné charakteristiky, není dobře zmapován. Jak jsme popsali v teoretické části, jeho velikost a charakteristiky jsou určovány obvykle multiplikační metodou.

Výběrový soubor (výzkumný vzorek) tvořili ti jedinci ze základního souboru, kteří byli na základě výše popsaných postupů zařazeni do výběrového souboru a spolupráci neodmítli. Podle evidence jednotlivých zařízení byla ochota ke spolupráci ze strany oslovených respondentů přibližně v 80 %. Jedná se o kvalifikovaný odhad, přesnější evidenci se nám i přes původní záměr nepodařilo získat. Způsob výběru byl popsán podrobně v kapitolách 3.3.2 a 3.3.4.

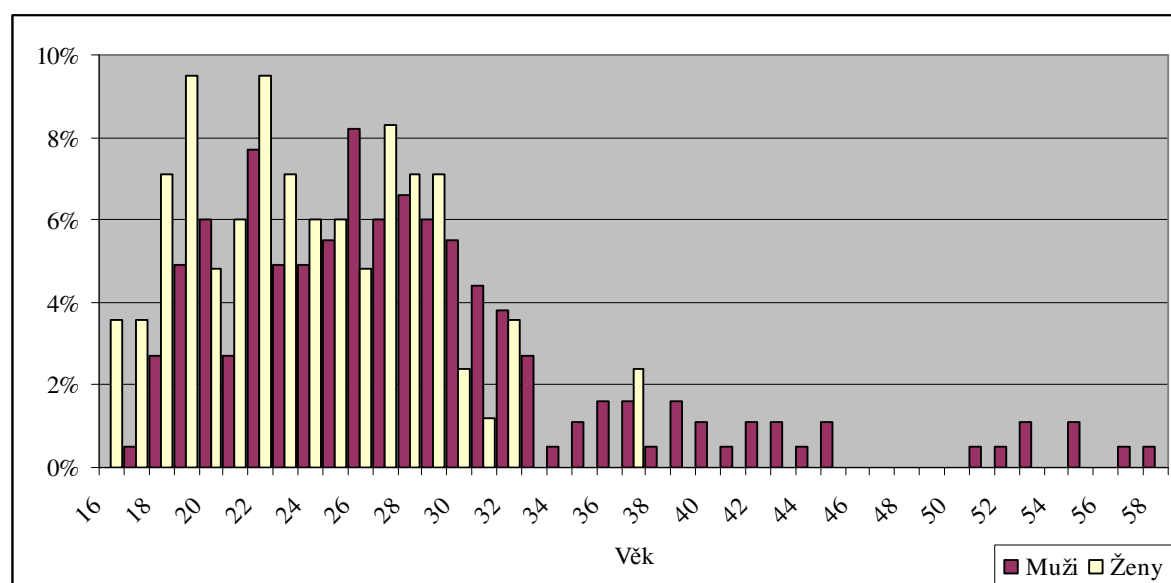
Výzkumný vzorek tvořilo 267 respondentů, z nichž 183 bylo mužů a 84 žen. Tento poměr podle našich zkušeností odpovídá obvyklému poměru mužů a žen v drogových službách, zabývajících se sekundární a terciární prevencí. Poměr 2:1 potvrzuje v oblasti léčby v České republice i výzkumná zpráva EMCDDA Differences in patterns of drug use between women and men (2005). Původním záměrem bylo získat data od 400 respondentů, po 100 respondentech z každé skupiny (tedy muži a ženy, uživatelé pervitinu a Subutexu). Tento záměr se nám nepodařilo splnit z časových a organizačních důvodů. Počet zařízení a jejich klientů, kteří byli ochotni spolupracovat, byl nižší, než jsme původně předpokládali. I přesto považujeme vzorek pro naše účely za dostatečný.

Rozložení respondentů a respondentek podle věku zobrazuje graf 1, střední hodnoty jsou uvedeny v tabulce 1. Průměrný věk celého výběrového souboru byl 27,0 let. Vzorek

nesplňuje normální rozložení podle věku, objevují se zde extrémní hodnoty. Vzhledem k tomu, že věk nebyl rozhodujícím kritériem pro zařazení respondenta do výběrového souboru a vzorek je dostatečně velký, aby bylo možné netrvat na normálním rozložení, rozhodli jsme se tyto respondenty z výzkumu nevyřadit.

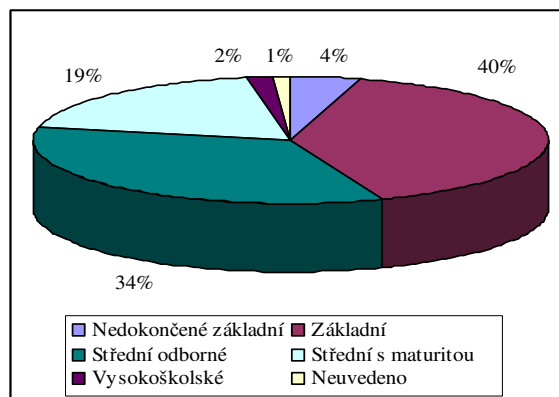
Tab.1 a Graf 1 Věk výběrového souboru (v letech)

		Věk	
		Muži	Ženy
Průměr		28,4	23,8
Modus		26	19
SD		8,25	4,76
Minimum		17	16
Maximum		58	37
Percentily	25	23	20
	50	27	23
	75	31	27

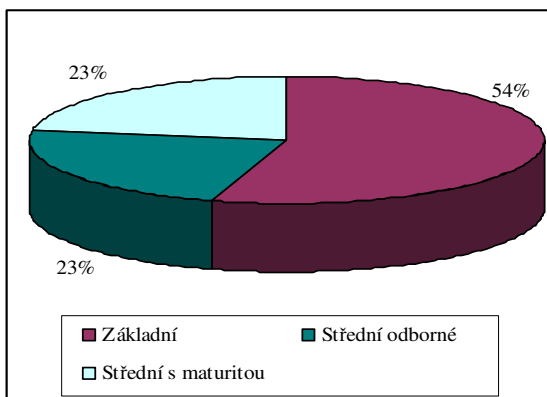


U respondentů jsme dále sledovali pouze základní sociodemografické charakteristiky. První charakteristikou bylo nejvyšší dosažené vzdělání. Předpokládali jsme, že by mohlo ovlivnit například postoj respondentů k užívání účinné ochrany před nákazou HIV a pohlavně přenosnými chorobami. Nedokončené základní vzdělání uvedla 3 % respondentů, největší skupinu (45 %) tvořili lidé se základním vzděláním, následovalo 30 % se středním odborným vzděláním a 20 % se střední školou s maturitou. 1 % respondentů mělo dokončené vysokoškolské vzdělání. Rozložení mužů a žen podle vzdělání ukazují grafy 2 a 3.

Graf 2 Rozdělení mužů podle vzdělání

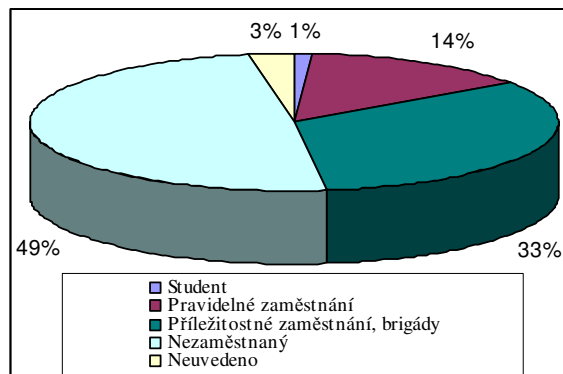


Graf 3 Rozdělení žen podle vzdělání

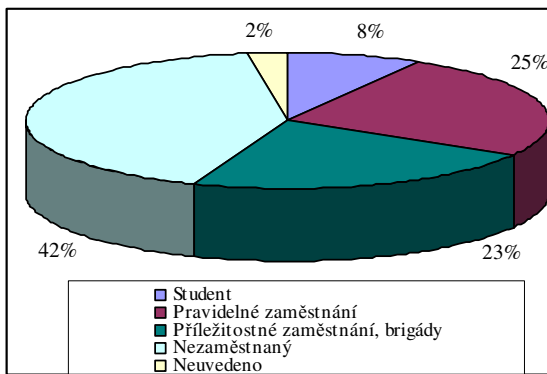


Druhou sledovanou sociodemografickou charakteristikou bylo zaměstnání. To částečně vypovídá o životním stylu a denním rytmu respondenta. Obojí může mít vliv na sexualitu, což vyplývá i z neformálních rozhovorů s klienty nízkoprahových a léčebných zařízení během naší praxe. Ve 3 % případů byli respondenti studenty, 18 % mělo pravidelné zaměstnání a 30 % příležitostnou práci nebo brigády. Nejpočetnější skupinu (49 %) tvořili nezaměstnaní. Rozložení mužů a žen podle zaměstnání ukazují grafy 4 a 5.

Graf 4 Rozdělení mužů podle zaměstnání



Graf 5 Rozdělení žen podle zaměstnání



Dále byly sledovány charakteristiky vypovídající o užívání drog. Konkrétně se jednalo o hlavní užívanou drogu, způsob a četnost jejího užívání a dobu užívání právě této hlavní drogy v letech (nevypovídá o tom, jak dlouhou drogovou kariéru má respondent celkově v anamnéze). Rozdělení respondentů podle hlavní užívané drogy uvádí tabulka 2. Charakteristiky obou skupin uživatelů a charakteristiky mužů a žen uvnitř těchto skupin uvádíme dále.

Tab.2 Rozdělení souboru podle pohlaví a hlavní užívané drogy (počet respondentů)

		Hlavní droga		
		Pervitin	Subutex	Celkem
Pohlaví respondenta	Muži	115	68	183
	Ženy	51	33	84
	Celkem	166	101	267

3.4.1. Charakteristika uživatelů pervitinu

Výběrový soubor uživatelů pervitinu (soubor P) tvořilo 166 respondentů. Více než dvě třetiny byli muži (115 respondentů, 69 %). Ženy tvořily 31 % (51 respondentek), což přibližně odpovídá odhadovanému poměru mužů a žen v populaci uživatelů nelegálních drog. Základní údaje o věku respondentů zobrazují tabulky 3-5.

Tab.3,4,5 Věk souboru P (v letech)

Věk muži + ženy	
Průměr	26,7
Medián	25
Modus	19
SD	8,31
Minimum	16
Maximum	58

Věk muži	
Průměr	28,4
Medián	27
Modus	19
SD	8,96
Minimum	18
Maximum	58

Věk ženy	
Průměr	22,8
Medián	22
Modus	19
SD	4,74
Minimum	16
Maximum	37

Téměř polovina respondentů uvedla jako své nejvyšší dosažené vzdělání základní školu (48 %), přičemž u žen se jednalo dokonce o nadpoloviční většinu (60 %). Tento rozdíl mezi pohlavími souvisí i s věkovým rozložením respondentů, které je u žen výrazně nižší. Zastoupení respondentů v různém stupněm vzdělání, včetně četností v rámci obou pohlaví i v rámci různě vzdělaných skupin, zobrazuje tabulka 6.

Tab.6 Nejvyšší dosažené vzdělání souboru P

		Nejvyšší dosažené vzdělání					Celkem
		Nedokončené ZŠ	ZŠ	Střední odborné	Střední s maturitou	VŠ	
Muži	N	6	48	36	22	1	113
	%	5,3%	42,5%	31,9%	19,5%	0,9%	100,0%
Ženy	N	0	31	12	8	0	51
	%	0,0%	60,8%	23,5%	15,7%	0,0%	100,0%

Více než polovinu uživatelů pervitinu, kteří se zúčastnili našeho výzkumu, tvoří nezaměstnaní (51 %). Pouze 11 % respondentů má pravidelné zaměstnání, 33 % pak pracuje

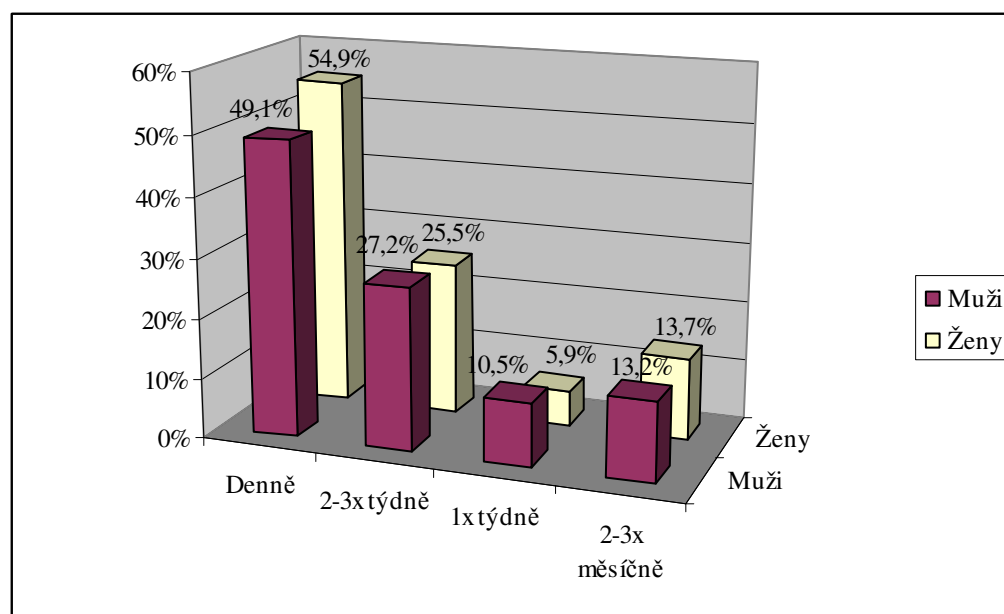
nepravidelně, příležitostně, a 5 % dotazovaných jsou studenti (z toho naprostá většina žen, což souvisí pravděpodobně opět s nižším věkovým průměrem žen v souboru). Dá se říci, že rozdělení podle zaměstnání mezi muži a ženami je poměrně vyrovnané, s tou výjimkou, že o co méně žen ve srovnání s muži příležitostně pracuje, o to více jich studuje. Rozvrstvení souboru co do typu zaměstnání ukazuje tabulka 7.

Tab.7 Zaměstnání souboru P

		Zaměstnání				
		Student	Pravidelné zaměstnání	Příležitostné zaměstnání, brigády	Nezaměstnaný	Celkem
Muži	N	1	13	41	57	112
	%	0,9%	11,6%	36,6%	50,9%	100,0%
Ženy	N	7	5	12	26	50
	%	14,0%	10,0%	24,0%	52,0%	100,0%

Naprostá většina dotazovaných uživatelů pervitinu užívala tuto drogu intravenózně. Pouze 5 % z celkového počtu užívala drogu šňupáním (sniff), konkrétně 6 % mužů a 4 % žen. Většinu z nich pak tvoří ti, kteří uvedli relativně krátkou dobu užívání drogy (do 3 let). Jak je patrné z grafu 6, neobjevily se mezi pohlavími významné rozdíly co do četnosti užívání. Většina respondentů užívala pervitin denně.

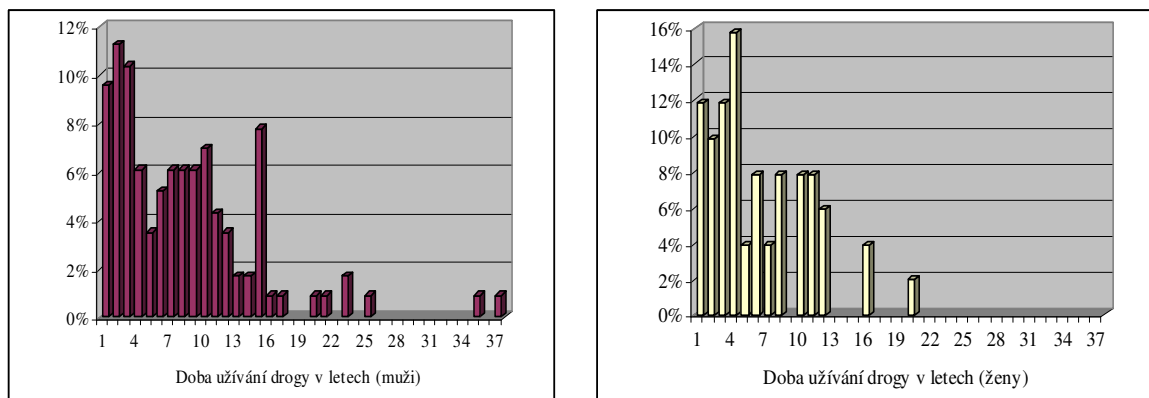
Graf 6 Četnost užívání drogy souboru P



Průměrná doba užívání hlavní drogy ve výběrovém souboru P byla 7,5 roku (SD = 6,12), přičemž nejčastěji udávali respondenti 2 nebo 3 roky a medián byl v 6 letech. Skupina

mužů a žen se v tomto ohledu výrazně lišila, což je zřetelné z grafů 7 a 8. Průměrná doba užívání udávaná muži byla 8,1 roku ($SD = 6,71$), s mediánem v 7 a modem ve 2 letech. Skupina žen naproti tomu byla v této proměnné více homogenní. Průměrná doba užívání byla 6,2 ($SD = 4,50$), medián v 5 a modus ve 4 letech.

Graf 7, 8 Doba užívání drogy u souboru P



3.4.2. Charakteristika uživatelů Subutexu

Výběrový soubor uživatelů Subutexu (soubor S) tvořilo 101 respondentů. Rozdělení souboru podle pohlaví opět odpovídalo očekávanému rozložení v populaci uživatelů drog. Mužů bylo 68 (67 %), žen 33 (33 %). Především vzorek uživatelů Subutexu je poměrně malý (tyto ženy jsou nejméně početnou skupinou ze čtyř sledovaných a nejčastěji také spolupráci odmítly), přesto ho budeme pro naše účely považovat za dostatečný. Základní údaje o věku respondentů zobrazují tabulky 8-10. Je z nich patrné, že soubor uživatelů Subutexu je průměrně starší, než je tomu u uživatelů pervitinu, ale rozptýl hodnot této proměnné je menší. Rozdíl je tvořen především souborem žen, které jsou ve skupině uživatelů Subutexu starší v průměru o 2,6 roku než uživatelky pervitinu.

Tab.8,9,10 Věk souboru S (v letech)

Věk muži + ženy	
Průměr	27,5
Medián	27
Modus	28
SD	6,36
Minimum	17
Maximum	53

Věk muži	
Průměr	28,4
Medián	27
Modus	22
SD	6,90
Minimum	17
Maximum	53

Věk ženy	
Průměr	25,4
Medián	25
Modus	28
SD	4,40
Minimum	18
Maximum	37

Soubor uživatelů Subutexu je tvořen v průměru mírně vzdělanějšími respondenty, než soubor uživatelů pervitinu. Tento rozdíl však není statisticky významný. Největší skupinu opět tvoří respondenti se základním vzděláním (40 %), i když u mužů nepatrně převažuje středoškolské odborné vzdělání (38 % mužů). Zastoupení respondentů v různém stupněm vzdělání, včetně četností v rámci obou pohlaví i v rámci různě vzdělaných skupin, zobrazuje tabulka 11.

Tab.11 Nejvyšší dosažené vzdělání souboru S

		Nejvyšší dosažené vzdělání					
		Nedokončené ZŠ	ZŠ	Střední odborné	Střední s maturitou	VŠ	Celkem
Muži	N	2	25	26	13	2	68
	%	2,9%	36,8%	38,2%	19,1%	2,9%	100,0%
Ženy	N	0	15	7	11	0	33
	%	0,0%	45,5%	21,2%	33,3%	0,0%	100,0%

Oproti souboru P jsou v souboru S častěji zastoupeni pracující respondenti, a to především u žen (55 % žen má pravidelné zaměstnání, 27 % příležitostnou práci nebo brigády). Korelace mezi užívanou drogou a druhem zaměstnání se u žen prokázala statisticky významná na hladině $p = 0,01$ ($V = 0,480$). Rozvrstvení souboru S co do typu zaměstnání ukazuje tabulka 12.

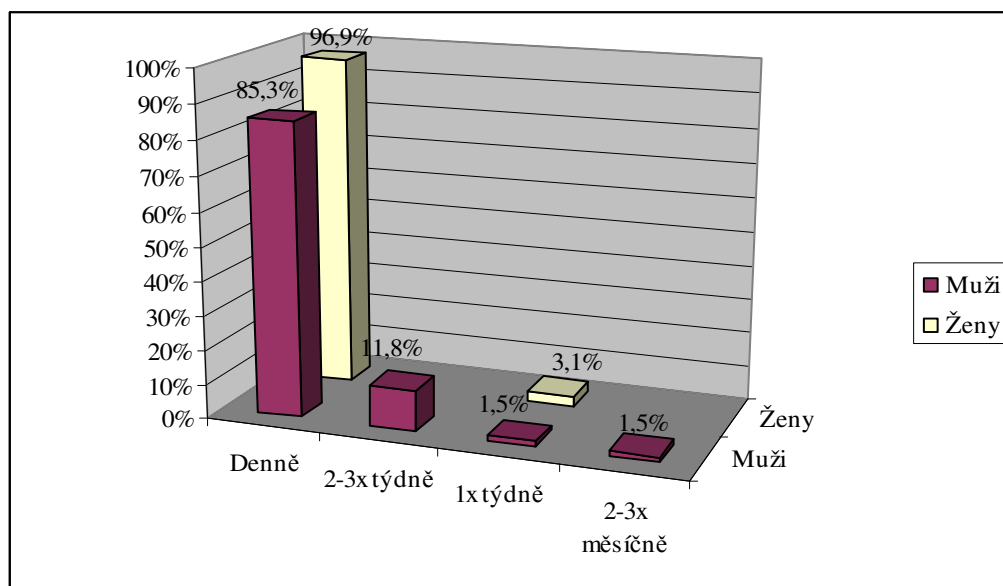
Tab.12 Zaměstnání souboru S

		Zaměstnání				Celkem
		Student	Pravidelné zaměstnání	Příležitostné zaměstnání, brigády	Nezaměstnaný	
Muži	N	1	13	19	33	66
	%	1,5%	19,7%	28,8%	50,0%	100,0%
Ženy	N	0	16	7	9	32
	%	0,0%	50,0%	21,9%	28,1%	100,0%

Většina oslovených uživatelů Subutexu užívá tuto drogu intravenózně (73 %). Pouze 27 % užívá tablety cestou, ke které jsou určeny, tedy per os. Graf 9 ukazuje, s jakou frekvencí užívali jedinci ze souboru S svoji hlavní drogu. 89 % respondentů a 94 % respondentek uvedlo denní užívání. Tento poměr odpovídá povaze opioidů, na kterých vzniká – na rozdíl od pervitinu – silná fyzická závislost a nejčastěji se užívají právě denně.

Graf 9

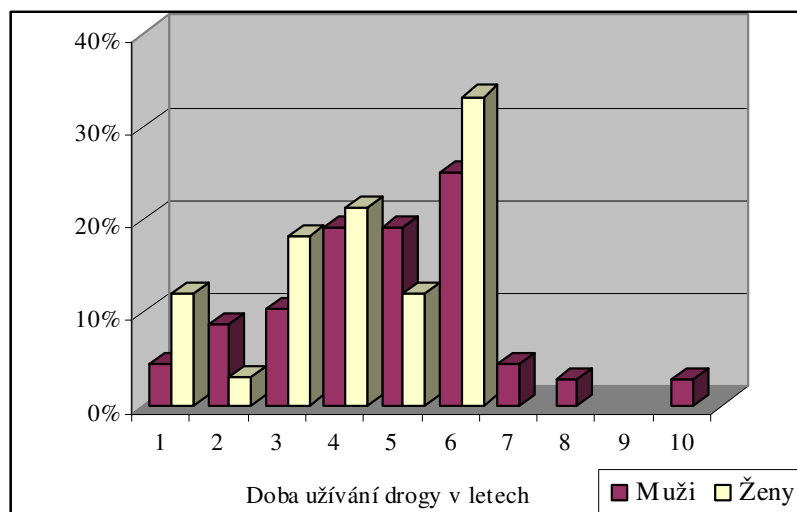
Četnost užívání drogy souboru S



Průměrná doba užívání hlavní drogy (Subutexu) byla u výběrového souboru S 4,5 roku (SD = 1,85), přičemž nejčastěji udávanou hodnotou bylo 6 let a medián 5 let. Při porovnávání se skupinou uživatelů pervitinu je třeba brát na zřetel, že jsme nezjišťovali celkovou dobu užívání nelegálních návykových látek, ale pouze jedné, sledované látky. Vzhledem k relativně krátké době, po kterou je Subutexu na českém trhu a jeho substitučnímu charakteru se dá předpokládat, že naprostá většina jeho uživatelů měla již před udávanou dobou zkušenost s jinými opiáty, pravděpodobně heroinem. V souboru S se výrazně nelišili v době užívání drogy ženy od mužů (vezmeme-li v úvahu, že měřítkem jsou tentokrát roky, ne desetiletí, jako tomu bylo u uživatelů pervitinu). Rozložení souboru vzhledem k této proměnné zobrazuje graf 10.

Graf 10

Doba užívání drogy u souboru S



3.5. Výsledky

Následující kapitola prezentuje výsledky výše popsaného dotazníkového šetření. Jsou členěny do několika kapitol, které tvoří tématické celky a zároveň přibližně kopírují posloupnost otázek v dotazníku (viz Přílohy 1 a 2) . Pro lepší přehlednost je kurzívou vždy zobrazeno přesné znění otázky, včetně možných variant odpovědí, a to ve variantě pro muže a pro ženy (pokud není shodné). Většina výsledků je uspořádána v tabulkách a grafech a zároveň částečně komentována v textu. Souvislosti a interpretace jsou předmětem diskuze, která následuje po výsledkové části. V případě některých podotázek byl počet respondentů odlišný od velikosti výběrového souboru. V takovém případě je N uvedeno v tabulce.

3.5.1. Spokojenost se sexuálním životem

Respondenti byli dotazováni, zda jsou spokojeni se svým sexuálním životem. Otázka nebyla dále specifikována, na podrobnosti se zaměřovaly následující dotazy.

- ⇒ *Jste se svým sexuálním životem spokojen/a?*
1. ano
2. ne

Jak je patrné z tabulky 13, mezi uživateli pervitinu a Subutexu není v tomto směru podstatný rozdíl. Obzvláště u žen je četnost odpovědí v obou skupinách velmi vyrovnaná. V obou skupinách se cítí ženy spokojenější se svým sexuálním životem než muži. Žádný z rozdílů nebyl statisticky významný.

Tab.13 Spokojenost se sexuálním životem

		Spokojenost se sex. životem			
		Ano	Ne	Neuvedeno	Celkem
Muži	Pervitin	60	43	12	115
		52,2%	37,4%	10,4%	100,0%
	Subutex	35	29	4	68
		51,5%	42,6%	5,9%	100,0%
Ženy	Pervitin	34	17	0	51
		66,7%	33,3%	0,0%	100,0%
	Subutex	21	10	2	33
		63,6%	30,3%	6,1%	100,0%

Zajímalo nás, zda respondenti vnímají nějakou změnu ve svém pohlavním životě od doby, kdy začali užívat drogy. Pokud odpověděli, že ano, měli na výběr z krátkého seznamu možných změn, a to jak kladných, tak záporných.

⇒ *Změnil se nějak Váš pohlavní život od té doby, co užíváte drogy?*

1. *ne*

2. *ano, k lepšímu (možno více odpovědí):*

- 1. *větší chuť na sex*
- 2. *lepší prožívání sexu*
- 3. *delší sexuální styk*
- 4. *častější sex*
- 5. *větší aktivita při sexu*
- 6. *překonání sexuálních poruch, potíží*
- 7. *jinak:.....*

3. *ano, k horšímu (možno více odpovědí):*

- 1. *menší chuť na sex*
- 2. *horší prožívání sexu*
- 3. *příliš krátký / příliš dlouhý sexuální styk*
- 4. *méně častý sex*
- 5. *menší aktivita při sexu*
- 6. *výskyt sexuálních poruch*
- 7. *jinak:.....*

Z výsledků v tabulce 14 vidíme, že mírná nadpoloviční většina uživatelů a téměř polovina uživatelů pervitinu pociťuje ve svém sexuálním životě od doby, kdy užívají drogy změnu k lepšímu. Naproti tomu uživatelé Subutexu, muži i ženy, mají nejčastěji pocit, že jejich sexuální život se s užíváním drog zhoršil. U mužů i žen byl mezi uživateli jednotlivých drog statisticky významný rozdíl v pociťované změně sexuálního života (muži: $\chi^2 = 6,631$, $p < 0,05$; ženy: $\chi^2 = 8,643$, $p < 0,05$). U obou pohlaví byla prokázána korelace mezi užívanou drogou a změnou sexuálního života (muži: $V = 0,196$, $p < 0,05$; ženy: $V = 0,323$, $p = 0,01$).

Tab.14 Změna pohlavního života s užíváním drog

		Změna sex. života s drogami				
		Změna k horšímu	Žádná změna	Změna k lepšímu	Neuvedeno	Celkem
Muži	Pervitin	26	23	60	6	115
		22,6%	20,0%	52,2%	5,2%	100,0%
	Subutex	27	12	25	4	68
		39,7%	17,6%	36,8%	5,9%	100,0%
Ženy	Pervitin	7	18	25	1	51
		13,7%	35,3%	49,0%	2,0%	100,0%
	Subutex	14	9	10	0	33
		42,4%	27,3%	30,3%	0,0%	100,0%

Tabulka 15 ukazuje četnosti odpovědí respondentů, kteří uvedli zlepšení sexuálního života, na otázku, o jakou změnu šlo. Zde dostali možnost libovolného počtu odpovědí. Muži

nejčastěji uváděli, že od doby, kdy užívají drogy, pocítují zlepšení v délce sexuálního styku, a to bez ohledu na užívanou drogu. Další často uváděnou změnou bylo lepší prožívání sexu a v případě uživatelů pervitinu větší chuť na sex. Ženy užívající pervitin uváděly nejčastěji větší aktivitu při sexu a ty, které užívaly Subutexu lepší prožívání. Vzhledem k tomu, jak malé byly počty respondentů v jednotlivých skupinách „spokojenějších“, je třeba považovat tyto výsledky za orientační. Několik respondentů také vybralo odpověď „jiné“. V takovém případě měli možnost napsat, jaké povahy zlepšení bylo. Písemné odpovědi uvedli pouze muži, a to v 6 případech. Většinou šlo o posun směrem k větší uvolněnosti ve zkoušení nových praktik a zážitků, překonání zábran.

Tab.15 Povaha zlepšení sexuálního života (% z těch, kteří uvedli zlepšení)

	Muži		Ženy	
	Pervitin (N=60)	Subutex (N=25)	Pervitin (N=25)	Subutex (N=10)
Lepší prožívání sexu	48,3%	40,0%	36,0%	70,0%
Delší sex.styk	50,0%	64,0%	20,0%	40,0%
Větší aktivita při sexu	31,7%	40,0%	44,0%	40,0%
Větší chuť na sex	45,0%	32,0%	36,0%	40,0%
Častější sex	20,0%	16,0%	28,0%	40,0%
Překonání sex.poruch	5,0%	12,0%	32,0%	40,0%
Jiná	5,0%	4,0%	4,0%	10,0%

Tabulka 16 ukazuje, jaké zhoršení pocítují naopak ti, kteří odpověděli, že jejich sexuální život se změnil k horšímu od doby, kdy užívají drogy. V celém – opět poměrně malém – souboru se opakují dva hlavní problémy – menší chuť na sex a méně častý sex. Tyto dva druhy obtíží jsou nejčastější, přičemž (nehledě na pohlaví) u uživatelů pervitinu převládá méně častý sex a u uživatelů Subutexu menší chuť na sex.

Tab.16 Povaha zhoršení sexuálního života (% z těch, kteří uvedli zhoršení)

	Muži		Ženy	
	Pervitin (N=26)	Subutex (N=27)	Pervitin (N=7)	Subutex (N=14)
Menší chuť na sex	38,0%	59,0%	57,0%	86,0%
Méně častý sex	50,0%	26,0%	100,0%	57,0%
Příliš krátký/dlouhý styk	27,0%	15,0%	28,0%	21,0%
Menší aktivita při sexu	0,0%	11,0%	43,0%	29,0%
Horší prožívání sexu	8,0%	22,0%	14,0%	29,0%
Výskyt sex. poruch	8,0%	7,0%	0,0%	7,0%
Jiná	4,0%	0,0%	0,0%	14,0%

Opět zde byla možnost napsat nějakou jinou změnu, která není v nabízeném seznamu zahrnuta. Využil ji pouze jeden muž, který uvedl, že „nemá nikdy dost“. Někteří respondenti

uvedli jako zhoršení spíše příčiny změny, které proto zařazujeme k další otázce. Pokud hledáme společný výskyt dvou nejčtenějších změn k horšímu (menší chuť na sex a méně častý sex), zjistíme, že u uživatelů Subutexu se v polovině případů objevuje obojí. U uživatelů pervitinu v našem souboru v naprosté většině nesouvisela menší frekvence sexuálních aktivit s menší potřebou.

V případě jakékoli změny nás zajímalo, zda respondenti přičítají tuto změnu vlivu drog, tedy jejich užívání.

⇒ Pokud se Váš sexuální život změnil, přičítáte tuto změnu drogám?

1. ano, zcela

2. ano, částečně

3. ne, důvodem této změny je.....

Pokud bychom sečetli výskyt odpovědí „ano, zcela“ a „ano, částečně“, zjistíme, že velká většina přisuzuje do nějaké míry vlivu drog změny, které v sexuálním životě pociťují. Nezáleží přitom příliš, zda jde o změnu k lepšímu či k horšímu. Výraznější výjimku tvoří ženy užívající Subutex, které v případě změny k lepšímu přičítají tuto změnu v 70 % částečně drogám a v 30 % jiným vlivům a naopak u změn k horšímu vidí do určité míry vždy důvod v užívání drog. Rozdíl v rozložení odpovědí (viz tabulky 17 a 18) nebyl statisticky významný. Pokud respondenti odpověděli, že příčinou nejsou ani částečně drogy, tedy zvolili variantu „ne“, byli vyzváni, aby vypsali slovy, čemu tedy přičítají změny ve svém sexuálním životě. Nehledě na povahu změny byl nejčastější příčinou věk, špatné zdraví, životní styl, život na ulici, volba partnera, alkohol. Do značné míry tedy důvody, které opět podstatně souvisí s užíváním drog.

Tab. 17 Změna sexuálního života k lepšímu způsobena drogami (% z těch, kteří uvedli zlepšení)

		Změna k lepšímu způsobena drogami				
		Ano, zcela	Ano, částečně	Ne	Neuvedeno	Celkem
Muži	Pervitin (N=60)	21,7%	53,3%	11,7%	13,3%	100,0%
	Subutex (N=25)	28,0%	60,0%	8,0%	4,0%	100,0%
Ženy	Pervitin (N=25)	20,0%	56,0%	12,0%	12,0%	100,0%
	Subutex (N=10)	0,0%	70,0%	30,0%	0,0%	100,0%

Tab.18 Změna sexuálního života k horšímu způsobena drogami (% z těch, kteří uvedli zhoršení)

		Změna k horšímu způsobena drogami				
		Ano, zcela	Ano, částečně	Ne	Neuvedeno	Celkem
Muži	Pervitin (N=26)	30,8%	30,8%	15,4%	23,1%	100,0%
	Subutex (N=27)	48,1%	33,3%	7,4%	11,1%	100,0%
Ženy	Pervitin (N=7)	28,6%	57,1%	14,3%	0,0%	100,0%
	Subutex (N=14)	57,1%	42,9%	0,0%	0,0%	100,0%

3.5.2. Počátek sexuálních aktivit a sexuální partneři

Muži a ženy byli dotazováni na okolnosti prvního sexuálního styku a na to, kolik sexuálních partnerů měli ve svém dosavadním životě.

⇒ *Poprvé jste souložil s nějakou ženou / Poprvé jste souložila s nějakým mužem:*

1. *dosud nikdy*
2. *již ano, a to poprvé ve věku let*

Všichni respondenti, kteří na otázku odpověděli (98,5 %), uvedli, že již někdy v životě měli pohlavní styk. U mužů byl statisticky významný rozdíl ve věku při prvním sexuálním styku mezi skupinou uživatelů pervitinu a uživatelů Subutex (U = 2631,00, p = 0,01). Ti, kteří užívají pervitin, měli první pohlavní styk průměrně v 15,0 letech (SD = 1,67). Uživatelé Subutexu v 15,7 letech (SD = 1,93). Medián měl v obou souborech hodnotu 15 a modus 14 let. Nejnižší věk zahájení sexuálního života byl 12 let u uživatelů pervitinu a 13 u uživatelů Subutexu, nejvyšší 20, resp. 24 let.

U žen se neprojevila statisticky významná souvislost mezi užívanou drogou a začátkem sexuálního života. První sexuální styk měly uživatelky pervitinu průměrně ve 14,9 letech (SD = 1,63) a uživatelky Subutexu v 15,2 letech (SD = 1,74), modus i medián byl v obou případech v 15ti letech. Nejnižší věk prvního sexuálního styku byl 10, resp. 11 let, nejvyšší u obou skupin žen 18 let.

Zajímalo nás dále, s kým měli dotazovaní první pohlavní styk, zda s náhodnou nebo stálou partnerkou (partnerem).

⇒ *První pohlavní styk jste uskutečnil/a:*

1. *s náhodnou partnerkou / s náhodným partnerem*
2. *se stálou partnerkou / se stálým partnerem*

Pouze ženy užívající pervitin měly v nadpoloviční většině pohlavní styk poprvé se stálým partnerem. Ostatní skupiny uvádějí ve více než 60 %, že první pohlavní styk proběhl s partnerem náhodným (viz graf 11).

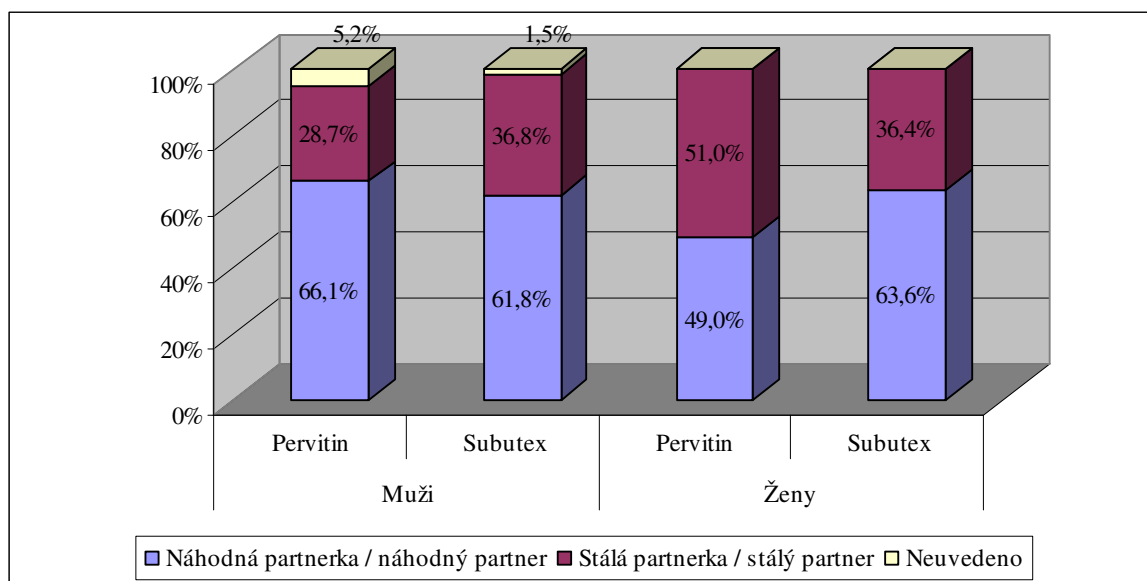
⇒ *V době prvního styku jste měl/a již zkušenosti s drogami:*

1. *ano*
2. *ne*

V době prvního pohlavního styku mělo 35 % uživatelů pervitinu a 41 % uživatelů Subutexu již zkušenosti s drogami (v otázce nebylo specifikováno, se kterými drogami, nejedná se tedy nutně o hlavní užívanou drogu v současnosti). U žen je poměr těch, které již v té době drogy užily vyšší, konkrétně 53 % uživatelky pervitinu a 52 % uživatelky Subutexu.

Graf 11

Partner při prvním pohlavním styku



⇒ Za celý život jste souložil/a:

1. dosud nikdy
2. již ano, a to celkem s ženami/muži (uved'te počet)

Tabulka 19 zobrazuje střední hodnoty, minima, maxima a percentily počtů sexuálních partnerů podle pohlaví a užívané hlavní drogy. Respondenti byli dotazováni na celkový počet partnerů/partnerek, se kterými doposud v životě měli pohlavní styk. Ženy udávaly průměrně vyšší počet partnerů než muži. U mužů se v průměrném počtu liší uživatelé pervitinu a Subutexu více než u žen. Je však třeba vzít v úvahu extrémní hodnoty, které se ve třech skupinách, kromě mužů užívajících Subutex, objevily. Tomu odpovídají také vysoké hodnoty směrodatných odchylek. Rozdíly mezi uživateli jednotlivých drog nejsou statisticky významné.

Tab.19 Počet sexuálních partnerů

		Muži		Ženy	
		Pervitin (N=89)	Subutex (N=50)	Pervitin (N=47)	Subutex (N=26)
Průměr		31,0	20,9	38,3	34,6
Modus		5/10/15/20	10/15/20	20	20
SD		64,69	17,99	77,90	66,45
Minimum		1	1	1	3
Maximum		500	70	500	300
Percentily	25	8	8	8	7
	50	15	15	16	15
	75	26	30	40	21

- ⇒ *Pohlavní styk s příležitostnou partnerkou / příležitostným partnerem (na jednu noc) jste:*
1. *dosud nikdy neměl/a*
 2. *měl/a, a to celkem s ženami/muži (uved'te počet)*

Zkušenost s pohlavním stykem s příležitostnou partnerkou mělo ve svém životě 91 % uživatelů pervitinu a stejná část uživatelů Subutexu. Mezi ženami mělo zkušenost s příležitostným sexem 92 %, resp. 97 % respondentek. Průměrné počty příležitostných partnerů jsou zobrazeny v tabulce 20. Rozdíly mezi skupinami jsou obdobné jako u celkového počtu partnerů, opět muži užívající Subutex mají díky absenci extrémních hodnot nižší průměr, při pohledu na módy a percentily však nijak nevybočují.

Tab.20 Počet příležitostných sexuálních partnerů

		Muži		Ženy	
		Pervitin (N=87)	Subutex (N=49)	Pervitin (N=43)	Subutex (N=25)
Průměr		22,4	11,4	30,8	23,8
Modus		5	3	1	1/2/3
SD		60,69	12,11	78,69	65,03
Minimum		1	1	1	1
Maximum		450	50	480	300
Percentily	25	4	3	2	2
	50	8	6	5	4
	75	15	20	20	10

Mezi dotazovanými je většina těch, kteří neměli v době provádění výzkumu stálý partnerský vztah.

- ⇒ *Máte v současné době stálý partnerský vztah se ženou / s mužem?*
1. *nemám*
 2. *mám, a to v trvání měsíců*
- ⇒ *Užívá Vaše partnerka / Váš partner drogy?*
1. *ano*
 2. *ne*
 3. *nevím*

Takový vztah mělo 34% uživatelů pervitinu (v trvání průměrně 18 a nejčastěji 6 měsíců) a 49% uživatelů Subutexu (v trvání průměrně 26 a nejčastěji 1 měsíc). Naopak mezi ženami převládají ty, které stálého partnera v době dotazování měly, uvedlo to 69 % uživatelů pervitinu (průměrná doba trvání vztahu průměrně 23 měsíců, nejčastěji 1) a 79 % uživatelů Subutexu (průměrně v délce 30 měsíců a nejčastěji trvající 1 měsíc).

V 74 % stálé partnerky mužů užívajících pervitin také užívají drogy, partnerky uživatelů Subutexu jen ve 46 %, 6 % si není jisto. Naproti tomu ženy mají za partnera

v naprosté většině případů uživatele. Ty, které samy užívají pervitin v 97 %, uživatelky Subutexu 85 %.

3.5.3. Potřeba sexuálního uspokojení

Zajímalo nás, jak se změnila potřeba sexuálního uspokojení v období, kdy respondenti již užívali drogy, zda případná změna koresponduje s reálnou změnou aktivity v sexuálním životě a zda vidí respondenti její přímou souvislost s užíváním drog.

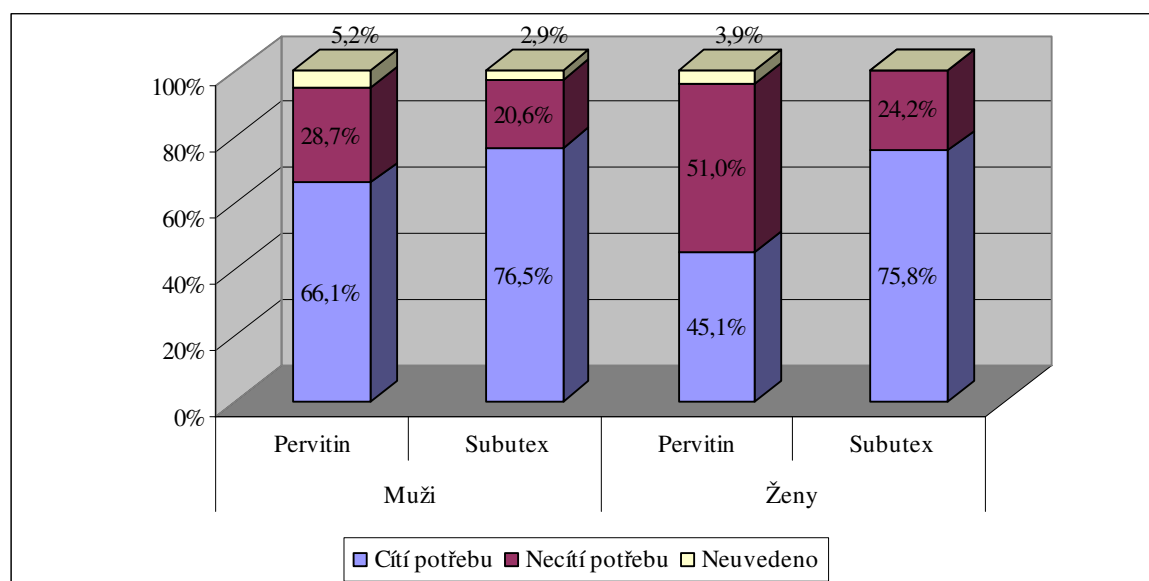
⇒ V současné době byste potřeboval/a sexuální uspokojení (vybití):

1. nepotřeboval/a vůbec

2. potřeboval/a, a to měsíčně krát

V období, kdy se zúčastnili dotazníkového šetření, pociťovala většina mužů v souboru a většina žen užívajících Subutex potřebu sexuálního uspokojení či vybití. Pouze uživatelky pervitinu ve většině žádnou potřebu sexuální aktivity necítily. Graf 12 zobrazuje rozložení odpovědí v souboru a tabulka 21 ukazuje, s jakou frekvencí by respondenti, kteří odpověděli kladně, toto uspokojení potřebovali. V souboru žen byla prokázána souvislost mezi užívanou drogou a potřebou sexuálního uspokojení ($\chi^2 = 6,748$, $p < 0,01$), s korelací proměnných ($\phi = 0,287$, $p < 0,01$). Mezi muži byl prokázán statisticky významný rozdíl ve frekvenci, se kterou respondenti průměrně potřebují uspokojení ($U = 1155,50$, $p < 0,05$).

Graf 12 Potřeba uspokojení v současnosti



Tab.21 Potřeba uspokojení v současnosti

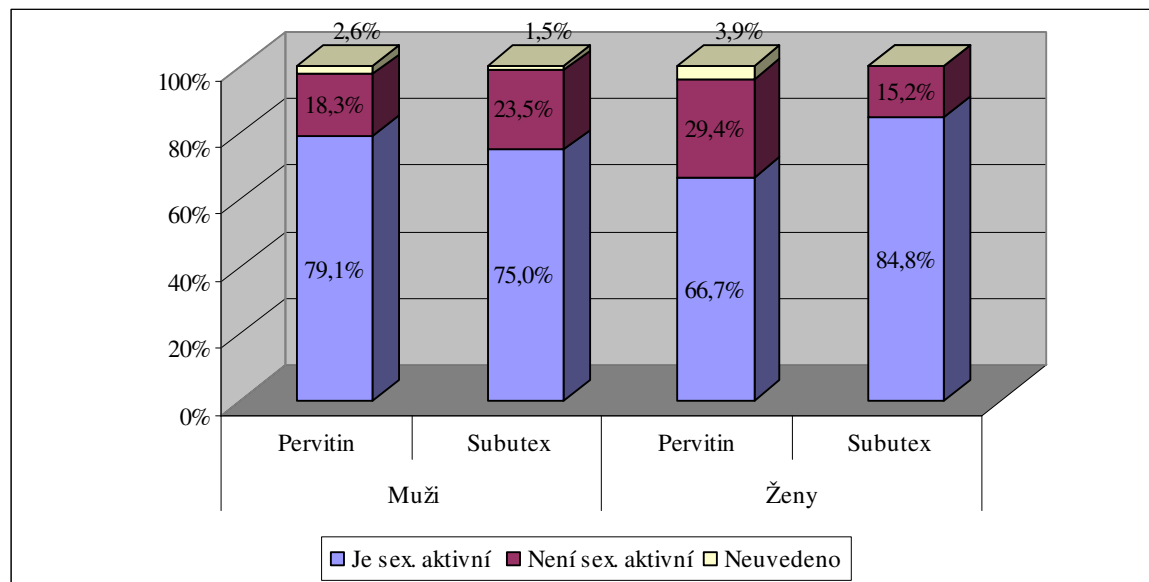
	Měsíčně ...krát			
	Muži		Ženy	
	Pervitin (N=68)	Subutex (N=44)	Pervitin (N=22)	Subutex (N=22)
Průměr	21,4	15,1	23,3	16,8
Modus	30	20	30	30
SD	16,30	10,10	16,12	11,56
Minimum	1	1	2	2
Maximum	90	40	60	31

V odpovědi na otázku, zda jsou v současné době sexuálně aktivní, tzn. zda dosahují nějakým způsobem sexuálního vybití, ať už souloží, onanií apod., byly obě skupiny mužů poměrně vyrovnané.

- ⇒ V současné době jste sexuálně aktivní (dosahujete sexuálního vybití jakýmkoli způsobem, tedy soulož, onanie atd.):
1. nejsem vůbec
 2. jsem, a to měsíčně krát

Statisticky významný rozdíl nebyl nalezen ani v udávané frekvenci. Ženy byly rovněž ve velké většině v době výzkumu sexuálně aktivní, uživatelky Subutexu častěji než uživatelky pervitinu (viz graf 13 a tabulka 22).

Graf 13 Sexuální aktivita v současnosti



Tab.22 Sexuální aktivita v současnosti

	Měsíčně ...krát			
	Muži		Ženy	
	Pervitin (N=78)	Subutex (N=39)	Pervitin (N=30)	Subutex (N=25)
Průměr	12,1	13,5	17,7	15,1
Modus	20	20	10/30	2/20
SD	9,60	8,80	17,42	13,65
Minimum	1	1	1	2
Maximum	32	30	60	60

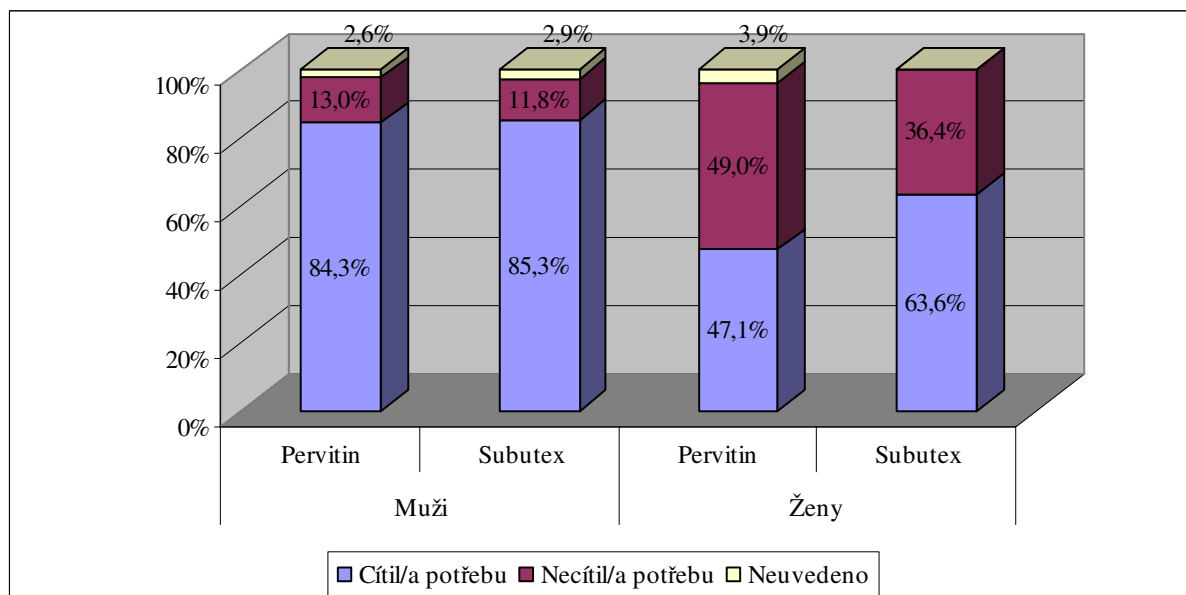
⇒ Před tím, než jste začal/a pravidelně užívat drogy, potřeboval/a jste sexuální uspokojení:

1. nepotřeboval/a vůbec

2. potřeboval/a, a to měsíčně krát

Než začali užívat pravidelně drogy, potřebovali muži v obou skupinách ve velké většině nějaké sexuální vybití, a to s frekvencí, která se v závislosti na později užívané droze statisticky nelišila. Ženy, užívající pervitin byly opět jedinou skupinou, kde větší část respondentek odpověděla na přítomnost potřeby uspokojení negativně, stejně jako tomu je v současnosti. Při porovnání mužů a žen je patrné, že ženy v době před braním drog měly významně nižší potřebu uspokojení než muži (uživatelé pervitinu: $\chi^2 = 25,847$, $p < 0,001$; uživatelé Subutexu: $\chi^2 = 8,020$, $p < 0,01$). Údaje zobrazuje graf 14 tabulka 23.

Graf 14 Potřeba uspokojení před užíváním drog



Tab.23 Potřeba uspokojení před užíváním drog

	Měsíčně ...krát			
	Muži		Ženy	
	Pervitin (N=80)	Subutex (N=43)	Pervitin (N=22)	Subutex (N=20)
Průměr	18,3	20,0	14,5	18,8
Modus	30	30	20	10
SD	17,61	20,14	14,09	13,34
Minimum	1	1	1	3
Maximum	115	100	60	60

Respondenti byli dotazováni, zda se jejich potřeba sexuálního uspokojení nějak změnila v souvislosti s užíváním drog.

⇒ *Změnila se nějak Vaše potřeba sexuálního uspokojení v souvislosti s užíváním drog?*

1. *ne*
2. *ano, moje potřeba se snížila*
3. *ano, moje potřeba se zvýšila*
4. *ano, moje potřeba se nejprve snížila a pak zvýšila*
5. *ano, moje potřeba se nejprve zvýšila a pak snížila*

Měli možnost vybrat z pěti odpovědí, kdy odpovědi „moje potřeba se snížila“ a „moje potřeba se nejprve zvýšila a pak snížila“ a odpovědi „moje potřeba se zvýšila“ a „moje potřeba se nejprve snížila a pak zvýšila“ byly za účelem zjištění souvislosti s užívanou drogou následně rekódovány do společných kategorií. Četnost jednotlivých odpovědí ukazuje tabulka 24.

Tab. 24 Změna potřeby sexuálního uspokojení v souvislosti s drogami

		Potřeba sexuálního uspokojení se s drogami						
		snížila	zvýšila, později snížila	nezměnila	snížila, později zvýšila	zvýšila	Neuvedeno	Celkem
Muži	Pervitin	17	10	41	8	34	5	115
		14,8%	8,7%	35,7%	7,0%	29,6%	4,3%	100,0%
	Subutex	29	10	16	2	9	2	68
		42,6%	14,7%	23,5%	2,9%	13,2%	2,9%	100,0%
Ženy	Pervitin	3	4	21	7	16	0	51
		5,9%	7,8%	41,2%	13,7%	31,4%	0,0%	100,0%
	Subutex	10	7	6	2	7	1	33
		30,3%	21,2%	18,2%	6,1%	21,2%	3,0%	100,0%

Je patrné, že uživatelé pervitinu, muži i ženy, častěji nepociťovali žádnou změnu v potřebě sexuálního uspokojení od doby, kdy užívali drogy, nebo šlo případně o její nárůst. Uživatelé a uživatelky Subutexu naproti tomu nejčastěji udávali snížení sexuálních potřeb. V souboru byla potvrzena závislost mezi druhem užívané látky a změnou, ke které s jejím užíváním došlo v oblasti potřeby sexuálního uspokojení (muži: $\chi^2 = 22,646$, $p < 0,001$; ženy:

$\chi^2 = 15,693$, $p < 0,01$) a také poměrně výrazná korelace mezi oběma proměnnými (muži: $V = 0,359$, $p < 0,001$; ženy: $V = 0,435$, $p < 0,01$).

3.5.4. Trvání a kvalita sexuálního styku

Uživatelé byli dotazováni na změnu průběhu sexuálního styku v souvislosti s pravidelným užíváním drog.

- ⇒ *Délku milostné přede hry při styku s partnerkou / s partnerem odhadujete nyní v průměru na minut (uveďte počet minut)*
Před užíváním drog bývala dle Vašeho odhadu tato doba
 1. *delší, a to asi.....min*
 2. *kratší, a to asi min*
 3. *stejná*
 4. *nemohu porovnat, užíval/a jsem drogy už v době prvního sexuálního styku*

Jak je patrné z tabulky 25, v otázce změny délky milostné přede hry se nevyskytl mezi uživateli obou drog žádný významný rozdíl, a to ani u žen ani u mužů. Ve všech skupinách byli nejpočetnější skupinou respondenti, podle kterých se délka milostné přede hry od doby, kdy užívají drogy nezměnila. Určitá část respondentů, především žen, nebyla schopná tento rozdíl porovnat, protože užívala drogy již v době započetí pohlavního života. Přesto takto odpovědělo podstatně méně respondentů, než na přímou otázku, zda v době prvního styku již měli zkušenost s drogami (viz kapitola 3.5.2). Muži obou skupin odhadovali průměrně trvání přede hry v době před bráním drog velmi podobně, uživatelé pervitinu na 25 minut, uživatelé Subutexu na 26 minut. V současnosti odhadují průměrně tuto dobu nepatrně delší, a to u obou skupin o dvě minuty. Uživatelky pervitinu udávaly průměrně trvání přede hry 35 minut před užíváním drog a 28 minut v současnosti. Naproti tomu u uživatelék Subutexu se nepatrně prodloužila z 18 minut dříve na 19 minut v současnosti. Ve všech údajích a u všech skupin se objevilo velmi široké rozpětí udávaných odhadů, celkově od nuly do 240 minut.

Tab.25 Změna délky milostné přede hry v souvislosti s drogami

		Přede hra s drogami					
		delší	stejná	kratší	Nelze porovnat	Neuvedeno	Celkem
Muži	Pervitin	30	40	21	10	14	115
		26,1%	34,8%	18,3%	8,7%	12,2%	100,0%
	Subutex	18	23	15	8	4	68
		26,5%	33,8%	22,1%	11,8%	5,9%	100,0%
Ženy	Pervitin	9	19	9	11	3	51
		17,6%	37,3%	17,6%	21,6%	5,9%	100,0%
	Subutex	5	12	7	9	0	33
		15,2%	36,4%	21,2%	27,3%	0,0%	100,0%

- ⇒ *Dobu trvání soulože s partnerkou / a partnerem odhadujete nyní v průměru na minut (uved'te počet minut)*
Před užíváním drog bývala dle Vašeho odhadu tato doba
 1. *delší, a to asi.....min*
 2. *kratší, a to asi min*
 3. *stejná*
 4. *nemohu porovnat, užíval/a jsem drogy už v době prvního sexuálního styku*

Délka trvání soulože se s užíváním drog změnila častěji, jak ukazuje tabulka 26. Část žen opět není schopná toto porovnat, protože užívaly drogy již při prvním styku. Uživatelé pervitinu vnímají častěji než uživatelé Subutexu prodloužení sexuálního styku od té doby, co drogu užívají. Mezi muži užívajícími Subutex je rozložení souboru rovnoměrné mezi ty, kteří považují nyní styk za kratší, delší nebo stejně dlouhý. U žen užívajících pervitin nejčastěji ke změně nedošlo a ženy užívající Subutex ji nejčastěji nemohou posoudit. Celkově u respondentů převažuje názor, že se doba soulože s bráním drog prodloužila, čemuž odpovídají i časové odhady. Uživatelky Subutexu, které měly srovnání, odhadovaly v průměru před bráním drog trvání 46 minut, zato s drogami 72 minut, s maximální hodnotou 8 hodin. Stejnou dobu udávaly některé uživatelky pervitinu, a to jak bez drog tak s nimi. V průměru odhadovaly, že soulož před tím, než užívaly drogy, trvala 51 minut, zatímco s drogami 59 minut. Muži v obou skupinách udávali maximální trvání v současnosti 6 hodin. U uživatelů pervitinu se průměrná délka soulože prodloužila ze 47 minut na 60 minut v době užívání. U uživatelů Subutexu pak ze 62 na 67 minut. V kapitole 3.6.4. porovnáme tyto odhady s reprezentativním vzorkem české populace.

Tab.26 Změna délky soulože v souvislosti s drogami

		Soulož s drogami					
		delší	stejná	kratší	Nelze porovnat	Neuvedeno	Celkem
Muži	Pervitin	42	30	18	11	12	115
		37,2%	26,5%	15,9%	9,7%	10,6%	100,0%
	Subutex	18	18	15	8	9	68
		26,5%	26,5%	22,1%	11,8%	13,2%	100,0%
Ženy	Pervitin	11	19	5	12	4	51
		21,6%	37,3%	9,8%	23,5%	7,8%	100,0%
	Subutex	8	6	8	10	1	33
		24,2%	18,2%	24,2%	30,3%	3,0%	100,0%

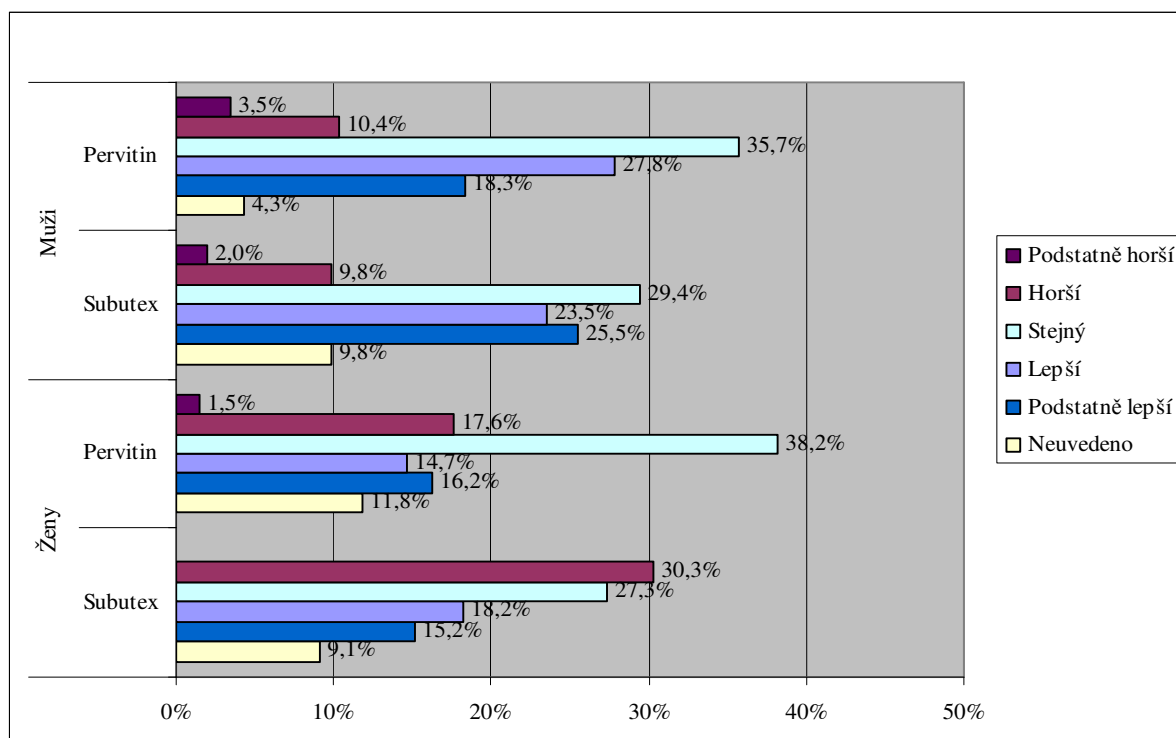
Zajímalo nás také, zda se nějak v průběhu užívání drog změnilo u respondentů prožívání orgasmu.

⇒ V porovnání s dobou před užíváním drog vnímáte obvykle nyní své pocitové vyvrcholení (orgasmus) při jakékoliv sexuální aktivitě jako

1. podstatně lepší
2. lepší
3. stejné
4. horší
5. podstatně horší

U žen se v tomto směru objevil určitý (ne však statisticky významný) rozdíl v závislosti na užívané droze. Zatímco většina uživatelůk pervitinu nepocituje žádnou změnu, případně spíše změnu k lepšímu, nejvíce uživatelůk Subutexu uvedlo, že jejich prožívání orgasmu se s drogami zhoršilo. Muži obou skupin si celkem vyrovnaně myslí, že zde žádný podstatný rozdíl není, případně jsou jejich prožitky v době užívání drog lepší (viz graf 15).

Graf 15 Změna prožívání orgasmu v souvislosti s drogami



3.5.5. Používání ochrany

Jedním z hlavních ukazatelů rizikovosti sexuálního chování je používání účinné ochrany proti nákaze pohlavně přenosnými chorobami. Respondenti byli dotazováni na to, zda používají ochranu se stálými a s náhodnými sexuálními partnery a jak se v tomto směru chovali v době, kdy ještě neužívali drogy.

⇒ *Používáte ochranu při styku se svou stálou partnerkou / se svým stálým partnerem?*

1. *nemám stálou partnerku / stálého partnera*

2. *nepoužívám*

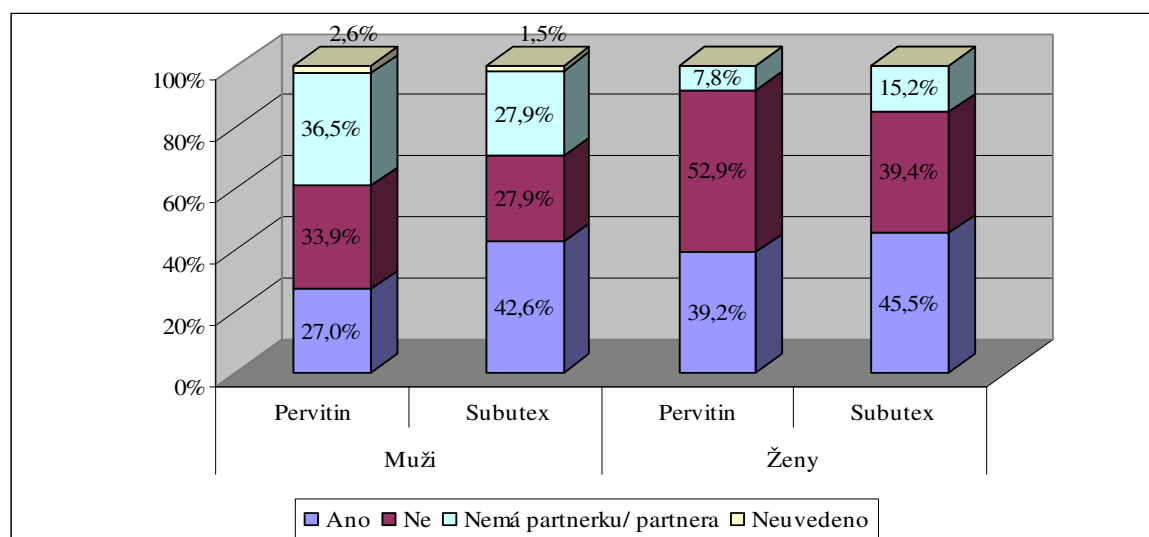
3. *používám, a to:*

	<i>vždy</i>	<i>občas</i>	<i>nikdy</i>
<i>přerušovaný styk</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
<i>kondom</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
<i>antikoncepční pilulky (partnerky).....</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
<i>jinou</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>

⇒ *jakou:*

Z těch, kteří partnerku/partnera měli to byly častěji ženy, které používají nějaký druh ochrany proti nechtěnému otěhotnění a/nebo nákaze STD. Z celkového počtu 115 mužů užívajících pervitin se 27 % se stálou partnerkou nějak chrání (viz tabulka 31), a to nejčastěji metodou přerušované soulože, kterou používá vždy 26 % a občas 39 % z nich (viz tabulka 32). Muži užívající Subutex používají ochranu se stálou partnerkou častěji a to ve 43 %. Jsou skupinou, která se nejčastěji chrání především před nechtěným otěhotněním partnerky – ve 35 % užívají jejich partnerky antikoncepční pilulky. Ve 31 % pak tito muži používají pokaždé kondom a občas přerušovaný styk. Ženy v obou skupinách jsou na tom s používáním ochrany se svým stálým partnerem velmi podobně. Uživatelky Subutexu ji používají o něco více (ve 46 % oproti 39 %) a častěji uvádějí, že vždy používají metodu přerušované soulože, zatímco uživatelky pervitinu spíše občas. Podrobně zobrazují tyto údaje graf 16 a tabulka 27, žádné z uváděných zjištění nebylo statisticky významné. V odpovědi „jiná ochrana“ uvedli respondenti následující možnosti (vždy po jednom/jedné): vyoperovaný vejcovod partnerky (uvedl muž), neplodnost partnera, vyoperovaný vejcovod (uvedla žena), vaginální globule, Pharmatex.

Graf 16 Používání ochrany se stálou partnerkou/stálým partnerem v současnosti



Tab.27 Druh ochrany používaný se stálou partnerkou v současnosti (% z těch, kteří nějakou ochranu užívají)

		Používaná ochrana se stálou partnerkou/stálým partnerem v současnosti							
		Přerušovaný styk		Kondom		Antikoncepční pilulky		Jiná	
		Vždy	Občas	Vždy	Občas	Vždy	Občas	Vždy	Občas
Muži	Pervitin (N=31)	25,8%	38,7%	19,4%	29,0%	9,7%	22,6%	3,2%	6,5%
	Subutex (N=29)	13,8%	31,0%	31,0%	24,1%	34,5%	10,3%	3,4%	0,0%
Ženy	Pervitin (N=20)	20,0%	45,0%	0,0%	20,0%	20,0%	15,0%	0,0%	5,0%
	Subutex (N=15)	40,0%	26,7%	0,0%	20,0%	13,3%	20,0%	6,7%	6,7%

Průměrně se respondenti chovají nyní o něco méně zodpovědně, než tomu bylo v době před braním drog. Mezi užíváním ochrany dříve a nyní (zahrnuty byly pouze odpovědi „používám“, „používal/a jsem“ a „nepoužívám“, „nepoužíval/a jsem“) však byla ve všech skupinách nalezena korelace (uživatelé pervitinu: $\chi^2 = 0,447$, $p < 0,001$; uživatelky pervitinu: $\chi^2 = 0,701$, $p < 0,001$; uživatelé Subutexu: $\chi^2 = 0,382$, $p = 0,01$; uživatelky Subutexu: $\chi^2 = 0,488$, $p < 0,05$). Počty respondentů ve skupinách jsou malé, proto jsou výsledky pouze orientační.

⇒ *Používal jste ochranu při styku se svou stálou partnerkou / se svým stálým partnerem před užíváním drog?*

1. *neměl jsem stálou partnerku / neměla jsem stálého partnera / užíval/a jsem drogy již v době prvního styku*

2. *nepoužíval/a jsem*

3. *používal/a, a to:*

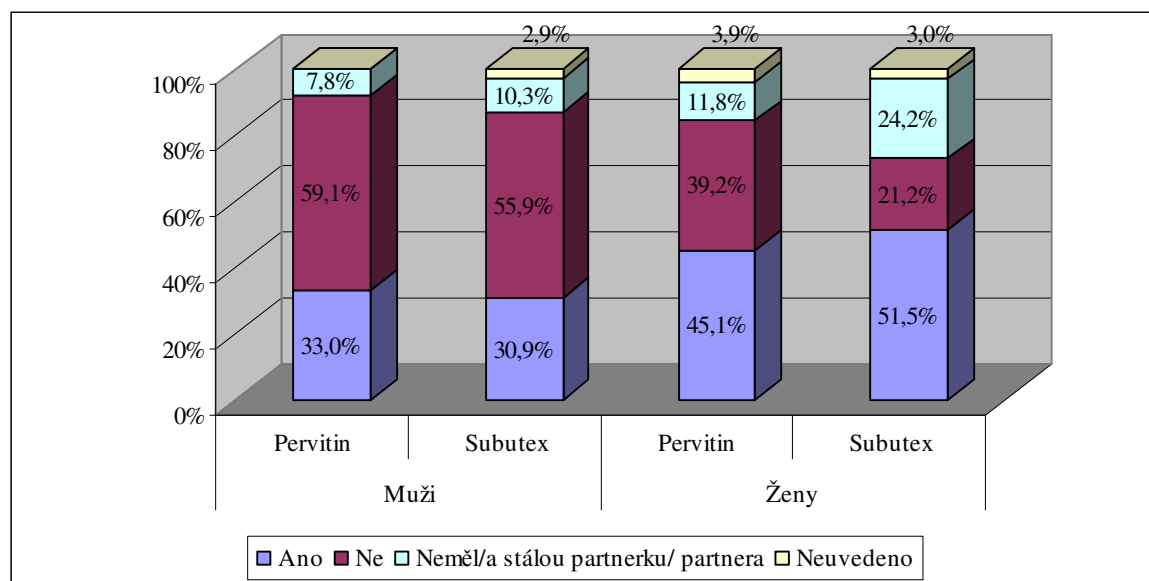
	<i>vždy</i>	<i>občas</i>	<i>nikdy</i>
<i>přerušovaný styk</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
<i>kondom</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
<i>antikoncepční pilulky (partnerky).....</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
<i>jinou</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>

⇒ *jakou:*

Pouze muži, užívající Subutex používali dříve při sexu se stálou partnerkou nějaký druh antikoncepce méně často než nyní (viz graf 17). Také metody používané jako ochrana proti otěhotnění a nákaze STD byly v době před braním drog účinnější. Respondenti všech skupin udávají častější používání kondomu, a to buď vždy nebo alespoň občas (viz tabulka 28). U mužů užívajících pervitin byla i v minulosti přerušovaná soulož nejčastější používanou metodou ochrany. Z jiných, námi nenabízených metod, uvedly ženy nitroděložní tělíčko, vaginální globule a injekce.

Graf 17

Používání ochrany se stálou partnerkou/stálým partnerem před užíváním drog



Tab.28 Druh ochrany používaný se stálou partnerkou před užíváním drog

(% z těch, kteří nějakou ochranu užívali)

		Používaná ochrana se stálou partnerkou/stálým partnerem před užíváním drog							
		Přerušovaný styk		Kondom		Antikoncepční pilulky		Jiná	
		Vždy	Občas	Vždy	Občas	Vždy	Občas	Vždy	Občas
Muži	Pervitin (N=38)	26,3%	39,5%	18,4%	39,5%	15,8%	13,2%	5,3%	5,3%
	Subutex (N=21)	14,3%	14,3%	38,1%	14,3%	23,8%	0,0%	0,0%	0,0%
Ženy	Pervitin (N=23)	21,7%	26,1%	8,7%	47,8%	26,1%	8,7%	0,0%	8,7%
	Subutex (N=17)	35,3%	0,0%	5,9%	35,3%	29,4%	11,8%	5,9%	5,9%

Zajímalo nás také, jak dodržují uživatelé drog zásady bezpečného sexu s náhodnými partnery a jak tomu bylo dříve, než brali drogy.

⇒ Používáte ochranu při styku s náhodnými partnerkami/partnery?

1. nemám náhodné sexuální styky
2. nepoužívám
3. používám, a to:

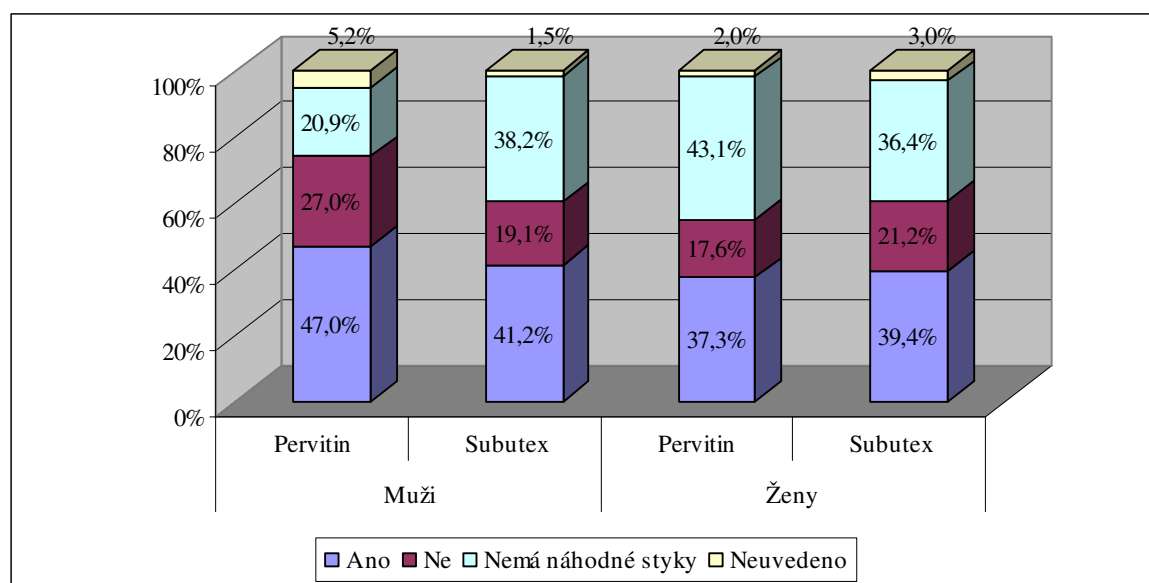
	vždy	občas	nikdy
přerušovaný styk	1	2	3
kondom	1	2	3
antikoncepční pilulky (partnerky).....	1	2	3
jinou	1	2	3

⇒ jakou:

Přibližně třetina respondentů neměla v období probíhajícího výzkumu náhodné sexuální styky. Téměř polovina mužů, užívajících pervitin (47 %) uvedla, že při sexu s náhodnými partnerkami užívají nějaký druh ochrany (viz graf 18). Ve 39 % pak tyto muži používají

pokaždé kondom, ve 32 % alespoň občas (viz tabulka 31). Uživatelé Subutexu, kteří používají s náhodnými partnerkami nějaký druh ochrany (41 %) používají nejvíce také kondom, a to 46 % z nich vždy a 39 % občas. Ženy mívají v průměru méně často náhodné sexuální kontakty. Přibližně jedna pětina z nich pak přiznává nechráněné styky s náhodnými partnery. Většina z těch, které používají nějakou ochranu, používá také kondom, i když uživatelky Subutexu zdaleka ne vždy a třetina dává přednost spíše přerušované souloži (viz tabulka 29).

Graf 18 Používání ochrany s náhodnými partnery v současnosti



Tab.29 Druh ochrany používaný s náhodnými partnery v současnosti (% z těch, kteří nějakou ochranu užívají)

		Používaná ochrana s náhodnými partnery v současnosti							
		Přerušovaný styk		Kondom		Antikoncepční pilulky		Jiná	
		Vždy	Občas	Vždy	Občas	Vždy	Občas	Vždy	Občas
Muži	Pervitin (N=54)	20,4%	25,9%	38,9%	31,5%	3,7%	7,4%	3,7%	5,6%
	Subutex (N=28)	7,1%	10,7%	46,4%	39,3%	0,0%	14,3%	0,0%	0,0%
Ženy	Pervitin (N=19)	5,3%	15,8%	57,9%	15,8%	10,5%	0,0%	0,0%	0,0%
	Subutex (N=13)	30,8%	23,1%	23,1%	61,5%	15,4%	7,7%	0,0%	0,0%

⇒ Používal/a jste ochranu při styku s náhodnými partnerkami/partnery před užíváním drog?

1. neměl/a jsem náhodné sexuální styky / užíval/a jsem drogy již v době prvního styku

2. nepoužíval/a jsem

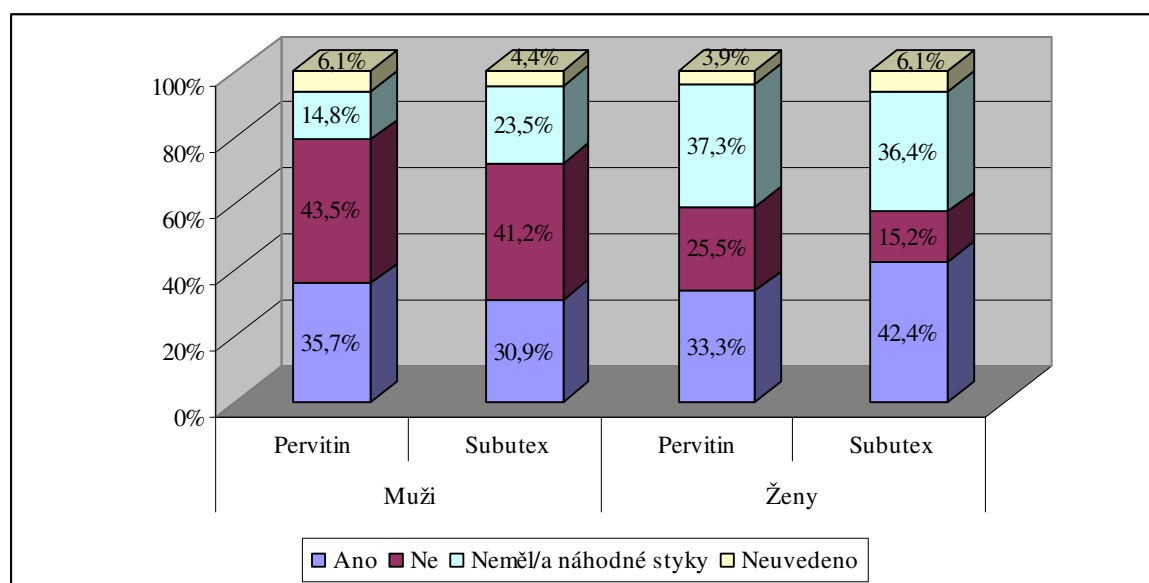
3. používal/a, a to:

	vždy	občas	nikdy
přerušovaný styk	1	2	3
kondom	1	2	3
antikoncepční pilulky (partnerky).....	1	2	3
jinou	1	2	3
⇒ jakou:			

V období před braním drog byli v otázce náhodného sexu méně zodpovědní především muži. Celých 43 % uživatelů pervitinu a 41 % uživatelů Subutexu nepoužívala při nahodilém sexu žádnou ochranu. Více než třetina žen takové kontakty vůbec neměla, nechráněný sex byl v této skupině méně častý (viz graf 19). Pokud nějakou ochranu respondenti používali, jednalo se ve velké většině o kondom, a to u uživatelů pervitinu a uživatelů Subutexu v polovině případů vždy a téměř třetině občas, u zbylých dvou skupin spíše nepravidelně (viz tabulka 30).

Také v otázce používání ochrany s náhodnou partnerkou byla nalezena korelace mezi jejím užíváním před braním drog a v období jejich užívání (uživatelé pervitinu: $\chi^2 = 0,667$, $p < 0,001$; uživatelky pervitinu: $\chi^2 = 0,528$, $p = 0,01$; uživatelé Subutexu: $\chi^2 = 0,586$, $p = 0,001$). Shoda u uživatelů Subutexu v obou proměnných je 100 %, zvláště zde je ale počet respondente, které odpověděly na obě otázky jasné ano nebo jasné ne (11 žen) tak malý, že z něj nelze vyvozovat žádné závěry.

Graf 19 Používání ochrany s náhodnými partnery před užíváním drog



Tab.30 Druh ochrany používaný s náhodnými partnery před užíváním drog
(% z těch, kteří nějakou ochranu užívali)

		Používaná ochrana s náhodnými partnery před užíváním drog							
		Prerušovaný styk		Kondom		Antikoncepční pilulky		Jiná	
		Vždy	Občas	Vždy	Občas	Vždy	Občas	Vždy	Občas
Muži	Pervitin (N=41)	12,2%	24,4%	51,2%	29,3%	2,4%	14,6%	4,9%	4,9%
	Subutex (N=21)	23,8%	9,5%	33,3%	38,1%	0,0%	9,5%	0,0%	0,0%
Ženy	Pervitin (N=17)	11,8%	5,9%	29,4%	41,2%	23,5%	0,0%	0,0%	5,9%
	Subutex (N=14)	35,7%	7,1%	50,0%	28,6%	21,4%	0,0%	0,0%	0,0%

3.5.6. Sexuální obtíže a poruchy

S celkovou spokojeností v oblasti sexuality úzce souvisí výskyt zdravotních i psychických obtíží, spojených se sexem. Mohou přejít v sexuální dysfunkce, vyžadující léčení. Na výskyt těchto potíží jsme se dotazovali v jedné části dotazníku. Zajímalo nás, zda měli respondenti nějaké potíže v oblasti sexuality ještě před tím, než začali užívat drogy.

⇒ *Měl jste v době před braním drog nějaké sexuální obtíže?*

1. ano, a to (může být i více odpovědí):

- | | |
|---|-----------|
| <i>příliš malá potřeba sexu</i> | <i>1.</i> |
| <i>předčasný výron semene</i> | <i>2.</i> |
| <i>poruchy erekce (ztopoření).....</i> | <i>3.</i> |
| <i>neschopnost dosáhnout vyvrcholení</i> | <i>4.</i> |
| <i>příliš velká potřeba sexu</i> | <i>5.</i> |
| <i>bolesti a nepříjemné pocity při souloži...</i> | <i>6.</i> |
| <i>opožděná ejakulace (výron semene)</i> | <i>7.</i> |
| <i>nedosažení ejakulace</i> | <i>8.</i> |
| <i>jiný problém</i> | <i>9.</i> |

jaký:

2. ne

⇒ *Měla jste v době před braním drog nějaké sexuální obtíže?*

1. ano, a to (může být i více odpovědí):

- | | |
|---|-----------|
| <i>příliš malá potřeba sexu</i> | <i>1.</i> |
| <i>vaginismus (křečovitě stažení svalstva poševního vchodu)</i> | <i>2.</i> |
| <i>potíže s dosažením vzrušení.....</i> | <i>3.</i> |
| <i>neschopnost dosáhnout vyvrcholení</i> | <i>4.</i> |
| <i>příliš velká potřeba sexu</i> | <i>5.</i> |
| <i>bolesti a nepříjemné pocity při souloži ..</i> | <i>6.</i> |
| <i>nedostatečné zvlhčení pochvy</i> | <i>7.</i> |
| <i>jiný problém</i> | <i>8.</i> |

jaký:

2. ne

Nějaký druh obtíží mělo před braním drog 35 % mužů, užívajících pervitin a 40 % mužů, užívajících Subutex. U první skupiny šlo nejčastěji o předčasnou ejakulaci, přičemž čtvrtina mužů uvedla více než jeden druh obtíží, u druhé skupiny se jednalo nejčastěji o zvýšenou apetenci (až hypersexualitu) a opět přibližná čtvrtina uvedla více než jeden druh obtíží, které se u nich v minulosti vyskytly. U žen si o něco častěji na problémy vzpomněly uživatelky pervitinu (43 % respondentek) než uživatelky Subutexu (36 % respondentek). U žen užívajících pervitin se jednalo nejčastěji o bolesti a nepříjemné pocity při souloži (dyspareunii) a téměř 2/3 z nich měly v minulosti více než jeden problém. Uživatelky Subutexu trpěly nejčastěji potížemi s dosažením orgasmu (dysfunkčním orgasmem) a opět 2/3 měly více než jeden problém. Podrobné rozložení četností jednotlivých obtíží v souboru zobrazují tabulky 31 (muži) a 32 (ženy). Přestože poměrně vysoké procento respondentek uvedlo „jiné“ potíže, jejich povahu napsala jen jedna uživatelka Subutexu. Jednalo se o „potíže po interrupcích“. O jaké obtíže šlo však neuvedla.

Tab.31 Povaha sexuálních obtíží u mužů před užíváním drog (% z těch, kteří měli obtíže)

	Muži	
	Pervitin (N=40)	Subutex (N=27)
Předčasná ejakulace	40,0%	29,6%
Velká potřeba sexu	25,0%	33,3%
Malá potřeba sexu	30,0%	18,5%
Potíže s vyvrcholením	12,5%	11,1%
Opožděná ejakulace	5,0%	14,8%
Poruchy erekce	10,0%	7,4%
Nedosažení ejakulace	10,0%	7,4%
Bolesti, nepříjemné pocity	7,5%	7,4%
Jiné	5,0%	7,4%

Tab.32 Povaha sexuálních obtíží u žen před užíváním drog (% z těch, které měly obtíže)

	Ženy	
	Pervitin (N=22)	Subutex (N=12)
Bolesti, nepříjemné pocity	63,6%	41,7%
Potíže s vyvrcholením	45,5%	58,3%
Potíže se vzrušivostí	36,4%	41,7%
Malá potřeba sexu	36,4%	33,3%
Potíže s lubrikací	27,3%	16,7%
Vaginismus	22,7%	8,3%
Velká potřeba sexu	9,1%	8,3%
Jiné	13,6%	8,3%

I v tomto bodě nás především zajímalo, jak se situace změnila od doby, kdy respondenti užívají drogy. Ptali jsme se proto, zda se u nich objevily nějaké obtíže v souvislosti s užíváním drog.

⇒ Objevila se u Vás některá z níže uvedených sexuálních obtíží v souvislosti s užíváním drog?

1. ano, a to (může být i více odpovědí):

- příliš malá potřeba sexu 1.
- předčasný výron semene 2.
- poruchy erekce (ztopoření)..... 3.
- neschopnost dosáhnout vyvrcholení 4.
- příliš velká potřeba sexu 5.
- bolesti a nepříjemné pocity při souloži 6.
- opožděná ejakulace (výron semene) 7.
- nedosažení ejakulace 8.
- jiný problém 9.

jaký:

2. ne

⇒ Tyto obtíže se objevily poprvé po.....měsících užívání drog (uveďte počet měsíců od začátku užívání)

⇒ Objevila se u Vás některá z níže uvedených sexuálních obtíží v souvislosti s užíváním drog?

1. ano, a to (může být i více odpovědí):

- příliš malá potřeba sexu 1.
- vaginismus (křečovitě stažení svalstva poševního vchodu) 2.
- potíže s dosažením vzrušení..... 3.
- neschopnost dosáhnout vyvrcholení 4.
- příliš velká potřeba sexu 5.
- bolesti a nepříjemné pocity při souloži .. 6.
- nedostatečné zvlhčení pochvy 7.
- jiný problém 8.

jaký:

2. ne

⇒ Tyto obtíže se objevily poprvé po měsících užívání drog (uveďte počet měsíců od začátku užívání)

Většina mužů v souboru měla nebo má v době užívání drogy nějaký druh sexuálních obtíží. Konkrétně šlo o 52 % uživatelů pervitinu (12 % na otázku neodpovědělo) a 66 %

uživatelů Subutexu (10 % neodpovědělo). Rozdíl mezi skupinami nebyl statisticky významný. U první skupiny se nejčastěji vyskytovala zvýšená apetence a téměř třetina respondentů uvedla více než jeden druh obtíží. Jeden muž užívající pervitin uvedl jako „jinou“ obtíž vysokou citlivost pohlavního údu. 27 respondentů odpovědělo na otázku, po jak dlouhé době užívání drog se poprvé objevily dané obtíže. Průměrně uváděli 15,4 měsíce (SD = 18,91), s mediánem a modem v 6 měsících. U druhé skupiny, tedy u uživatelů Subutexu, se nejčastěji vyskytla snížená apetence a více než 1/3 uvedla dva a více problémů. U těch, kteří se pokusili odhadnout, za jak dlouho se obtíže objevili (25 respondentů), to bylo v průměru po 24,0 měsících (SD = 44,46), s mediánem ve 12 měsících a nejčastěji udávanou dobou 6 měsíců. Frekvenci výskytu jednotlivých druhů problémů zobrazuje tabulka 33.

Tab.33 Povaha sexuálních obtíží u mužů s užíváním drog (% z těch, kteří měli nebo mají obtíže)

	Muži	
	Pervitin (N=60)	Subutex (N=45)
Malá potřeba sexu	25,0%	40,0%
Velká potřeba sexu	36,7%	22,2%
Poruchy erekce	25,0%	31,1%
Potíže s vyvrcholením	26,7%	24,4%
Předčasná ejakulace	21,7%	17,8%
Nedosažení ejakulace	11,7%	13,3%
Opožděná ejakulace	10,0%	11,1%
Bolesti, nepříjemné pocity	1,7%	8,9%
Jiné	0,0%	0,0%

Také ženy většinou přiznaly, že poté, co začaly užívat drogy se u nich objevily některé potíže v oblasti sexu. Problémy se vyskytly u 63 % uživatelék pervitinu (6 % na otázku neodpovědělo) a 70 % uživatelék Subutexu (3 % neodpověděla), ani zde nebyl rozdíl v četnosti statisticky významný. V první skupině šlo nejčastěji o poruchu sexuálního vzrušení a více než polovina žen v této skupině měla nebo má dvě nebo více obtíží. 13 z nich odpovědělo na otázku, po jak dlouhé době užívání drog se potíže vyskytly. V průměru to bylo po 11,5 měsících (SD = 13,38), s mediánem i modem v 6 měsících. Uživatelky Subutexu uváděly jako nejčastější problém sníženou apetenci, a to ve více než polovině případů. Třetina z nich také měla nebo má více než jeden problém. Jedna žena uvedla potíže po interrupcích (šlo o stejnou respondentku jako v předchozí otázce). Z 16 žen, které odhadovaly dobu prvního výskytu uvedla největší část 1 měsíc, průměrně se vyskytovaly potíže po 14,4 měsících (SD = 22,74), s mediánem ve 3,5. Frekvenci výskytu jednotlivých potíží zobrazuje tabulka 34.

Tab.34 Povaha sexuálních obtíží u žen s užíváním drog (% z těch, které měly nebo mají obtíže)

	Ženy	
	Pervitin (N=32)	Subutex (N=23)
Malá potřeba sexu	31,2%	52,2%
Potíže se vzrušivostí	37,5%	39,1%
Potíže s vyvrcholením	34,4%	39,1%
Bolesti, nepříjemné pocity	28,1%	13,0%
Potíže s lubrikací	28,1%	4,3%
Velká potřeba sexu	25,0%	4,3%
Vaginismus	6,2%	0,0%
Jiné	3,1%	0,0%

Hledali jsme v souboru ty jedince, kteří měli nějaké sexuální obtíže i před užíváním drog i s ním a zajímalo nás, zda mezi těmito dvěma proměnnými existuje významnější korelace. U uživatelů pervitinu se prokázala korelace mezi proměnnými ($\chi^2 = 0,307$, $p < 0,01$). Kladně na obě otázky odpovědělo 24,3 % všech respondentů z této skupiny, při nesouladu odpovědí převládali výrazně ti, kteří dříve problémy neměli a s užíváním drog ano (31 respondentů ku 7 respondentům s opačnou zkušeností). Z uživatelů Subutexu odpovědělo dvakrát kladně 30,9 % respondentů, také zde byla nalezena korelace mezi proměnnými ($\chi^2 = 0,310$, $p < 0,05$). Při rozdílných odpovědích opět velmi výrazně převládali ti, kteří měli problémy v době užívání drog (24 respondentům oproti dvěma s opačnou zkušeností). Uživatelky pervitinu odpověděly kladně na obě otázky ve 35,3 % a mezi sledovanými proměnnými byla prokázána korelace ($\chi^2 = 0,295$, $p < 0,05$). Uživatelky Subutexu měly ve 33,3 % problémy dříve i později, s drogami. Nejvíce žen v této skupině uvedlo, že dříve problémy neměly, zato se u nich objevily s užíváním drog. Obě proměnné spolu korelovaly ($\chi^2 = 0,341$, $p = 0,05$).

3.5.7. Využívání a poskytování komerčního sexu

Jak již bylo několikrát zdůrazněno, problémoví uživatelé drog jsou považováni za jednu z nejrizikovějších skupin s ohledem na přenos pohlavně přenosných chorob, a to především HIV/AIDS a hepatitid typu B a C. Druhou takovou skupinou jsou ženy a muži poskytující sex za peníze, tedy provozující prostituci. Z praxe i dosavadních výzkumů vyplývá, že tyto dvě skupiny se do značné míry překrývají nebo potkávají ve vztahu poskytovatel/ka komerčního sexu – zákazník. Obě varianty jsou z hlediska zdravotního velmi rizikové, obzvláště pokud vezmeme v úvahu (ne)dodržování zásad bezpečného sexu v populaci uživatelů drog. Prostředí prostituce také znamená velkou psychosociální zátěž a s největší pravděpodobností i

významně ovlivní vztah jedince k celé oblasti sexuality, a to především pokud se sám stává poskytovatelem komerčních sexuálních služeb.

Ptali jsme se mužů-respondentů na to, zda měli někdy v minulosti pohlavní styk s prostitutkou a zda používali v takových situacích kondom.

⇒ *Měl jste někdy v životě pohlavní styk s prostitutkou?*

1. *ne*

2. *ano, jedenkrát*

3. *ano, opakovaně*

⇒ *Pokud ano, použil jste při styku s prostitutkou kondom?*

1. *ne, nikdy*

2. *občas ano*

3. *vždy*

Jak je patrné z tabulky 35, obě skupiny dotazovaných mužů se od sebe příliš neliší v tom, zda měli nebo neměli někdy pohlavní styk s prostitutkou. Drobný rozdíl existuje pouze ve frekvenci těchto kontaktů. V obou skupinách uvedla necelá polovina mužů, že nikdy sex s prostitutkou neměli. Z těch, kteří ano, převažují především u uživatelů Subutexu vícečetné kontakty.

Tab.35 Styk s prostitutkou

	Styk s prostitutkou				
	Nikdy	Jedenkrát	Opakovaně	Neuvedeno	Celkem
Pervitin	52	25	31	7	115
	45,2%	21,7%	27,0%	6,1%	100,0%
Subutex	32	9	23	4	68
	47,1%	13,2%	33,8%	5,9%	100,0%

Více než třetina z respondentů užívajících pervitin, kteří měli někdy pohlavní styk s prostitutkou, použila v takovém případě vždy kondom. Alespoň někdy ho použilo 21 % a celých 20 % mělo styk s prostitutkou vždy bez kondomu. Polovina uživatelů Subutexu použila při styku s prostitutkou kondom vždy. Nicméně i oni ve 22 % udali, že v takových situacích nikdy účinnou ochranu nepoužili. Otázkou také je, jak se v dané situaci chovali ti, kteří na otázku neodpověděli a kterých je tentokrát v obou skupinách okolo 20 %. Četnosti odpovědí zobrazuje tabulka 36.

Tab.36 Používání kondomu při styku s prostitutkou (% z těch, kteří měli sex s prostitutkou)

	Používání kondomu s prostitutkou				
	Vždy	Občas	Nikdy	Neuvedeno	Celkem
Pervitin (N=56)	39,3%	21,4%	19,6%	19,6%	100,0%
Subutex (N=32)	50,0%	6,2%	21,9%	21,9%	100,0%

Vlastní prostituce je z hlediska zdravotních i psychosociálních rizik nesrovnatelně závažnějším faktorem než sexuální kontakty s prostitutkami. Vzhledem ke zkušenostem s drogovou klientelou z praxe jsme se dotazovali, zda někdo z respondentů – mužů i žen – někdy sexuální služby za peníze poskytl. Do stejné kategorie jsme zahrnuli i poskytování sexu za drogy nebo jinou úplatu. To nemusí znamenat přímo prostituci v běžném slova smyslu, je zde však možné najít podobné rysy prostředí i chování a riziko fyzického nebo psychického poškození je také srovnatelné. Uživatelé drog si přitom tuto spojitost často neuvědomují a dané situace bagatelizují.

⇒ *Poskytl/a jste někdy sexuální služby za peníze, drogy, či jinou úplatu?*

1. *ne*

2. *ano, výjimečně*

3. *ano, opakovaně*

⇒ *Pokud jste takovou službu někdy poskytl/a, bylo to:*

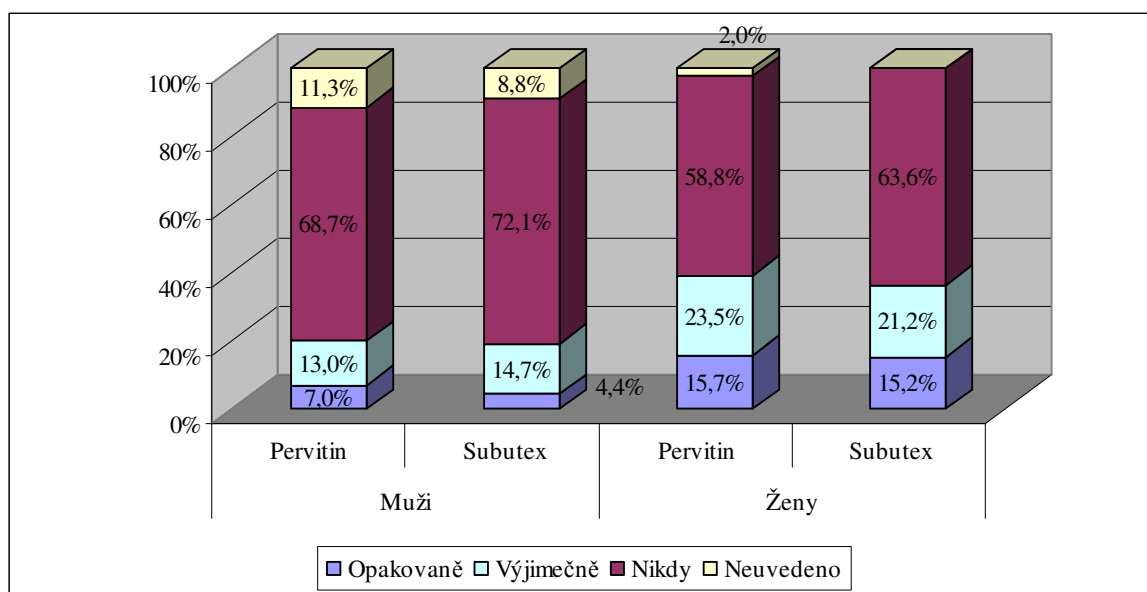
1. *muži (mužům)*

2. *ženě (ženám)*

3. *oběma pohlavím*

Uživatelé pervitinu – muži i ženy – se v tomto směru ukázali jako mírně rizikovější, ne však statisticky významně. Mezi muži užívajícími pervitin 20 % někdy v životě poskytlo sexuální služby za nějakou formu úplaty, z toho 7 % opakovaně. U uživatelů Subutexu poskytlo služby 4 % mužů opakovaně a 15 % výjimečně. Ženy v obou skupinách se v tomto ohledu chovaly velmi podobně – 24 % uživatelék pervitinu a 21 % uživatelék Subutexu poskytlo za úplatu sex výjimečně, opakovaně pak 16 %, resp. 15 % z nich (viz graf 20).

Graf 20 Poskytnutí sexuálních služeb za peníze, drogy či jinou úplatu



Necelá polovina mužů v obou skupinách uvedla, že poskytli sexuální služby za úplatu ženě. Stejnému pohlaví takovou službu poskytla jen malá část, ostatní buď na otázku neodpověděli nebo uvedli, že sex za úplatu měli s oběma pohlavími (22 % uživatelů pervitinu a 23 % uživatelů Subutexu). Ženy častěji než muži poskytly placený sex druhému pohlaví (polovina uživatelů pervitinu a dvě třetiny uživatelů Subutexu). Třetina uživatelů Subutexu pak na otázku neodpověděla a téměř třetina uživatelů pervitinu měla zkušenost s placeným sexem poskytovaným oběma pohlavím. Podrobné výsledky viz tabulka 37.

Tab.37 Komu byla poskytnuta sexuální služba za úplatu (% z těch, kteří takovou službu poskytly)

		Sex za úplatu poskytnut				
		muži	ženě	oběma pohlavím	Neuvedeno	Celkem
Muži	Pervitin (N=23)	4,3%	47,8%	21,7%	26,1%	100,0%
	Subutex (N=13)	7,7%	46,2%	23,1%	23,1%	100,0%
Ženy	Pervitin (N=20)	50,0%	5,0%	30,0%	15,0%	100,0%
	Subutex (N=12)	66,7%	0,0%	0,0%	33,3%	100,0%

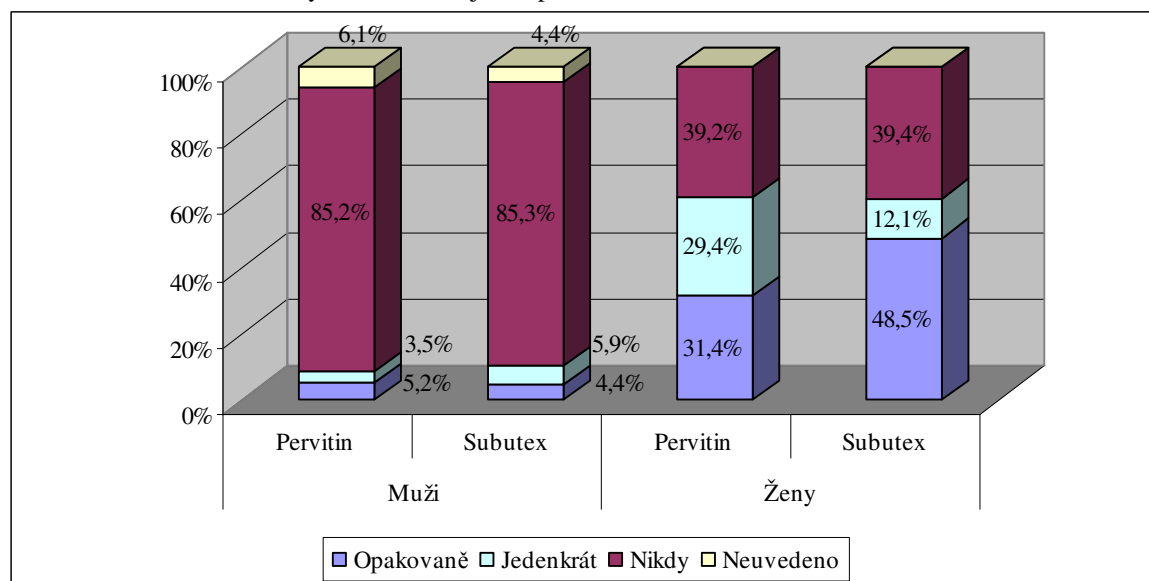
3.5.8. Sexuální styk se stejným pohlavím

Vyjasnění vlastní sexuální orientace je jedním z nejdůležitějších faktorů spokojeného sexuálního života. Ptali jsme se proto respondentů, zda někdy měli sexuální styk s osobou stejného pohlaví, případně kolik takových sexuálních partnerů měli.

- ⇒ *Měl jste někdy v životě pohlavní styk s mužem? / Měla jste někdy v životě pohlavní styk se ženou?*
1. *ne*
 2. *ano, jedenkrát*
 3. *ano, opakovaně, a to celkem s partnery/partnerkami (uved'te počet)*

V otázce homosexuálních styků se objevil významný rozdíl mezi oběma pohlavími (uživatelé pervitinu: $\chi^2 = 48,239$, $p < 0,001$; uživatelé Subutexu: $\chi^2 = 30,185$, $p < 0,001$). Zatímco muži v obou skupinách neměli podle svých tvrzení v 85 % nikdy pohlavní styk s mužem, ženy neměly styk se ženou pouze ve 39 %, a to opět shodně, nehledě na drogu. Naopak 31 % uživatelů pervitinu a 49 % uživatelů Subutexu mělo za svůj život opakovaně sexuální styk se ženou (viz graf 21). Počet mužů, kteří uvedli, s kolika partnery měli homosexuální styk, byl minimální. Ženy užívající pervitin měly opakovaně sex maximálně s 12 partnerkami, nejčastěji pak se 3. Uživatelky Subutexu měly nejvíce 7 partnerek, nejčastěji pak 2.

Graf 21 Sexuální styk s osobou stejného pohlaví



Výskyt homosexuálních kontaktů v historii jedince ještě neznamena jeho homosexuální orientaci. Tázali jsme se proto respondentů, zda se cítí homosexuálně orientovaní a pokud ano, zda mají trvalý partnerský vztah s jedincem stejného pohlaví.

⇒ *Považujete se za homosexuála? / Považujete se za homosexuálně orientovanou (lesbičku)?*

1. *ne*
2. *nejsem si jist/a*
3. *ano*

⇒ *Pokud ano, trvalý partnerský vztah s mužem / se ženou v současné době:*

1. *mám*
2. *nemám*

Naprostá většina respondentů – mužů i žen – se nepovažuje za homosexuály. Pouze 2 muži v souboru mají jasno ve své homosexuální orientaci, 3 muži si nejsou jisti. Jeden uživatel pervitinu měl v době výzkumu stálý vztah s mužem. Žádná z žen se nepovažuje za lesbičku, ale 16 % uživatelů pervitinu a 12 % uživatelů Subutexu si svou orientací není jisto (viz tabulka 38).

Tab.38 Homosexuální orientace

		Homosexuální orientace				
		Ano	Nejsem si jist/a	Ne	Neuvedeno	Celkem
Muži	Pervitin	1	2	98	14	115
		0,9%	1,7%	85,2%	12,2%	100,0%
	Subutex	1	1	61	5	61
		1,5%	1,5%	89,7%	7,4%	100,0%
Ženy	Pervitin	0	8	41	2	58
		0,0%	15,7%	80,4%	3,9%	100,0%
	Subutex	0	4	28	1	33
		0,0%	12,1%	84,8%	3,0%	100,0%

Vzhledem ke zkušenostem s výpověďmi klientů drogových služeb jsme považovali za užitečné zařadit také dotaz na bisexuální orientaci.

⇒ *Považujete se za bisexuála/ku?*

1. *ne*
2. *ano*

Jak je patrné z tabulky 39, obě skupiny jsou vyrovnané v četnosti, s jakou se hlásí k bisexuální orientaci. 10 % mužů užívajících pervitin a o jedno procento méně uživatelů Subutexu se cítí přitahováno sexuálně k oběma pohlavím. O své bisexuální orientaci je přesvědčena především velká část respondentek, konkrétně 43 % uživatelék pervitinu a 36 % uživatelék Subutexu. Mezi oběma pohlavími byl u této proměnné opět prokázán statisticky významný rozdíl (uživatelé pervitinu: $\chi^2 = 18,878$, $p < 0,001$; uživatelé Subutexu: $\chi^2 = 8,832$, $p < 0,01$).

Tab.39 Bisexuální orientace

		Bisexuální orientace			
		Ano	Ne	Neuvedeno	Celkem
Muži	Pervitin	11	90	14	115
		9,6%	78,3%	12,2%	100,0%
	Subutex	6	56	6	68
		8,8%	82,4%	8,8%	100,0%
Ženy	Pervitin	22	29	0	51
		43,1%	56,9%	0,0%	100,0%
	Subutex	12	20	1	33
		36,4%	60,6%	3,0%	100,0%

3.5.9. Pohlavně přenosné choroby

Je běžnou praxí počítat u drogové populace s vyšším výskytem pohlavně přenosných chorob. Z našeho pohledu je tato otázka důležitá nejen kvůli šíření onemocnění a jejich zdravotním rizikům, ale i vzhledem ke kvalitě sexuálního života jednotlivce. Dotazovali jsme se proto nejprve na výskyt méně závažných pohlavně přenosných chorob, v dalších otázkách jsme se pak detailněji věnovali těm nejzávažnějším, které jsou u uživatelů drog bohužel poměrně časté – hepatitidě typu B a C a HIV/AIDS.

⇒ Měl jste někdy v životě nebo nyní máte některou z pohlavně přenosných nemocí?

1. ano, měl/mám

⇒ jednalo se/jedná se o (může být i více odpovědí):

kapavku 1.

syfilis 2.

kondylomata (fíčky) 3.

filcky (muňky) 4.

2. ano, ale nevím o jakou nemoc šlo/jde

3. ne

⇒ Měla jste někdy v životě nebo nyní máte některou z pohlavně přenosných nemocí?

1. ano, měla/mám

⇒ jednalo se/jedná se o (může být i více odpovědí):

kapavku 1.

syfilis 2.

kondylomata (fíčky) 3.

filcky (muňky) 4.

zánět močové trubice 5.

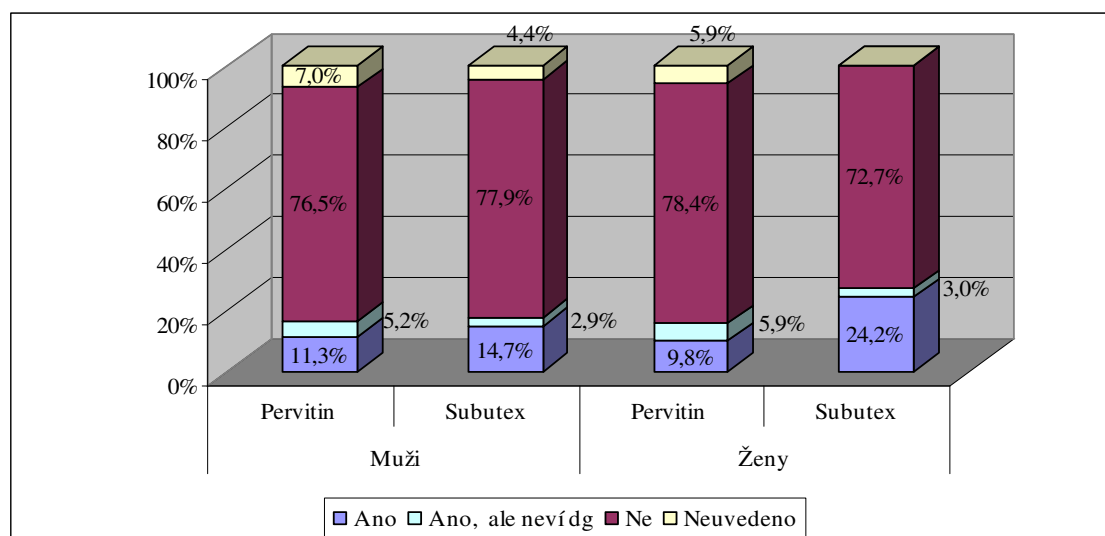
2. ano, ale nevím o jakou nemoc šlo/jde

3. ne

Z výsledků vyplývá, že 17 % uživatelů pervitinu a 18 % uživatelů Subutexu mělo někdy nějakou pohlavně přenosnou chorobu. Určitá část z nich ale neví, o jakou nemoc šlo. Z žen prodělaly nějakou STD častěji uživatelky Subutexu, rozdíl však nebyl statisticky významný. Téměř čtvrtina zná diagnózu, další 3 % nevědí, o jakou nemoc se jednalo, stejně jako 6 % uživatelů pervitinu (viz graf 22).

Uživatelé pervitinu, kteří znali druh svého onemocnění, měli v minulosti či v době dotazování nejčastěji filcky (62 %) nebo prodělali kapavku (32 %). Uživatelé Subutexu měli také nejčastěji tyto dvě obtíže, a to shodně v 70 % případů známé diagnózy. U uživatelů pervitinu se objevilo po jednom případě kapavky, syfilitidy (tato závažná nemoc byla v souboru zastoupena celkem 4x, po jednom případě v každé skupině) a zánětu močové trubice, ostatní ženy neuvedly diagnózu. Polovina uživatelů Subutexu, které druh svých obtíží znaly, trpěly zánětem močové trubice, 38 % pak mělo kapavku nebo filcky. Respondenti mohli zvolit i více možností, což se také v několika případech stalo. Dva respondenti - muži - také připsali, že v minulosti měli bičenku. Vzorek těch, kteří měli nějakou STD a věděli jakou, je velmi malý, proto jsou údaje pouze ilustrační.

Graf 22 Výskyt pohlavně přenosných chorob



Uživatelé drog, především ti, kteří využívají preventivních služeb pro ně určených, jsou opakovaně informováni o rizicích spojených s nákazou HIV/AIDS nebo infekčními hepatitidami. Zajímalo nás proto, zda riziko nákazy těmito viry – v případě injekčních uživatelů obzvlášť reálné – nějak ovlivnilo jejich sexuální chování.

⇒ Změnil/a jste své sexuální chování v důsledku hrozby onemocnění AIDS nebo žloutenky typu B nebo C?

1. ne, nebylo co měnit, vždy jsem se choval/a zodpovědně
2. ne, i když by to bylo dobré
3. ne, ani jsem o tom neuvažoval/a
4. ano, změnil/a

⇒ jestliže ano, šlo o (může být i více odpovědí):

- | | |
|---|----|
| snížení počtu sexuálních partnerek/partnerů | 1. |
| snížení počtu pohlavních styků | 2. |
| změnu způsobu sexuálního styku | 3. |
| pohlavní styky pouze s kondomem | 4. |
| přestal/a jste s pohlavními styky úplně | 5. |
| něco jiného | 6. |
| vypište co: | |

Uživatelé Subutexu – muži i ženy – podle svých tvrzení více dbali na varování o možných nákazách závažnými infekčními chorobami, které se mohou přenášet také cestou pohlavního styku. Pouze čtvrtina uživatelů a uživatelék pervitinu nějak své chování změnila, zatímco u uživatelů Subutexu se tak zachovalo 32 % mužů a 42 % žen. Uživatelé Subutexu mají častěji pocit, že nemuseli nic měnit, protože se vždy chovali zodpovědně. Pouze malá část z nich o žádné změně neuvažovala (viz tabulka 40).

Tab.40 Změna sexuálního chování v důsledku hrozby onemocnění HIV/AIDS nebo hepatitidy B nebo C

		Změna s hrozbou onemocnění					
		Ano	Ne, choval/a se zodpovědně	Ne, ale bylo by to dobré	Ne, neuvažoval/a o tom	Neuvedeno	Celkem
Muži	Pervitin	29	38	24	12	12	115
		25,2%	33,0%	20,9%	10,4%	10,4%	100,0%
	Subutex	22	22	16	2	6	68
		32,4%	32,4%	23,5%	2,9%	8,8%	100,0%
Ženy	Pervitin	13	19	12	6	1	51
		25,5%	37,2%	23,5%	11,8%	2,0%	100,0%
	Subutex	14	13	4	2	0	33
		42,4%	39,4%	12,1%	6,1%	0,0%	100,0%

Z dosud zjištěných informací od respondentů se nám jako nejpodstatnější z hlediska prevence nákazy jeví používání ochrany s náhodnou partnerkou v době, kdy již respondenti užívali drogy. Zjišťovali jsme proto společný výskyt odpovědí na tuto otázku a tvrzení, proč své chování pod hrozbou onemocnění nezměnili. 68 % uživatelů pervitinu, kteří uvedli, že se chovali vždy zodpovědně, buď nemá náhodné sexuální kontakty, nebo při nich používá

nějaký druh ochrany. Žádnou ochranu nepoužívá 32 % z nich, oproti 50 % z těch, kteří o změně neuvažovali. Uživatelé Subutexu, kteří se podle svého tvrzení vždy chovali zodpovědně, v naprosté většině náhodné styky buď nemají (36 %) nebo při nich používají nějaký druh ochrany (46 %). Také u žen převažují v obou skupinách „zodpovědných“ ty, které buď nemají náhodné styky, nebo je mají s ochranou. Mezi těmi které o změně neuvažovaly byly naopak především ženy, které mají náhodný sex bez chránění. Počty respondentek jsou v tomto případě velmi malé, proto procentuální zastoupení neuvádíme.

Respondenti, kteří změnili pod hrozbou závažných onemocnění své sexuální chování, byli dotazováni na druh této změny. Na výběr měli z pěti variant, šestou variantou byla odpověď „něco jiného“ s možností konkrétního uvedení změny. Ve výběru se objevují více i méně účinné metody proti nákaze. Četnosti odpovědí zobrazuje tabulka 41. Z ní je patrné, že muži v obou skupinách začali nejčastěji používat při každém sexuálním styku kondom. Stejně tak i největší počet uživatelék pervitinu, které nějakou změnu ve svém chování učinily. Uživatelky Subutexu volily nejčastěji cestu snížení rizika pomocí snížení počtu sexuálních partnerů. V kategorii „jiných“ změn se objevily ve všech skupinách především takové, které se týkaly výběru partnera: „nemám pohlavní styk s narkomankami“, sex pouze s partnery se žloutenkou C“, „upozorňuji předem, že jsem nemocná“ apod.

Tab.41 Druh změny sexuálního chování z důvodu hrozby vážných virových onemocnění (% z těch, kteří své chování změnili)

	Muži		Ženy	
	Pervitin (N=29)	Subutex (N=22)	Pervitin (N=13)	Subutex (N=14)
Méně sex. partnerů	27,6%	31,8%	30,8%	64,3%
Styk pouze s kondomem	41,4%	40,9%	38,5%	28,6%
Méně pohlavních styků	24,1%	9,1%	23,1%	21,4%
Změna způsobu styku	10,3%	9,1%	15,4%	14,3%
Již nesouloží	10,3%	4,5%	0,0%	7,1%
Jiné	3,4%	9,1%	15,4%	14,3%

Zajímalo nás dále, zda se uživatelé nechali někdy testovat na přítomnost viru HIV. Pokud ano, jak často se tak děje - zda šlo pouze o jednorázový nebo náhodný test (např. jako součást přijetí na detoxifikaci nebo jako odpověď na dočasnou nabídku K-centra) nebo zda se jedná o systematickou péči o své zdraví.

⇒ *Byl/a jste testován/a na HIV?*

1. *ne*
2. *ano, jednou*
3. *ano, dvakrát*
4. *ano, třikrát a více*
5. *ano, pravidelně (alespoň 2x ročně)*

Respondenti všech čtyř skupin – nehlédě na pohlaví a hlavní užívanou drogu – byli z velké většiny již někdy v životě na HIV testováni. 77 % mužů užívajících pervitin bylo testováno alespoň jednou, 23 % se nechává testovat pravidelně. 84 % mužů, užívajících Subutex bylo také někdy v životě testováno, více než polovina alespoň třikrát a pětina pravidelně. V obou skupinách žen bylo někdy testováno 82 %, uživatelky Subutexu přitom mají náskok co do počtu testování (viz tabulka 42). Rozdíly nejsou statisticky významné.

Tab.42 Testování na přítomnost viru HIV

		Testování na HIV						
		Ano, pravidelně	Ano, 3x a více	Ano, 2x	Ano, 1x	Ne	Neuvedeno	Celkem
Muži	Pervitin	26	17	18	28	18	8	115
		22,6%	14,8%	15,7%	24,3%	15,7%	7,0%	100,0%
	Subutex	14	22	10	11	9	2	68
		20,6%	32,4%	14,7%	16,2%	13,2%	2,9%	100,0%
Ženy	Pervitin	9	10	12	11	7	2	51
		17,6%	19,6%	23,5%	21,6%	13,7%	3,9%	100,0%
	Subutex	10	8	5	4	6	0	33
		30,3%	24,2%	15,2%	12,2%	18,2%	0,0%	100,0%

Velkou hrozbou je u injekčních uživatelů drog především virus hepatitidy C. Toto závažné onemocnění se k populaci problémových uživatelů vyskytuje mnohonásobně častěji než v běžné populaci a v našem regionu s mnohem větší frekvencí než obecně obávaný virus HIV.

⇒ Byl/a jste testován/a na žloutenku typu C?

1. ne
2. ano, jednou
3. ano, dvakrát
4. ano, třikrát a více
5. ano, pravidelně (alespoň 2x ročně)

Porovnáme-li odpovědi na tuto a předchozí otázku, zjistíme, že na hepatitidu typu C se někdy v životě nechalo testovat méně uživatelů pervitinu – mužů i žen – a naopak více uživatelů Subutexu, než na virus HIV. Rozdíly jsou však, s výjimkou žen užívajících Subutex, zanedbatelné. Někdy v životě bylo testováno 75 % mužů užívajících pervitin, 24 % pravidelně. Muži užívající Subutex byli někdy testováni v 87 %, více než čtvrtina pak pravidelně a třetina alespoň třikrát. Uživatelky pervitinu byly testovány alespoň jednou v 80 % případů a uživatelky Subutexu dokonce v 97 % případů, z toho třetina pravidelně (viz tabulka 43).

Tab.43 Testování na přítomnost virové hepatitidy C

		Testování na hepatitidu C						
		Ano, pravidelně	Ano, 3x a více	Ano, 2x	Ano, 1x	Ne	Neuvedeno	Celkem
Muži	Pervitin	27	22	13	24	20	9	115
		23,5%	19,1%	11,3%	20,9%	17,4%	7,8%	100,0%
	Subutex	18	23	8	10	7	2	68
		26,5%	33,8%	11,8%	14,7%	10,3%	2,9%	100,0%
Ženy	Pervitin	10	10	10	11	9	1	51
		19,6%	19,6%	19,6%	21,6%	17,6%	2,0%	100,0%
	Subutex	11	6	8	7	1	0	33
		33,3%	18,2%	24,2%	21,2%	3,0%	0,0%	100,0%

Vzhledem k častému výskytu hepatitidy typu C mezi uživateli drog jsme se respondentů ptali, zda jim toto onemocnění bylo někdy diagnostikováno, případně před jakou dobou. Pokud ano, zajímalo nás dále, zda od té doby zmírnili rizikovost svého sexuálního chování. Na výběr byly opět stejné druhy změn jako v otázce po změně v důsledky hrozby onemocnění HIV/AIDS nebo hepatitid.

⇒ Byla Vám někdy diagnostikována žloutenka typu C?

1. ne

2. nevím, neznám výsledek testu

3. ano, před měsíci

⇒ Pokud ano, změnil/a jste pak své sexuální chování?

1. ne, nebylo co měnit, vždy jsem se choval/a zodpovědně

2. ne, i když by to bylo dobré

3. ano, změnil/a

⇒ jestliže ano, šlo o (může být i více odpovědí):

snížení počtu sexuálních partnerek/partnerů 1.

snížení počtu pohlavních styků 2.

změnu způsobu sexuálního styku 3.

pohlavní styky pouze s kondomem 4.

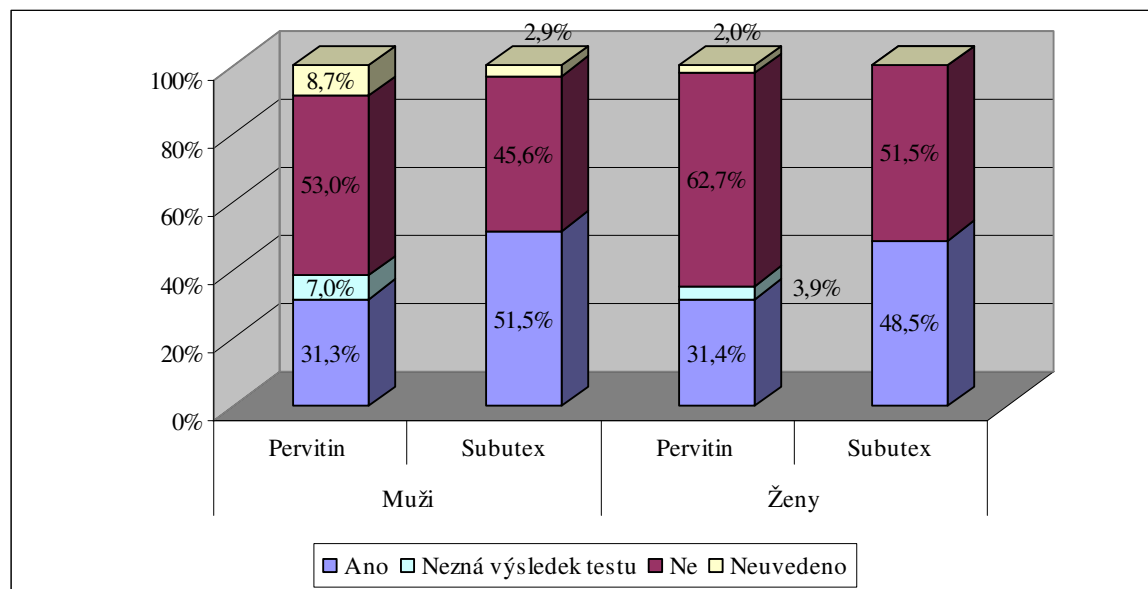
přestal/a jste s pohlavními styky úplně 5.

něco jiného 6.

vypište co:

Z výsledků je patrné, že častěji mají potvrzenou nákazu hepatitidou typu C uživatelé Subutexu, a to muži i ženy. Korelace mezi drogou a výsledkem testováním byla prokázána pouze u mužů ($V = 0,234$, $p < 0,01$). Nikdo z nich také neuvedl, že by výsledek testu neznal, zatímco z uživatelů pervitinu takto odpovědělo 7 % mužů a 4 % žen a více z nich také na otázku neodpovědělo vůbec. Zatímco respondenti, kteří užívají pervitin, mají hepatitidu C diagnostikovánu v necelé třetině případů (31 % mužů i žen), u uživatelů Subutexu je to přibližná polovina (52 % mužů a 49 % žen) – viz graf 23.

Graf 23 Diagnostikována virová hepatitida C



Z těch, kteří měli hepatitidu C již diagnostikovánu, byli s touto diagnózou průměrně nejdéle obeznámeni muži, užívající Subutex, a to v průměru o více než rok déle než uživatelé pervitinu. Několik jedinců z obou skupin (celkem 5) přitom bylo prokazatelně nemocných již 10 a více let. Mezi ženami se také našla jedna uživatelka Subutexu, která svou diagnózu znala již 10 let. Uživatelky Subutexu byly průměrně seznámeny se svou nemocí o 9 měsíců déle než ženy užívající pervitin (viz tabulka 44).

Tab.44 Stáří diagnózy hepatitidy typu C (v měsících)

	Muži		Ženy	
	Pervitin (N=33)	Subutex (N=34)	Pervitin (N=16)	Subutex (N=16)
Průměr	34,4	48,0	33,2	41,6
Medián	24	36	24	33
Modus	12/24/36	36	24	60
SD	32,19	46,80	28,92	33,70
Minimum	1	3	2	3
Maximum	120	190	96	120

Většina respondentů, kterým byla v minulosti diagnostikována hepatitida typu C, změnila nějakým způsobem v důsledku toho své sexuální chování (viz tabulka 45). Muži užívající pervitin byli jedinou skupinou, kde své chování změnila jen necelá polovina nemocných. Při pohledu na výsledky se zdá, že uživatelé Subutexu – muži i ženy – jsou v tomto ohledu zodpovědnější (rozdíl však není statisticky významný). Důležitý je ale také druh změny, její efektivita. Muži užívající pervitin jako nejčastější změnu uváděli snížení

počtu sexuálních partnerů a užívání kondomu při každém pohlavním styku (shodně po 19 %). Uživatelé Subutexu nejčastěji snížili počet partnerek (20 %), 17 % používá při každém styku kondom. Ženy užívající pervitin zvolili nejčastěji ochranu použitím prezervativu při každém styku (19 %), stejně jako uživatelky Subutexu, které ve stejné míře (shodně po 38 %) přistoupily i ke snížení počtu sexuálních partnerů. V kategorii „jiných“ opatření se objevují podobné odpovědi, jako v případě změn v důsledku hrozby nákazy HIV a hepatitidy C: „vždy to partnerce řeknu“, „partnerka má taky žloutenku“, „styk jen s nakaženými“ apod.

Tab.45 Změna sexuálního chování v důsledku diagnózy hepatitidy typu C

		Změna s diagnózou hepatitidy C				
		Ano	Ne, choval/a se zodpovědně	Ne, ale bylo by to dobré	Neuvedeno	Celkem
Muži	Pervitin (N=37)	45,9%	16,2%	18,9%	18,9%	100,0%
	Subutex (N=35)	60,0%	17,1%	14,3%	8,6%	100,0%
Ženy	Pervitin (N=16)	62,5%	6,2%	25,0%	6,2%	100,0%
	Subutex (N=16)	62,5%	18,8%	12,5%	6,2%	100,0%

3.5.10. Sexuální zneužívání, znásilnění

Z hlediska kvality sexuálního života a subjektivní spokojenosti je jednou z nejzásadnějších možných negativních událostí v anamnéze sexuální zneužití nebo znásilnění. Na tyto události jsme se vzhledem k jejich choulostivé povaze ptali jen okrajově, bez zjišťování detailů. Rozlišovali jsme pouze zneužití v dětství (tedy do 15 let, jako zákonem stanovené hranice sexuálního kontaktu dospělého s mladistvým) a znásilnění (pohlavní styk vynucený násilím nebo i jeho hrozbou) v období pohlavní dospělosti.

- ⇒ *Byl/a jste někdy ve svém dětství (do 15 let) sexuálně zneužit/a (obtěžován/a dospělou osobou)?*
1. nikdy nebyl/a
 2. byl/a, a to jednou, ve věku let
 3. byl/a opakovaně, od let věku

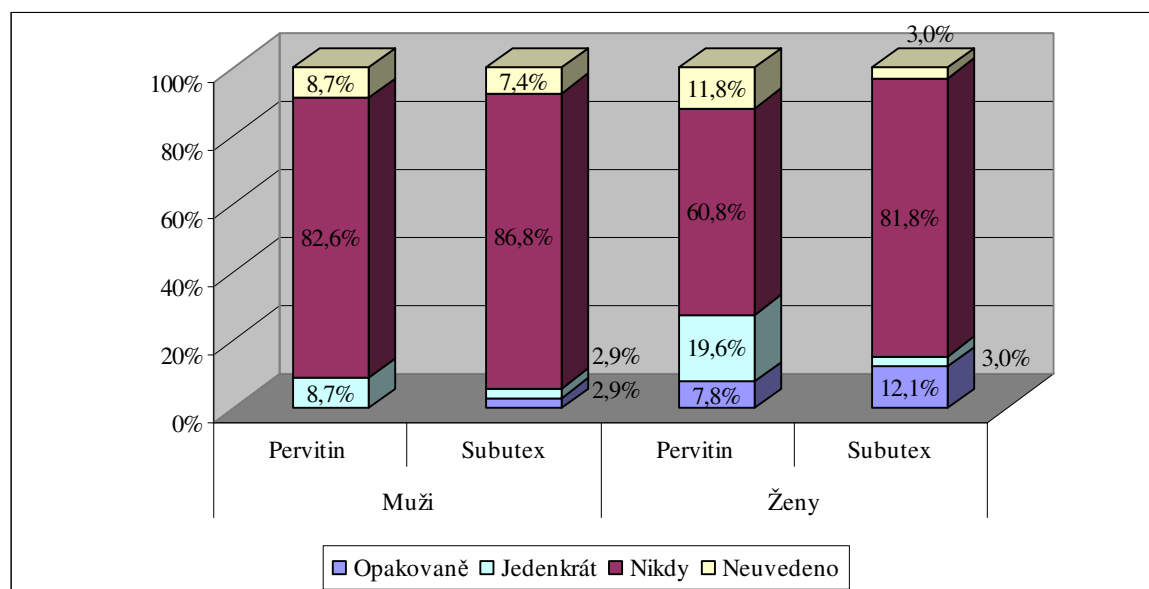
Oproti očekávání byli respondenti v naprosté většině ochotni na otázku odpovědět. V největší míře vynechaly otázku ženy užívající pervitin a ani zde nejde o početnou skupinu (12 %), vzhledem k tomu jak osobní téma je předmětem. U mužů se neprokázala výrazná souvislost mezi užívanou drogou a tím, zda byli v dětství zneužíváni. Jedenkrát mělo takovou zkušenost 9 % uživatelů pervitinu a 3 % uživatelů Subutexu a opakovaně 3 % uživatelů Subutexu (viz graf 24). Muži z obou skupin, kteří byli obětí zneužití jedenkrát během svého dětství, měli takovou zkušenost nejčastěji ve věku 13 let, nejdříve pak v 5 letech a nejpozději ve 14 letech.

Dva uživatelé Subutexu, kteří byli zneužíváni opakovaně uvedli jako počáteční věk zneužívání 10 a 12 let.

Uživatelky pervitinu zažily zneužívání častěji než uživatelky Subutexu, a to ve 20 % jednou a v 8 % opakovaně. Mezi ženami užívajícími Subutex, které zneužití zažily, převažují naopak ty, kterým se tak dělo opakovaně (12 % oproti 3 % s jednorázovou zkušeností; viz graf 24). Ženy v obou skupinách byly nejčastěji zneužity ve 14 letech, nejnižší věk byl v jednom případě 2 roky. Ženám, které byly zneužívány opakovaně, se tak dělo nejdříve od 5 let věku, nejpozději pak od 13 let.

Ve skupině uživatelů pervitinu se prokázala korelace mezi pohlavím a výskytem zneužívání ($V = 0,315$, $p = 0,01$).

Graf 24 Sexuální zneužití v dětství (do 15 let)



Druhá otázka směřovala k výskytu znásilnění v anamnéze respondentů po dovršení zákonné hranice 15 let.

⇒ Byl/a jste někdy přinucen/a násilím nebo hrozbami k pohlavnímu styku?

1. nikdy nebyl/a
2. byl/a, a to jednou, ve věku let
3. byl/a opakovaně, poprvé ve věku let

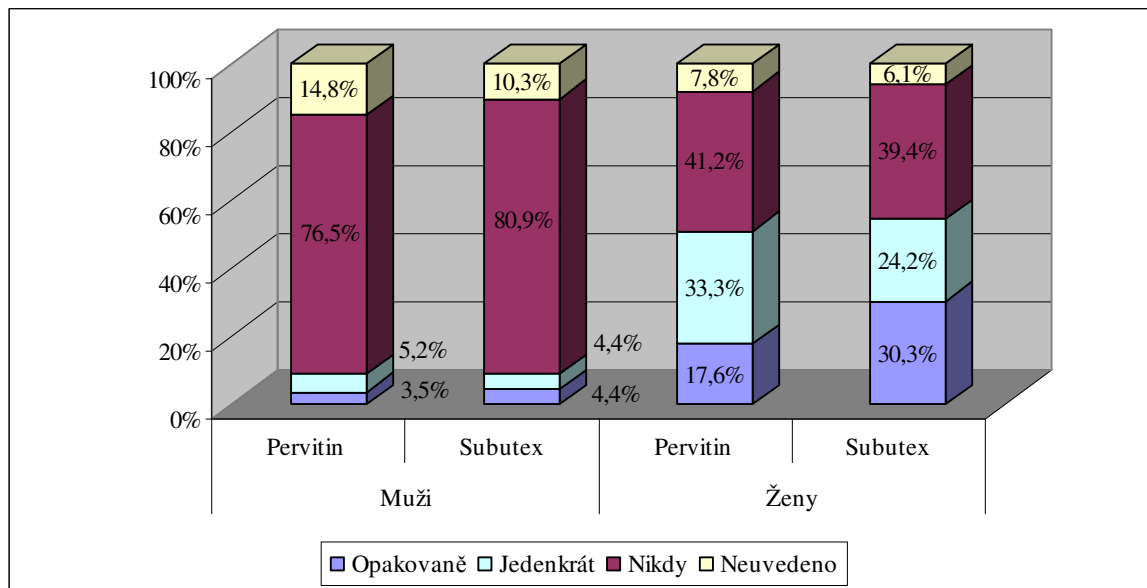
Jak je patrné z výsledků z grafu 25, tentokrát to byli muži, kteří častěji na otázku neodpověděli (15 % uživatelů pervitinu a 10 % uživatelů Subutexu). V obou skupinách 9 % mužů někdy zažilo, že byli k sexuálnímu styku přinuceni násilím, přičemž muži užívající pervitin měli tuto zkušenost častěji ojedinělou, a to z různého věku, od 15 do 29 let. U mužů, kteří byli znásilněni opakovaně, byl věk při první události velmi různý, od 15 do 37 let. Věk

uživatelů Subutexu, kteří jednou zažili znásilnění se pohyboval od 16 do 19 let, 16 a 17 bylo na počátku také těm, kteří byli přinuceni k sexu opakovaně.

Necelá polovina žen v našem souboru výslovně uvedla, že nezažila pohlavní styk z donucení. 51 % uživatelů pervitinu a 55 % uživatelů Subutexu naopak takovou zkušenost má, ženy v druhé skupině častěji opakovanou (viz graf 25). Uživatelky pervitinu, které byly obětí znásilnění jednou, byly v té době nejčastěji ve věku 15 a 16 let, nejstarším bylo 25 let. Ty, které byly znásilněny opakovaně, zažily první takovou zkušenost nejčastěji také v 15 letech, nejpozději pak v 19. Věk uživatelů Subutexu, které prožily jedenkrát znásilnění, se pohyboval od 15 do 26 let. Ty, které byly obětí znásilnění častěji, byly při první zkušenosti nejčastěji 16leté, nejmladší bylo 15 a nejstarším 23 let.

V souboru se projevil ve výskytu znásilnění podstatný rozdíl mezi muži a ženami. U uživatelů pervitinu jsme zamítli hypotézu o nezávislosti na hladině $p < 0,001$ ($\chi^2 = 34,725$), korelace mezi oběma proměnnými byla poměrně výrazná ($V = 0,489$, $p < 0,001$). U uživatelů Subutexu nebylo možné spolehlivě provést chí-kvadrát test, byla však prokázána korelace mezi proměnnými ($V = 0,520$, $p < 0,001$).

Graf 25 Znásilnění v období pohlavní dospělosti



3.6. Porovnání výběrového souboru uživatelů drog a reprezentativního vzorku populace ČR

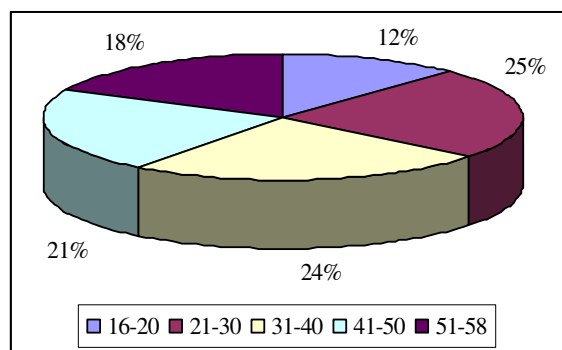
V této kapitole porovnáme některé výsledky výše prezentovaného výzkumu s výsledky výzkumu sexuálního chování obyvatel ČR – IV. Jedná se o projekt, který opakovaně zkoumá stejnými metodami v intervalu 5 let sexuální chování populace České republiky. Odborným garantem výzkumu je Sexuologický ústav 1.LF UK a VFN (prof.Weiss a doc. Zvěřina), výzkum provádí agentura DEMA, a.s. V prosinci roku 2008 proběhlo zatím poslední dotazníkové šetření, ve kterém bylo osloveno 3808 osob, následně pak bylo zpracováno 2000 dotazníků. Sběr dat probíhal prostřednictvím anonymních dotazníků, administrovaných zaškolenými pracovníky.

Porovnání reprezentativního vzorku české populace a vzorku populace uživatelů drog má za cíl zjistit, jaký je rozdíl mezi uživateli a průměrnými Čechy a Češkami. Můžeme si tak udělat lepší představu o míře jejich rizikového chování i o potřebě specifického přístupu v prevenci a léčbě.

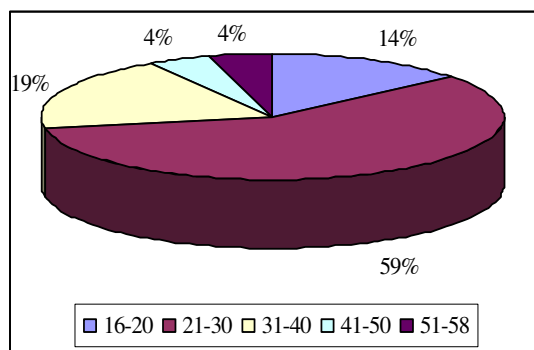
Rozdílům mezi uživateli dvou odlišných návykových látek jsme se již věnovali podrobně v předešlé výsledkové části. Nyní se proto zaměříme pouze na srovnání „běžné populace“ a „uživatelů drog“, bez rozlišení o jakou návykovou látku se jedná. Nadále budeme srovnávat skupinu mužů a žen zvlášť. Vzhledem k odlišnostem ve formulaci otázek, ale také ve sběru dat, není z našeho pohledu možné porovnat data získaná v obou výzkumech statistickou analýzou. Rozhodli jsme se proto pro prosté srovnání výsledků v otázkách, které srovnatelné jsou, i když v některých případech nebylo zadání zcela totožné (pokud bylo odlišné, uvádíme zde znění zadání pro celopopulační studii, znění otázek v našem výzkumu uvádíme v oddíle 3.5. a je také k nahlédnutí v plné verzi dotazníků (viz Přílohy 1 a 2).

Výběrový soubor uživatelů drog není – na rozdíl od výběrového souboru české populace - reprezentativní v sociodemografických ukazatelích jako je věk, vzdělání, místo bydliště apod. Z našeho pohledu je v tomto směru nejzásadnější proměnnou věk, který nejvíce ovlivňuje oblast sexuality. Z toho důvodu jsme rozdělili oba soubory podle věkových kategorií do skupin po 10 letech, pouze nejmladší a nejstarší skupiny zastupují menší věkové rozpětí. Procentuální zastoupení jednotlivých věkových skupin zobrazují grafy 26 až 29, počet respondentů v jednotlivých věkových skupinách pak tabulka 46.

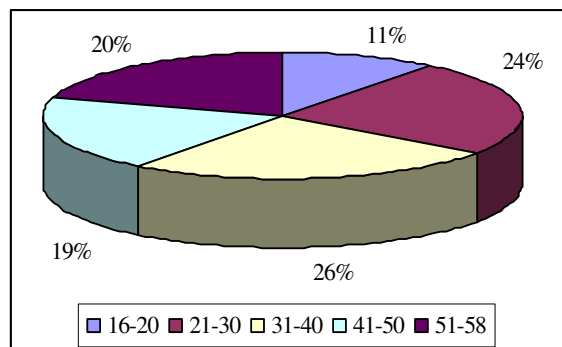
Graf 26 Věkové kategorie v souboru mužů ČR



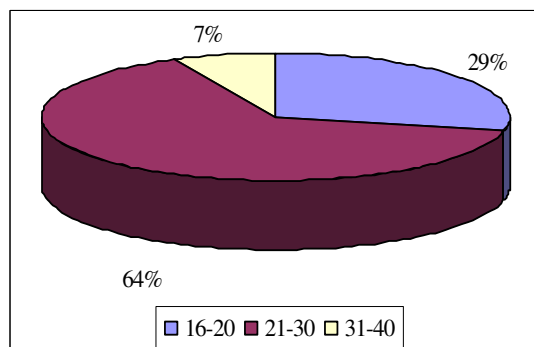
Graf 27 Věkové kategorie v souboru uživatelů



Graf 28 Věkové kategorie v souboru žen ČR



Graf 29 Věkové kategorie v souboru uživatelék



Tab.46 Věkové kategorie v obou výběrových souborech

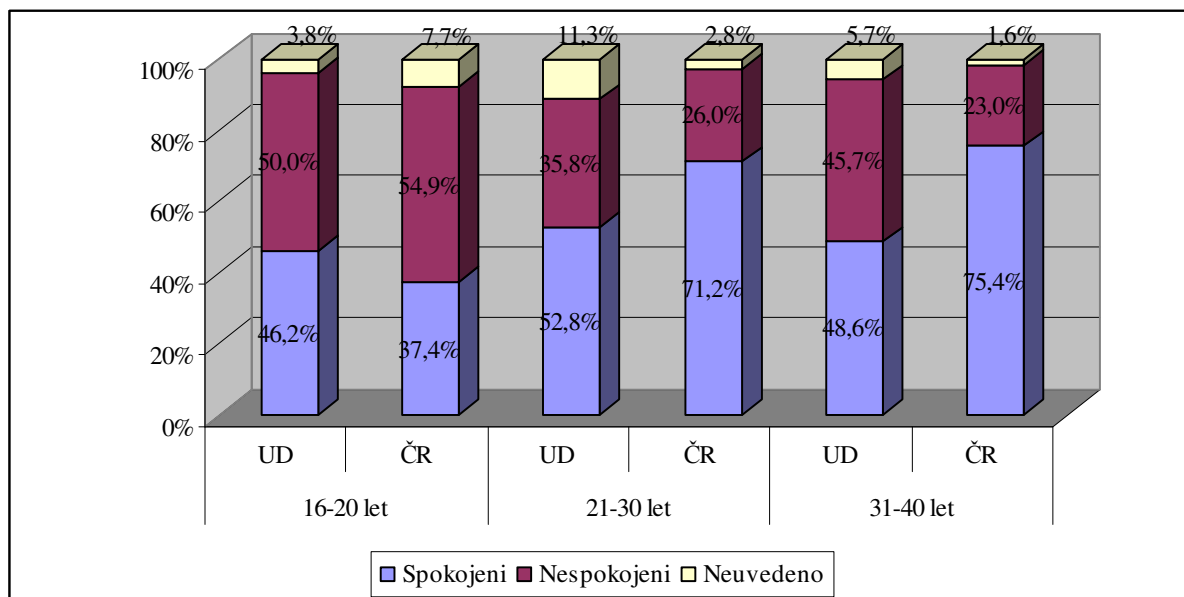
			Věková kategorie					Celkem
			16-20 let	21-30 let	31-40 let	41-50 let	51-58 let	
Muži	Uživatelé drog	N	26	106	35	8	8	183
		%	14,2%	57,9%	19,1%	4,4%	4,4%	100,0%
	Populace ČR	N	91	177	183	161	136	748
		%	12,2%	23,7%	24,5%	21,5%	18,2%	100,0%
Ženy	Uživatelé drog	N	24	54	6	0	0	84
		%	28,6%	64,3%	7,1%	0,0%	0,0%	100,0%
	Populace ČR	N	75	171	179	137	142	704
		%	10,7%	24,3%	25,4%	19,5%	20,2%	100,0%

Jak je patrné, zastoupení uživatelů drog v jednotlivých věkových skupinách je velmi nevyrovnané. Mezi ženami dokonce úplně chybí reprezentantky dvou nejstarších skupin, tedy žen od 41 do 50 a od 51 do 58 let. Ve věku 31 až 40 let je v souboru zastoupeno pouze 6 žen, podobně tak pouze po 8 mužích bylo ve věku 41 až 50 a 51 až 58 let. Tento počet není dostatečný na jakékoli srovnání. Budeme se proto zabývat pouze mladšími věkovými skupinami, tedy muži ve věku 16-20, 21-30 a 31-40 let a ženami ve věku 16-20 a 21-30 let. Soubory, které budou srovnávány tak celkem tvoří 451 mužů z reprezentativního vzorku a 167 uživatelů drog a 246 žen z reprezentativního vzorku a 78 uživatelék drog.

3.6.1. Spokojenost se sexuálním životem

Jak je patrné z grafu 30, zatímco spokojenost českých mužů (ČR) s vlastním sexuálním životem průměrně až do 40 let věku stoupá, u vzorku uživatelů drog (UD) nedochází k velkým změnám. Ve všech třech věkových kategoriích je přibližně polovina mužů s kvalitou svého sexuálního života spokojena a polovina buď spokojena není, nebo se k otázce nevyjádřila. Díky tomu, že se s věkem u českých mužů toto mění, jsou v nejmladší věkové skupině méně spokojeni než uživatelé drog a naopak od 21 let výše už výrazně spokojenější (rozdíl v nejstarší skupině je více než 25 %).

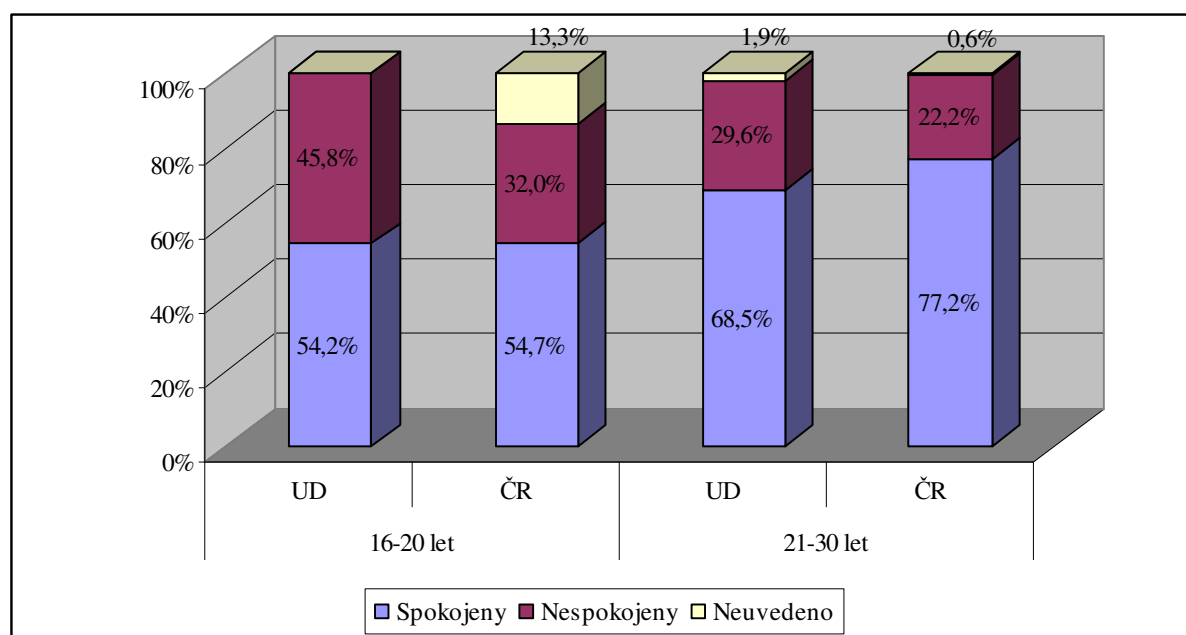
Graf 30 Spokojenost mužů se sexuálním životem



Mezi vzorkem uživatelů drog a stejně starými ženami, reprezentujícími českou populaci, není tak velký rozdíl, jako je tomu u mužů. Procento těch, které jsou do svých 20 let spokojené se sexuálním životem je téměř shodné, pouze v celopopulačním vzorku více žen na dotaz neodpovědělo. V obou skupinách s věkem roste počet těch, které jsou spokojené, u uživatelů drog však o něco pomaleji (viz graf 31).

Graf 31

Spokojenost žen se sexuálním životem



3.6.2. Počátek sexuálních aktivit a sexuální partneři

Oba srovnávané soubory – muži i ženy - se liší v tom, jaká část z nich již má zkušenost s pohlavním stykem. Nejvýraznější je rozdíl mezi mladými lidmi ve věku 16 až 20 let z reprezentativního vzorku české populace a stejně starými uživateli drog. Zatímco uživatelé bez výjimky všichni již zkušenost s pohlavním stykem měli – stejně jako muži a ženy ve starších věkových skupinách -, 45,1 % Čechů a 41,3 % Češek ve stejné věkové skupině ještě ne. Ve skupině 21- až 30letých nemělo zkušenost s pohlavním stykem 11,9 % mužů a 6,4 % žen z reprezentativního vzorku, v nejstarší skupině mužů bylo bez zkušenosti již jen 2,7 % respondentů.

Reprezentativní vzorek české populace se od skupiny uživatelů drog liší i ve věku prvního pohlavního styku. Průměrný věk při prvním koitu je ve všech věkových skupinách uživatelů o 1,2 až 2,4 roku nižší (nejmenší rozdíl byl jistěn u nejmladší skupiny mužů, největší u mužů střední věkové kategorie) – viz tabulka 47. Skupinou, jejíž členové začínali se sexuálním životem ze všech nejdříve jsou uživatelé drog, muži, ve věku 16 až 20 let. Tito muži nejčastěji udávali začátek sexuálního života ve 14 letech, což je hranice, která zároveň tvoří medián. Průměrný věk je sice u nejmladších žen nižší, ostatní střední hodnoty však vypovídají o tom, že je tento průměr snížen několika ojedinělými hodnotami. V obou souborech je vidět mírná tendence ke snižujícímu se věku prvního sexuálního styku při

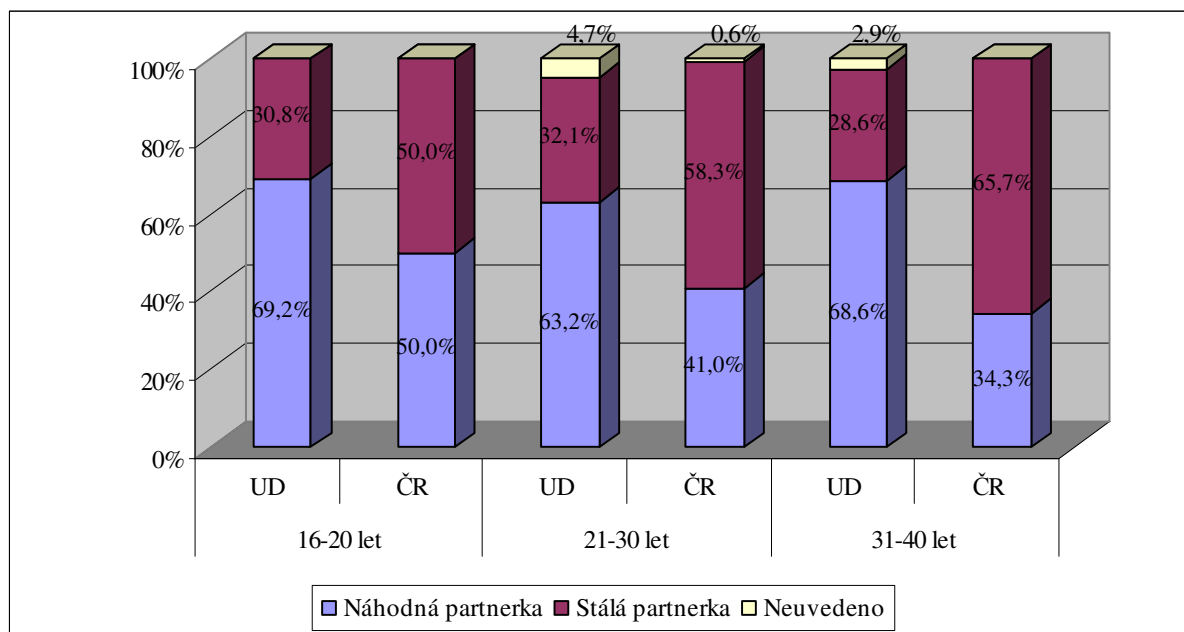
srovnání respondentů do 20 a nad 20 let (u české populace je však třeba mít na paměti, že téměř polovina respondentů ještě pohlavní styk vůbec neměla, proto zde nelze dělat závěry o vývoji).

Tab.47 Věk prvního pohlavního styku (v letech)

	Muži						Ženy			
	16-20 let		21-30 let		31-40 let		16-20 let		21-30 let	
	UD (N=25)	ČR (N=50)	UD (N=99)	ČR (N=155)	UD (N=33)	ČR (N=174)	UD (N=24)	ČR (N=44)	UD (N=52)	ČR (N=160)
Průměr	14,8	16,0	15,2	17,6	15,8	17,5	14,2	16,0	15,3	17,2
Medián	14,0	16,0	15,0	17,0	16,0	17,0	14,5	16,0	15,0	17,0
Modus	14	15/17	14	17	16	16	15	16	15	17
SD	1,74	1,32	1,76	1,86	1,79	2,32	1,55	1,21	1,67	1,78
Minimum	13	11	12	13	13	12	10	14	11	12
Maximum	20	18	24	24	21	27	16	19	18	23

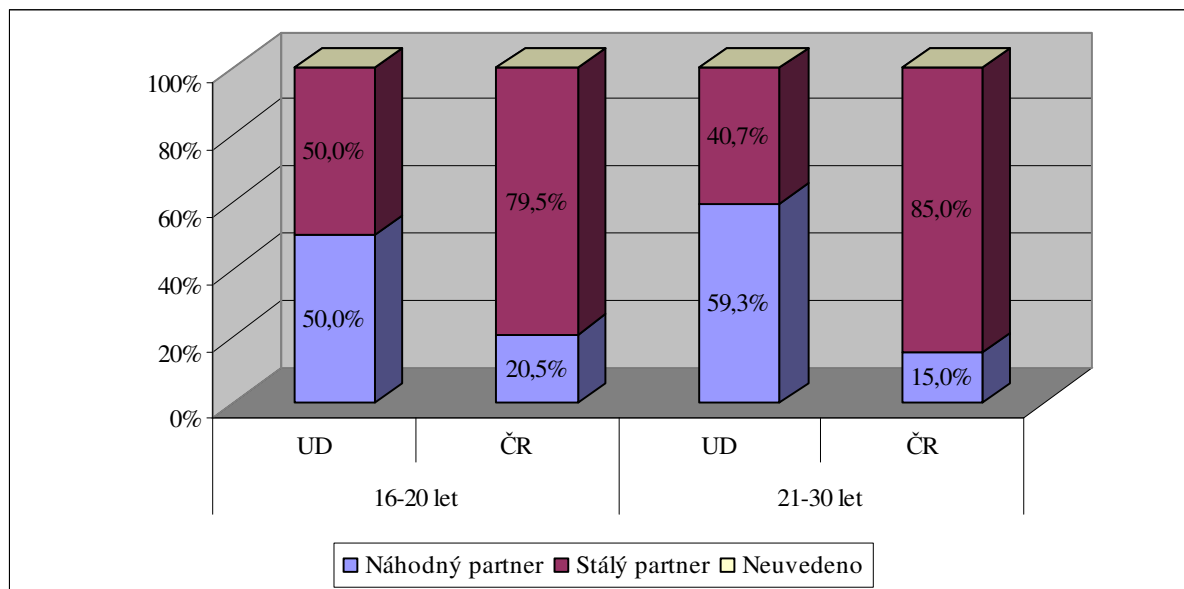
Mezi muži užívajícími návykové látky a respondenty reprezentujícími českou populaci se zdá být rozdíl v tom, zda měli první pohlavní styk s partnerkou náhodnou nebo stálou. Zatímco u uživatelů převládají ve všech skupinách ti, kteří měli první sexuální zážitek s náhodnou ženou, muži v reprezentativním výzkumu uváděli většinou stálou partnerku, a to úměrně často věkové skupině. Nejmladší skupina byla ještě rozdělena přesně napůl (tato skupina také začínala se sexuálním životem nejdříve), u mužů mezi 31. a 40. rokem už jen 34% mělo první styk s náhodnou partnerkou – viz graf 32.

Graf 32 Partnerka při prvním pohlavním styku mužů (% mužů, kteří již měli pohlavní styk)



Mezi ženami užívajícími drogy a těmi, které reprezentují české ženy byly rozdíly ještě výraznější než u mužů. Zatímco 50 % mladších a téměř 60 % starších uživatelék prožilo první pohlavní styk s náhodným partnerem, české ženy naopak v naprosté většině měly při prvním styku partnera stálého – viz graf 33.

Graf 33 Partner při prvním pohlavním styku žen (% žen, které již měly pohlavní styk)



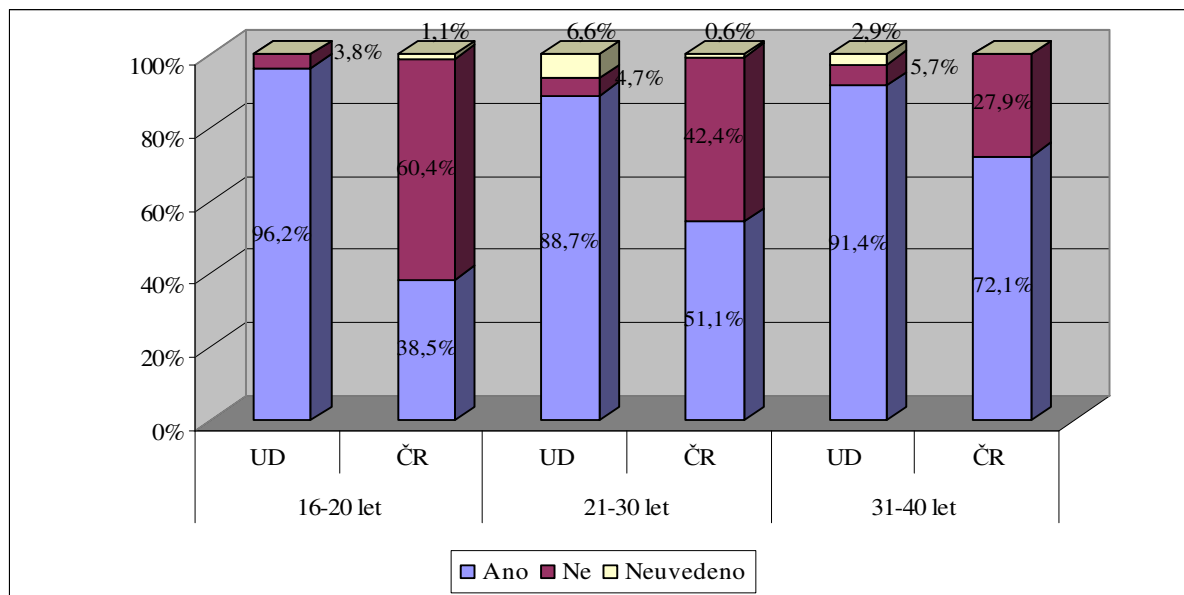
Ne všichni respondenti, kteří již měli pohlavní styk, uvedli dosavadní počet sexuálních partnerů. Při porovnání udávaných počtů partnerů uživatelů drog a reprezentantů české populace je viditelný rozdíl, mnohdy několikanásobný (viz tabulka 48). Zatímco průměrný počet partnerů u „typických Čechů“ přesáhl deset pouze u mužů nad 30 let, mezi uživateli v žádné skupině pod deset neklesl. Průměr může však být v tomto souboru zavádějící z důvodu ojedinělých extrémních hodnot, které uvedly především osoby zabývající se v minulosti či současnosti prostitucí. Přesto, vezmeme-li v úvahu mediány, i zde vidíme nerovnováhu ve srovnání s běžnou populací – medián je vždy minimálně ve dvojnásobné hodnotě.

Tab.48 Počet sexuálních partnerů

	Muži						Ženy			
	16-20 let		21-30 let		31-40 let		16-20 let		21-30 let	
	UD (N=22)	ČR (N=49)	UD (N=78)	ČR (N=156)	UD (N=27)	ČR (N=171)	UD (N=20)	ČR (N=44)	UD (N=48)	ČR (N=157)
Průměr	13,1	5,6	23,1	6,6	41,6	10,2	18,2	4,9	37,5	4,9
Medián	10,0	4,0	12,5	5,0	18,0	7,0	8,0	3,0	20,0	4,0
Modus	3/8/10/ 15	1	5	3	15/20	5	4	1/3	20	2
SD	10,59	6,94	36,68	6,11	93,49	10,59	33,45	5,61	74,91	6,18
Minimum	1	1	1	1	2	1	1	1	3	1
Maximum	47	40	300	32	500	75	155	26	500	4

Naprostá většina mužů, užívajících drogy, má ve svém životě zkušenost se sexuálním stykem s náhodnou partnerkou (partnerkou na jednu noc). „Nejzkušenější“ jsou v tomto směru muži nejmladší věkové skupiny. Naopak mezi muži reprezentujícími českou populaci platí, že čím starší, tím spíše již někdy měli náhodný pohlavní styk. Přesto ale oproti uživatelům zůstává i v nejstarší věkové skupině poměrně vysoké procento (28 %) těch, kteří nikdy náhodný styk neměli (viz graf 34).

Graf 34 Pohlavní styk s náhodnou partnerkou



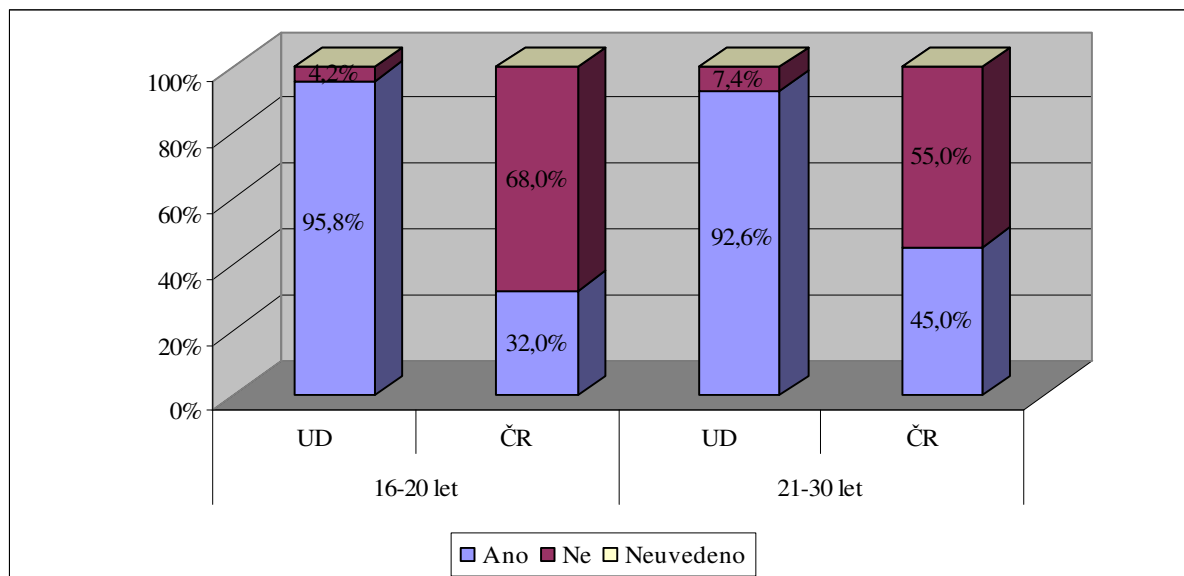
Uživatelé drog se od běžné populace také výrazně liší v počtu příležitostných partnerek, které dosud měli (do průměru jsou započítáni jen ti, kteří někdy měli náhodný sexuální styk, minimum tedy není 0 ale 1). Opět dosahují střední hodnoty u uživatelů násobků počtů u českých mužů (viz tabulka 49). Mezi ženami z obou skupin byl v toto směru ještě výraznější rozdíl, způsobený pravděpodobně opět těmi uživatelkami, které se živily prostitucí. Zatímco většina českých žen nikdy neměla partnera na jednu noc, více než 90 % uživatelék obou věkových kategorií již tuto zkušenost má (viz graf 35).

Tab.49 Počet příležitostných sexuálních partnerů

	Muži						Ženy			
	16-20 let		21-30 let		31-40 let		16-20 let		21-30 let	
	UD (N=21)	ČR (N=34)	UD (N=76)	ČR (N=99)	UD (N=26)	ČR (N=128)	UD (N=20)	ČR (N=24)	UD (N=43)	ČR (N=75)
Průměr	6,6	3,6	15,2	3,5	28,0	5,5	11,4	3,5	28,5	2,9
Medián	5,0	2	6,0	2,0	6,0	3,0	3,0	2,0	5,0	2,0
Modus	9	1	2	1	5	2	1	1	3	1
SD	5,39	3,85	35,30	4,18	86,94	5,73	32,94	5,46	76,50	6,66
Minimum	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Maximum	20	16	298	25	450	35	150	24	480	58

Graf 35

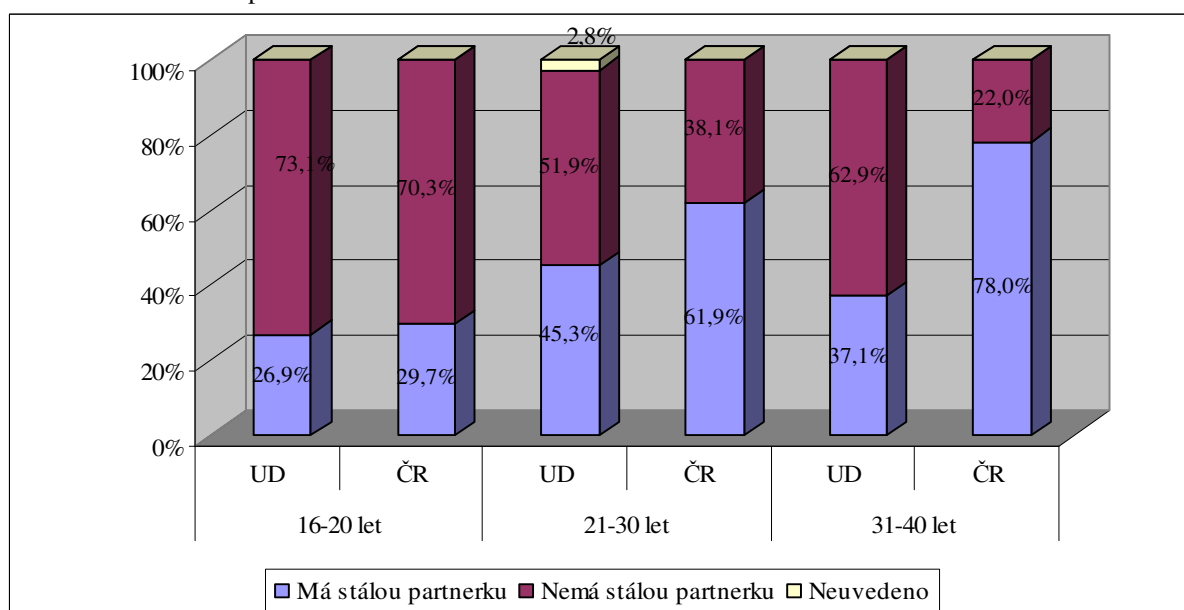
Pohlavní styk s náhodným partnerem



Jak je patrné z grafu 36, muži, užívající návykové látky mají ve všech věkových kategoriích s menší pravděpodobností stálý partnerský vztah, než respondenti, reprezentující české muže. Zajímavý je vývoj v jednotlivých věkových skupinách. Zatímco čeští muži mají s přibývajícím věkem lineárně častěji stálý vztah a poměr obou skupin (žijících či nežijících ve stálém vztahu) se při porovnání nejmladších a nejstarších obrací, mezi uživateli je největší procento dlouhodobě „zadaných“ ve střední věkové skupině a rozdíly mezi skupinami nejsou tak výrazné. U žen (viz graf 37) jsme zjistili mezi typickými Češkami a uživatelkami méně odlišností, i když i zde je vidět, že rozdíl s věkem není tak výrazný u druhé skupiny jako u první.

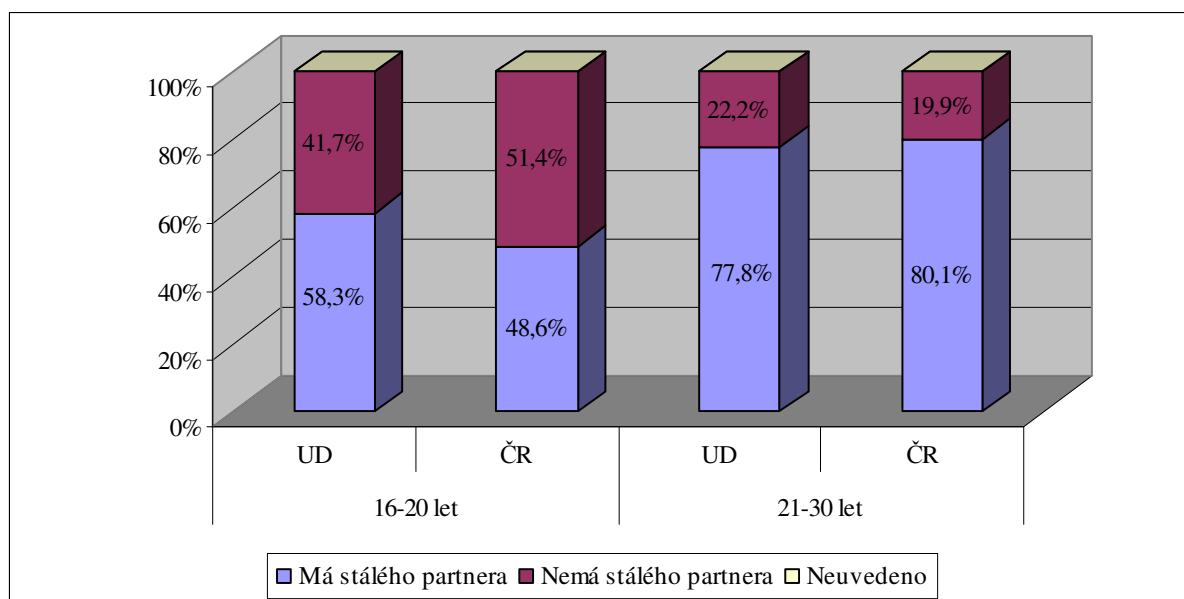
Graf 36

Stálá partnerka v současnosti



Graf 37

Stálý partner v současnosti

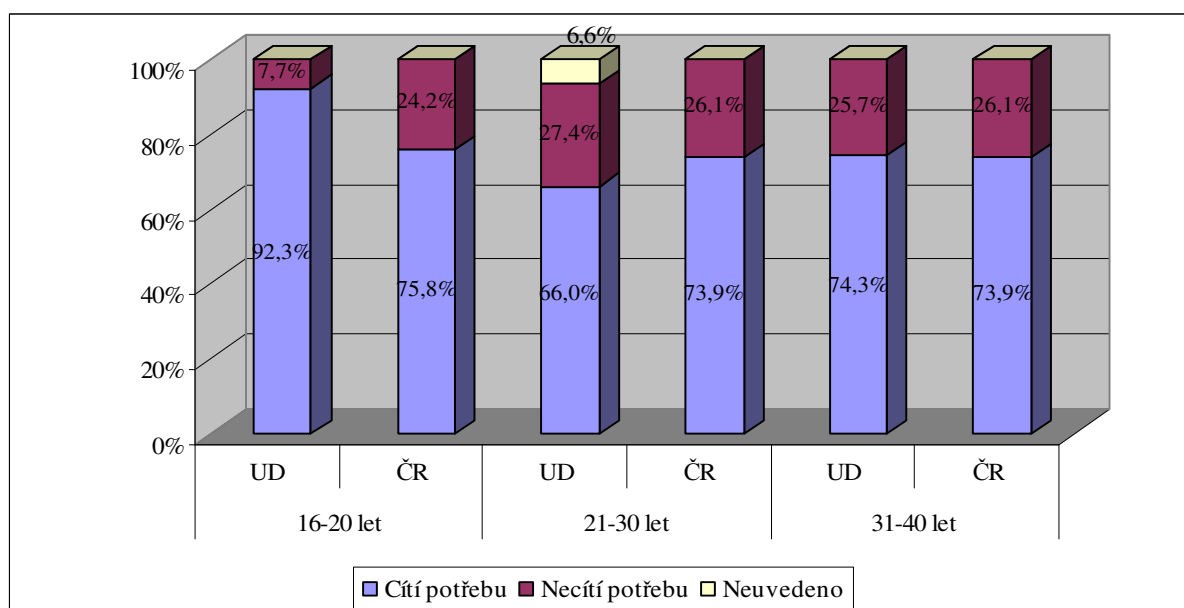


3.6.3. Potřeba sexuálního uspokojení

Potřeba uspokojení, pocíťovaná v době výzkumu, se u českých mužů příliš v závislosti na věku nemění. Naproti tomu muži užívající návykové látky měli podstatně větší potřebu sexuálního uspokojení, pokud byli ve věku 16 až 20 let než později. Z tohoto důvodu je mezi oběma srovnávanými skupinami určitý rozdíl v nejmladší věkové skupině, později je již minimální (viz graf 38).

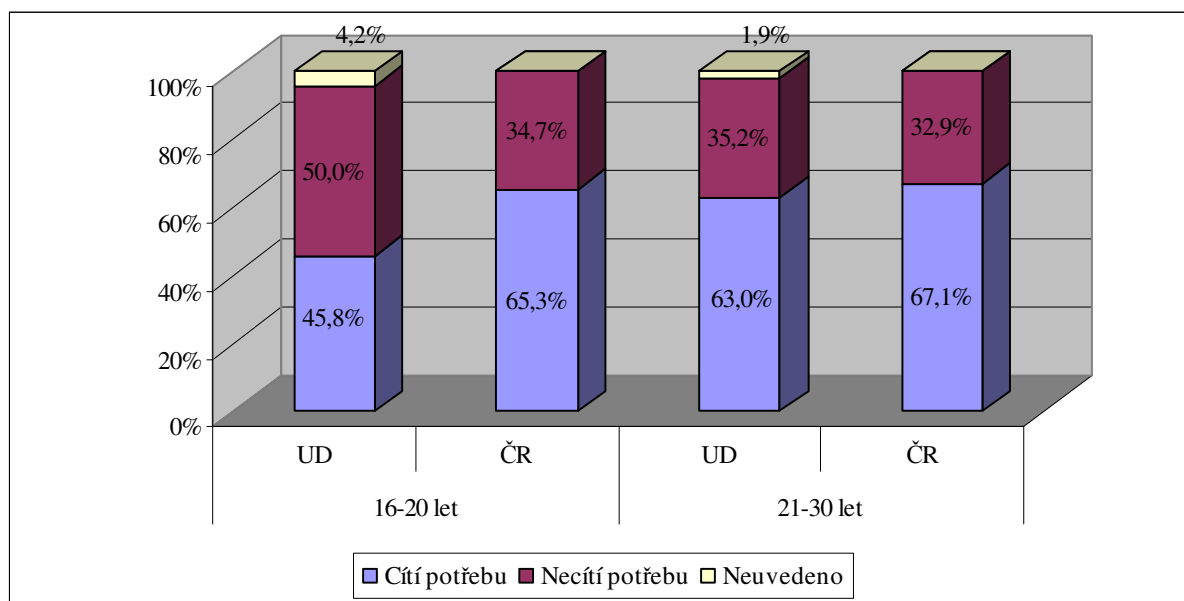
Graf 38

Potřeba uspokojení v současnosti u mužů



Oproti mužům mají ženy ve výzkumu celkově menší potřebu sexuálního uspokojení. Nejvýrazněji je tento rozdíl vidět v nejmladší skupině uživatelů a uživatelék drog. Zatímco muži potřebují sexuální aktivitu v 92 %, ženy pouze ve 46 %. V této věkové skupině mají také méně často potřebu uspokojení než jejich české vrstevnice. U žen mezi 20 a 30 lety není téměř žádný rozdíl (viz graf 39).

Graf 39 Potřeba uspokojení v současnosti u žen



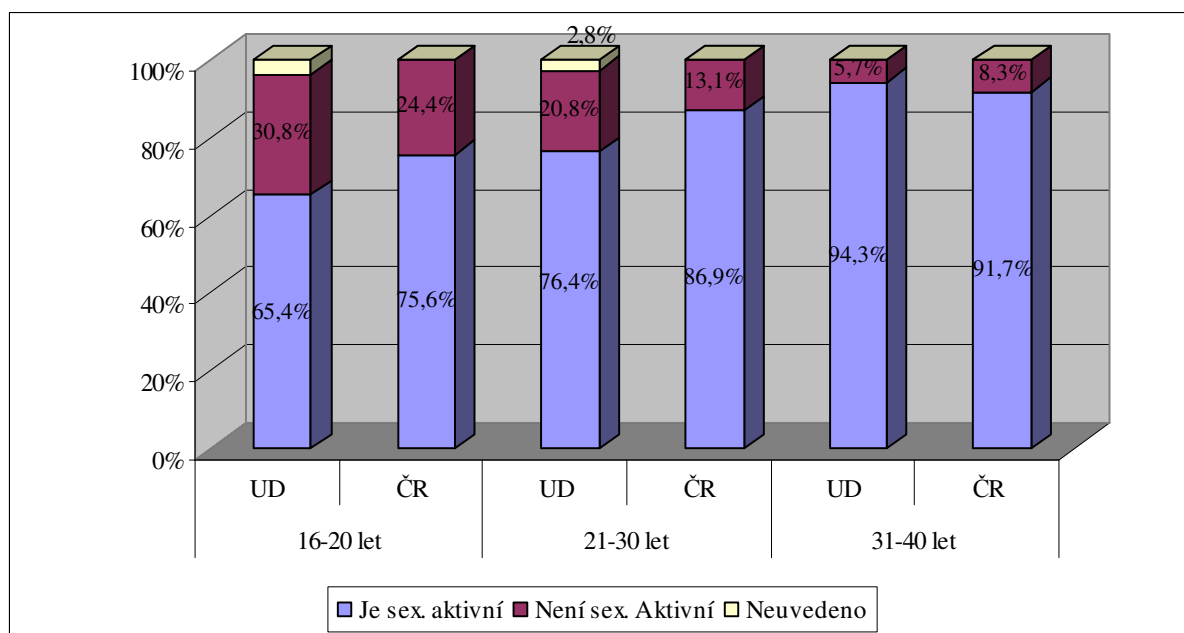
Ve výzkumu sexuálního chování populace ČR v roce 2008 byla rovněž položena otázka na sexuální aktivitu v době výzkumu. Lišila se však mírně formulací, proto pro přesnost uvádíme její doslovné znění:

⇒ V současné době máte pohlavní vybití (z jakéhokoliv zdroje, tedy soulož, onanie atd.):
 nemám žádné 1
 mám 2 a to měsíčně krát

V obou souborech platí, že čím jsou respondenti starší, tím častěji jsou sexuálně aktivní. U mužů se objevily mírné rozdíly mezi skupinou uživatelů a skupinou českých mužů. Ti byli v prvních dvou věkových skupinách častěji sexuálně aktivní. U mužů ve věku 31-40 let již byly údaje od obou skupin velmi podobné (viz graf 40). Mezi skupinou žen–uživatelék a žen reprezentujících českou populaci byl rozdíl minimální (viz graf 41).

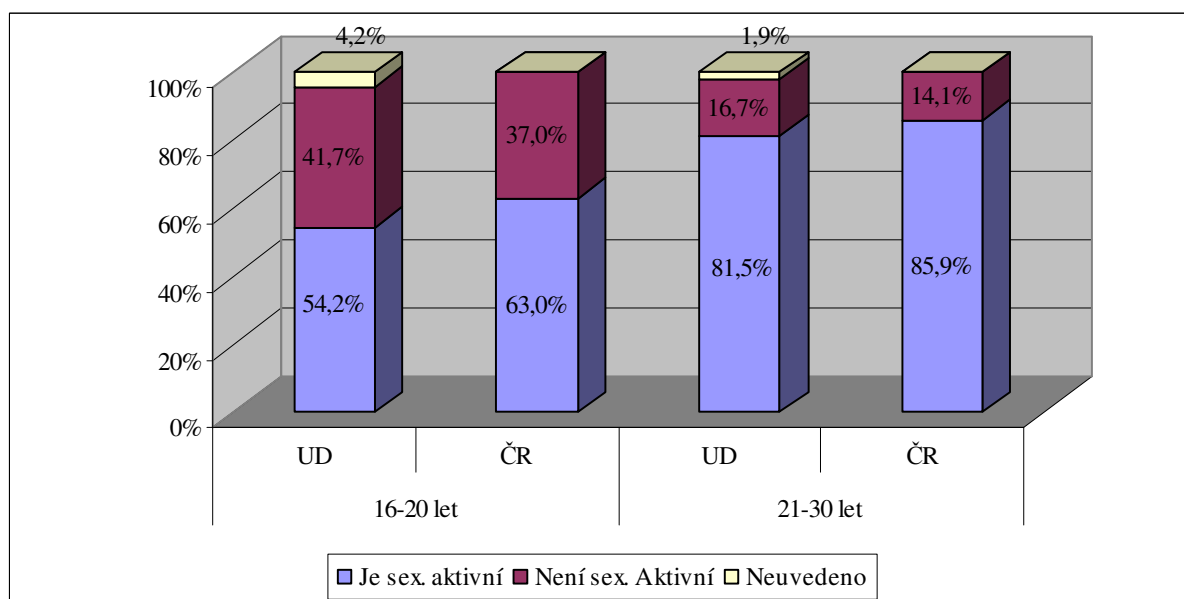
Graf 40

Sexuální aktivita mužů v současnosti



Graf 41

Sexuální aktivita žen v současnosti



3.6.4. Trvání sexuálního styku

Respondenti obou souborů odhadovali, jak dlouho v průměru trvá jejich předehra a soulož s partnerem/partnerkou. Jak vidíme z tabulky 50, odhadované trvání přede hry bylo u uživatelů drog vždy delší než u mužů a žen reprezentujících českou populaci. Jedinou

výjimku tvořila skupina nejmladších mužů od 16 do 20 let. V této skupině také jako v jediné byla maximální délka přede hry kratší u uživatelů. Nejvíce se liší ve svých odhadech muži ve věku 21-30 let, tedy v době, kdy se předpokládá největší aktivita v sexuální oblasti. Zatímco uživatelé drog odhadují délku přede hry v průměru na 32 minut a nejčastěji na 30 minut, čeští muži odhadují přede hru nejčastěji na 10 minut a v průměru na 16 minut. I mezi ženami, a to i v nejmladší skupině, je určitý rozdíl, tvořený z velké části i extrémními hodnotami.

Tab.50 Délka přede hry (v minutách)

	Muži						Ženy			
	16-20 let		21-30 let		31-40 let		16-20 let		21-30 let	
	UD (N=20)	ČR (N=49)	UD (N=90)	ČR (N=154)	UD (N=27)	ČR (N=177)	UD (N=20)	ČR (N=44)	UD (N=45)	ČR (N=158)
Průměr	16,0	20,6	31,9	16,4	22,4	14,3	28,3	16,3	24,4	14,6
Medián	13,5	15,0	30,0	15,0	20,0	10,0	15,0	15,0	20,0	15,0
Modus	10	10	30	10	15/20/ 30	10	10	20	10	10
SD	12,43	15,49	25,37	11,04	16,93	9,83	51,21	8,11	25,38	9,31
Minimum	2	3	1	2	1	2	1	3	1	1
Maximum	60	80	180	60	75	60	240	40	120	60

V odhadech délky soulože je rozdíl mezi oběma soubory viditelnější. Zatímco čeští muži a ženy odhadují délku soulože velmi podobnou jako délku přede hry, tedy průměrně mezi 14 a 20 minutami a nejčastěji 10 minut (s jedinou výjimkou nejmladších žen), ženy a muži užívající návykové látky naopak, bez ohledu na pohlaví a věk, odhadují délku soulože v průměru kolem 60 minut. Od běžné populace se liší jak v nejčastějších odhadech, tak především v maximech, kdy nejdelší odhadovaná doba soulože je 480 minut u jedné z respondentek ve věku 19 let, zatímco ze skupiny českých mužů a žen byl nejdelší odhad 90 minut u muže ve věku 27 let (viz tabulka 51).

Tab.51 Délka soulože (v minutách)

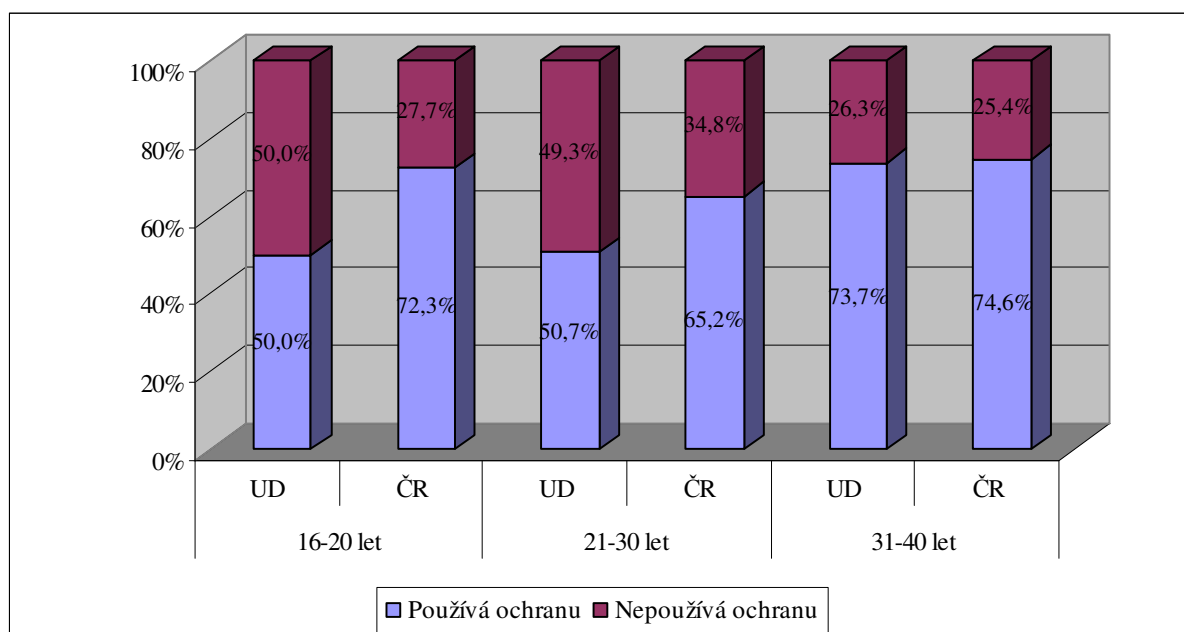
	Muži						Ženy			
	16-20 let		21-30 let		31-40 let		16-20 let		21-30 let	
	UD (N=18)	ČR (N=50)	UD (N=74)	ČR (N=156)	UD (N=24)	ČR (N=176)	UD (N=20)	ČR (N=44)	UD (N=44)	ČR (N=158)
Průměr	60,0	19,5	62,1	16,8	65,6	14,6	61,1	16,9	59,4	16,3
Medián	25,0	15,0	40,0	13,5	30,0	10,0	30,0	15,0	30,0	10,0
Modus	15	10	30	10	20	10	30	15/20	30	10
SD	60,03	16,73	57,90	13,55	85,29	12,82	105,94	11,90	71,56	13,81
Minimum	3	2	5	1	5	1	5	2	3	2
Maximum	180	80	240	90	360	65	480	50	340	75

3.6.5. Používání ochrany

Výzkum, zabývající se sexuálním chováním obyvatel ČR zkoumal otázku používané ochrany se stálými i náhodnými partnery více do hloubky. Nabízel širší paletu možných způsobů ochrany. V otázce zabývající se ochranou také nenabízí možnost, že respondent nemá stálý partnerský vztah nebo nemívá náhodné sexuální kontakty. Proto se budeme zabývat pouze odpověďmi „nepoužívám“ nebo „používám“, a v tom případě jakou ochranu.

Z grafu 42 je zřejmé, že muži, kteří mohli v době dotazování odpovědět na otázku ohledně ochrany se stálou partnerkou, byli v tomto směru zodpovědnější, pokud se jednalo o respondenty ze skupiny reprezentující české muže. V nejstarší věkové skupině již vyrovnaně téměř tři čtvrtiny respondentů z obou souborů nějaký druh ochrany používají. V mladších skupinách je to z řad uživatelů však pouze polovina.

Graf 42 Používání ochrany se stálou partnerkou

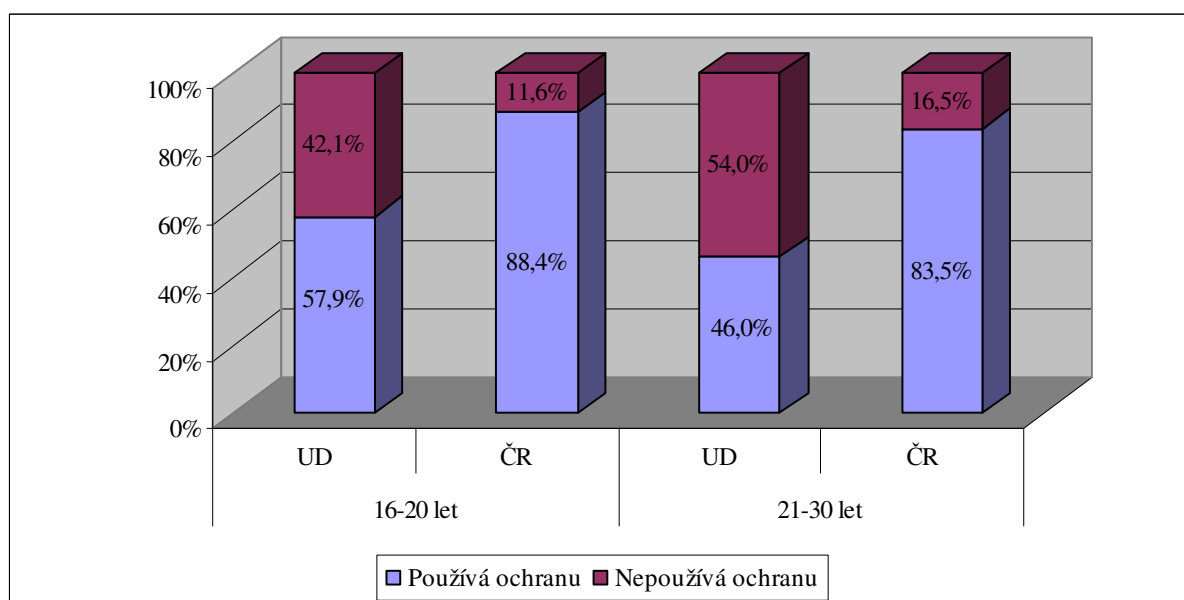


Uživatelé ve věku 16-20 let používali nejčastěji jako ochranu antikoncepční pilulky partnerky, kondom spíše výjimečně (pouze 1 muž ze 7 odpovídajících vždy, 1 občas). Naproti tomu čeští muži v tomto věku používají nejčastěji právě kondom (17 mužů ze 34 odpovídajících vždy, 11 občas), téměř tak často také antikoncepční pilulky partnerky. Mezi uživateli ve věku 21-30 let je nejčastěji používanou ochranou se stálou partnerkou kondom (11 z 37 odpovídajících vždy, 9 občas) a jako občasná metoda převládá přerušovaná soulož (14 respondentů). Mezi českými muži v této věkové kategorii převládá užívání antikoncepce

partnerkou (55 mužů ze 101 odpovídajících uvedlo, že jejich partnerka užívá antikoncepci vždy, 12 občas), kondom je také poměrně běžnou metodou (26 vždy, 32 občas). Uživatelé ve věku 31-40 let využívají nejčastěji metody přerušované soulože (5 ze 14, kteří nějakou ochranu používají, vždy, 4 občas). U českých mužů opět převládají antikoncepční pilulky partnerky, které využívá jako ochranu 60 ze 129 odpovídajících vždy a 13 občas. Také kondom je poměrně často používanou metodou.

Mezi ženami-uživatelkami a ženami reprezentujícími českou populaci je v užívání ochrany se stálým partnerem větší rozdíl než u mužů, a to nehledě na věkovou skupinu. Zatímco ženy, užívající návykové látky, používají nějakou ochranu pouze v 57 %, pokud jsou ze skupiny do 20 let a dokonce ani ne v polovině ve starší skupině, ženy reprezentující populaci ČR v obou skupinách ve výrazné většině ochranu s partnerem používají (viz graf 43).

Graf 43 Používání ochrany se stálým partnerem



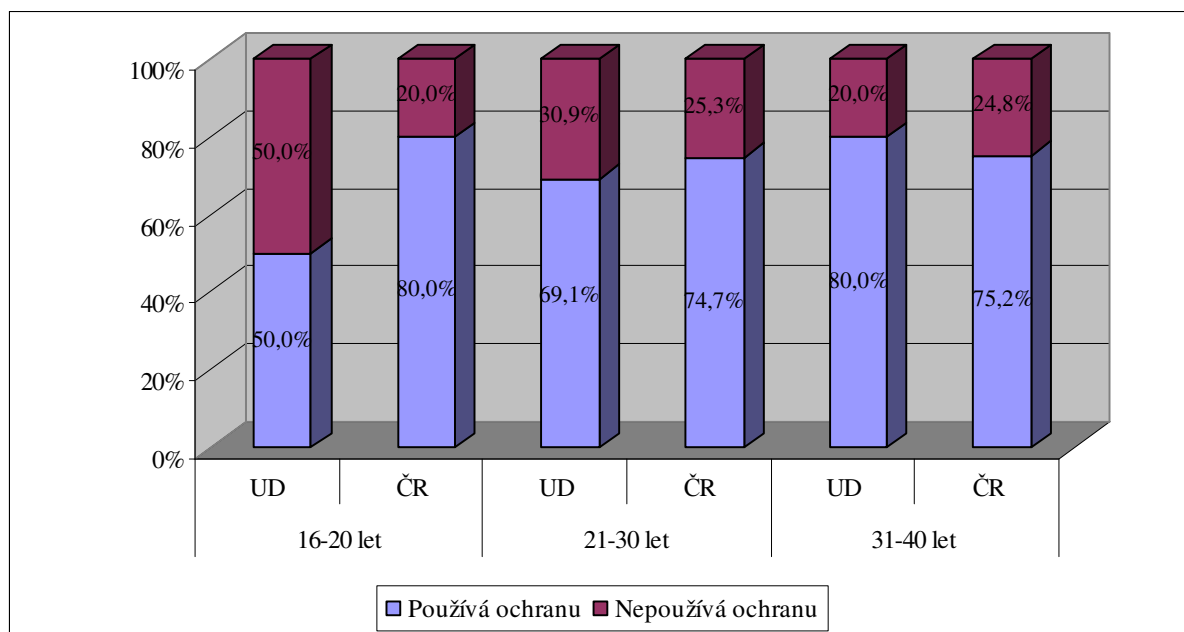
Nejmladší ženy (16-20 let) užívající návykové látky používají se stálým partnerem naprosto minimálně kondom (pouze 2 respondentky ho používají občas, z 11 které celkem nějakou ochranu používají). Převládají antikoncepční pilulky (4 vždy a 1 občas) a přerušovaná soulož (2 vždy a 3 občas). Antikoncepce je jednoznačně nejužívanější ochranou také u českých žen v nejmladší kategorii. 30 z 38, které nějakou ochranu používají je užívá vždy, 2 občas. Kondom se zdá být spíše doplňkovou metodou (10 respondentek ho používá vždy, 8 občas). Uživatelky ve věku 21-30 let preferují přerušovaný styk (7 z 23 odpovídajících ho používá vždy, 10 občas), zatímco kondom je opět minimálně používanou

ochranou (5 respondentek ho používá občas). Mezi českými ženami i v této věkové kategorii jednoznačně převažuje užívání antikoncepce. Vždy ji užívá 95 žen ze 132 odpovídajících, 5 občas. Kondom je opět spíše občasnou ochranou a to pro 44 žen z této skupiny, pro 18 je pravidelnou metodou ochrany.

Při náhodných sexuálních stycích jsou čeští muži v porovnání s uživateli návykových látek celkově zodpovědnější, tedy více při nich používají nějaký druh ochrany. Pokud se podíváme na jednotlivé věkové skupiny (viz graf 44), zjistíme, že uživatelé jsou zodpovědnější s narůstajícím věkem, zatímco u českých mužů se procento těch, kteří užívají ochranu příliš nemění.

Ve skupině nejmladších uživatelů je nejčastěji používanou ochranou s náhodnými sexuálními partnerkami přerušovaná soulož (vždy ji volí 5 z 10 mužů, kteří se chrání při náhodných stycích), kondom používá polovina, 4 vždy a 1 občas. Naproti tomu mezi českými muži v této věkové kategorii naprosto dominuje používání kondomu, který pokaždé použije 20 a občas 7 respondentů z celkových 28, kteří se chrání. Nejpoužívanější metodou ochrany je kondom i u starších českých mužů. Muži ve věku 21-30 let používají ve 42 případech z celkových 71 vždy a ve 24 případech občas. V této věkové kategorii jsou zodpovědnější i uživatelé drog, kteří používají pokaždé kondom ve 21 případech a občas v 16 případech z celkových 47, kteří se nějak chrání při náhodných stycích.

Graf 44 Používání ochrany s náhodnými partnerkami

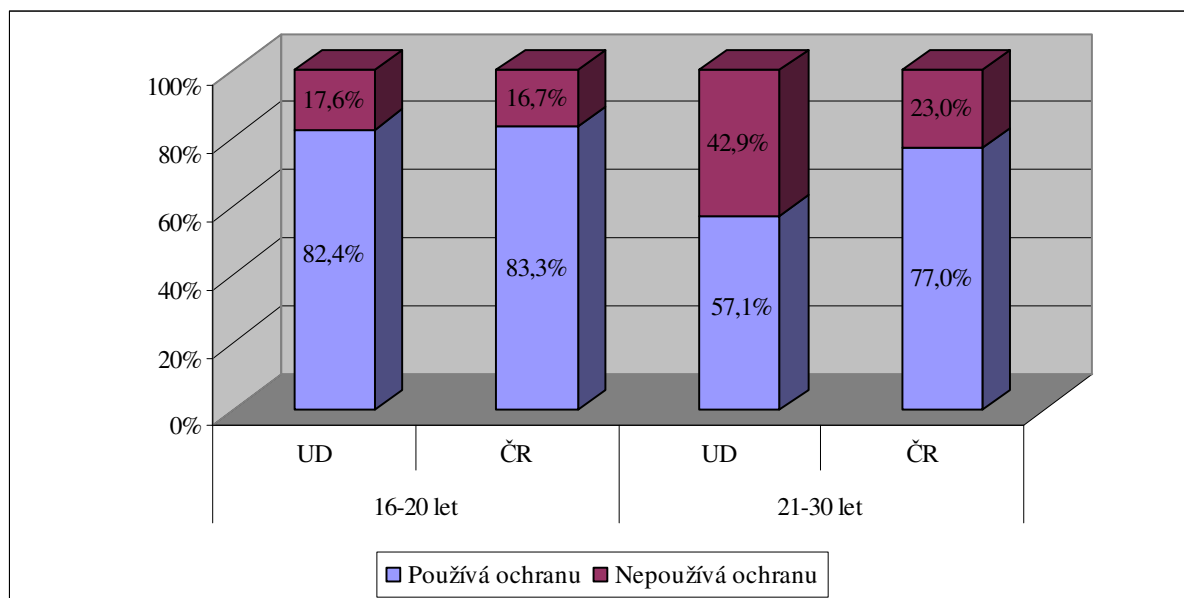


Uživatelé ve věku 31-40 let volí nejčastěji při náhodném sexu také kondom, a to v 8 případech z 20 chránících se vždy a v 8 občas. Z 91 českých mužů v nejstarší věkové skupině, kteří se nějak chrání, používá kondom 56 vždy a 23 občas. I když kondom jako hlavní metoda ochrany při náhodných sexuálních kontaktech vítězí u velké většiny mužů v obou souborech, čeští muži jsou v tomto pohledu přeci jen zodpovědnější než uživatelé návykových látek.

Mezi ženami, které užívají návykové látky je trend opačný než u mužů. Zatímco muži se vzrůstajícím věkem používají více ochranu s náhodnými partnerkami, ženy se naopak častěji chrání pokud patří do skupiny 16-20 let, ve starší věkové skupině mají častěji nechráněné náhodné kontakty (viz graf 45). U českých žen je trend podobný jako u mužů, mezi věkovými skupinami je mírný pokles v chráněných náhodných kontaktech. Ve skupině žen mezi 21 a 30 lety jsou však stále zodpovědnější než uživatelky.

U mladších žen je v obou skupinách nejčastější ochranou kondom. Ze 14 uživatelek, které se chrání ho používá 5 vždy a 5 občas a z 20 českých žen v této skupině 15 vždy a 4 občas. Také mezi staršími ženami je kondom nejužívanější. 8 uživatelek z 16 ho používá vždy a 5 občas a 36 českých žen z 57 chránících také volí kondom vždy a 11 občas. Opět tedy platí, že české ženy jsou i ve volbě ochrany zodpovědnější než uživatelky návykových látek.

Graf 45 Používání ochrany s náhodnými partnery

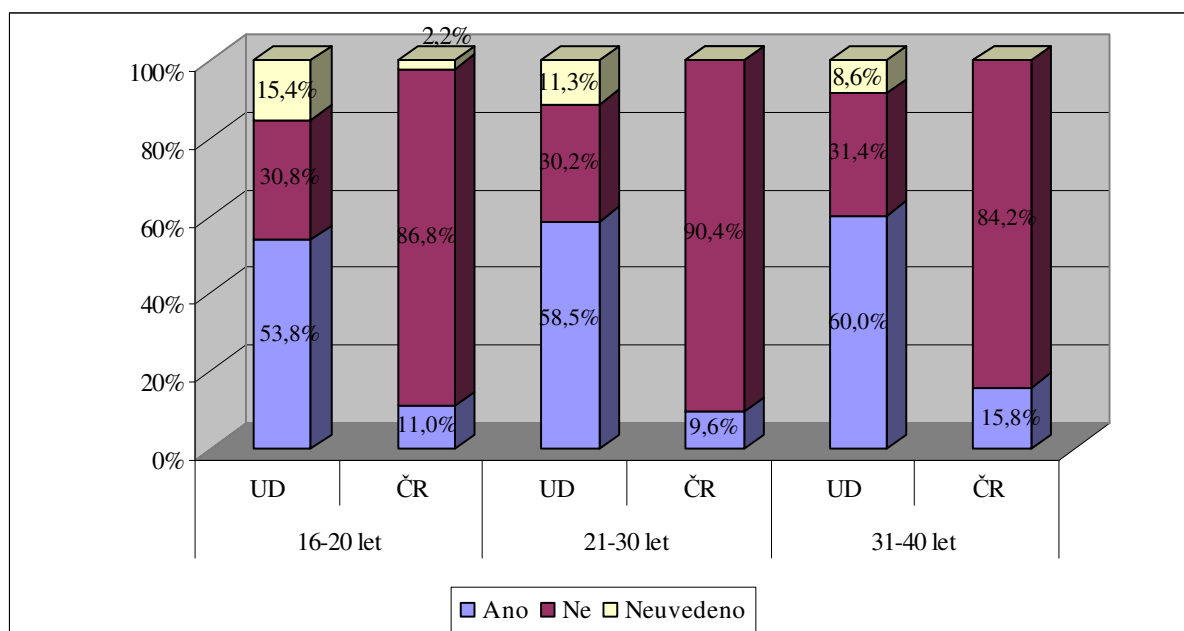


3.6.6. Sexuální obtíže a poruchy

V kapitole 3.5.6. jsme se zabývali podrobně výskytem sexuálních obtíží v souboru uživatelů návykových látek. Vzhledem k závěru, že většina mužů i žen, nehlédě na užívanou drogu, trpěla někdy v životě (obvykle v období užívání drog) nějakou obtíží, zajímalo nás, zda je výskyt těchto obtíží v populaci uživatelů častější než u běžné populace. Srovnání dat obou výzkumů je však poměrně složité a to především k rozdílnému časovému pojetí otázek. Zatímco v našem výzkumu se dotazujeme na období před užíváním drog a během užívání drog, výzkum české populace se dotazuje odděleně na minulost a na současnost jedince. Časové intervaly se v tomto ohledu tedy ne úplně potkávají. V kapitole 3.5.6. jsme se také zabývali otázkou, nakolik spolu koreluje výskyt sexuálních obtíží před užíváním drog a pozdější výskyt během užívání. Proto se nyní již zaměříme jen na rozdíl mezi těmi, kdo užívají návykové látky a těmi kdo ne. Budeme porovnávat výskyt poruch v období užívání drog (což je u většiny respondentů velká část jejich aktivního sexuálního života) v populaci uživatelů a výskyt poruch kdykoli v minulosti u českých mužů.

Při porovnání odpovědí z obou výzkumů je zřejmé, že frekvence, s jakou se vyskytují sexuální poruchy u osob užívajících návykové látky (konkrétně pervitin a Subutex) je ve srovnání s běžnou českou populací vysoká. Zatímco čeští muži v naprosté většině nikdy žádnou poruchou netrpěli, uživatelé drog – nehlédě a věk – přiznávají nějakou poruchu ve více než polovině případů (viz graf 46). Věkové skupiny se od sebe výrazně neliší.

Graf 46 Výskyt sexuálních poruch u mužů



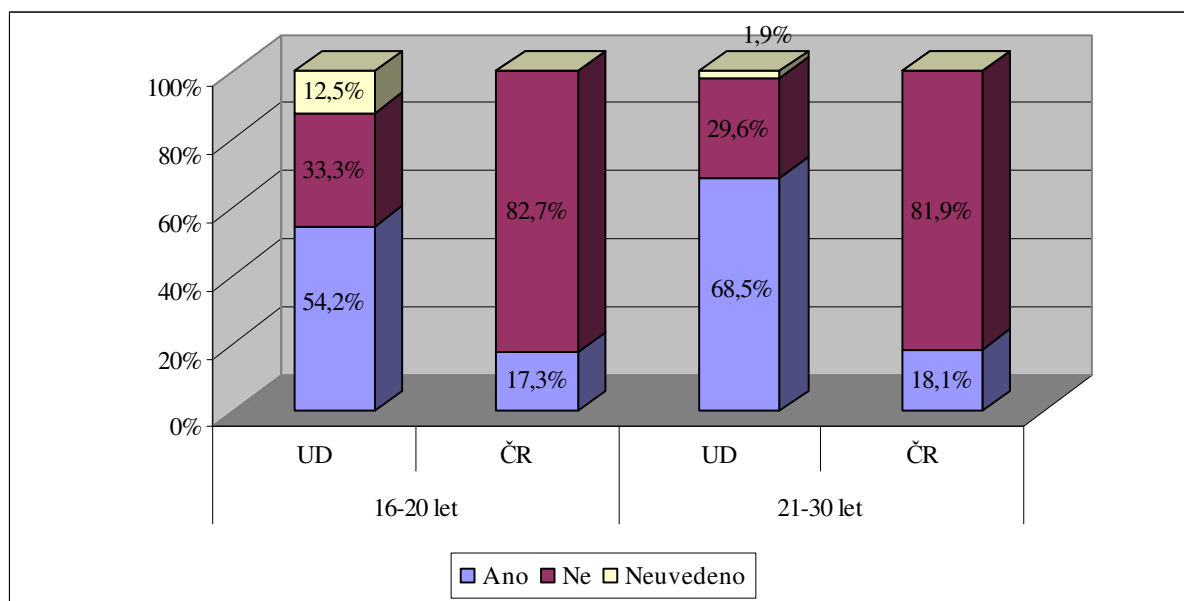
Tabulka 52 zobrazuje nejčastěji se vyskytující potíže v jednotlivých věkových kategoriích v obou skupinách.

Tab.52 Druh sexuálních poruch u mužů

Muži					
16-20 let		21-30 let		31-40 let	
UD	ČR	UD	ČR	UD	ČR
Příliš malá potřeba Poruchy erekce Příliš velká potřeba	Předčasný výron semene	Příliš malá potřeba	Příliš velká potřeba	Příliš velká potřeba	Předčasný výron semene

Také ženy ze souboru uživatelék většinou nějakou sexuální poruchou během užívání drog trpěly. Naproti tomu z českých žen má ve svém životě stejnou zkušenost jen necelých 20 % (viz graf 47) . Jak je vidět z tabulky 53, povaha nejobvyklejších obtíží se mezi skupinami také mírně liší.

Graf 47 Výskyt sexuálních poruch u žen



Tab.53 Druh sexuálních poruch u žen

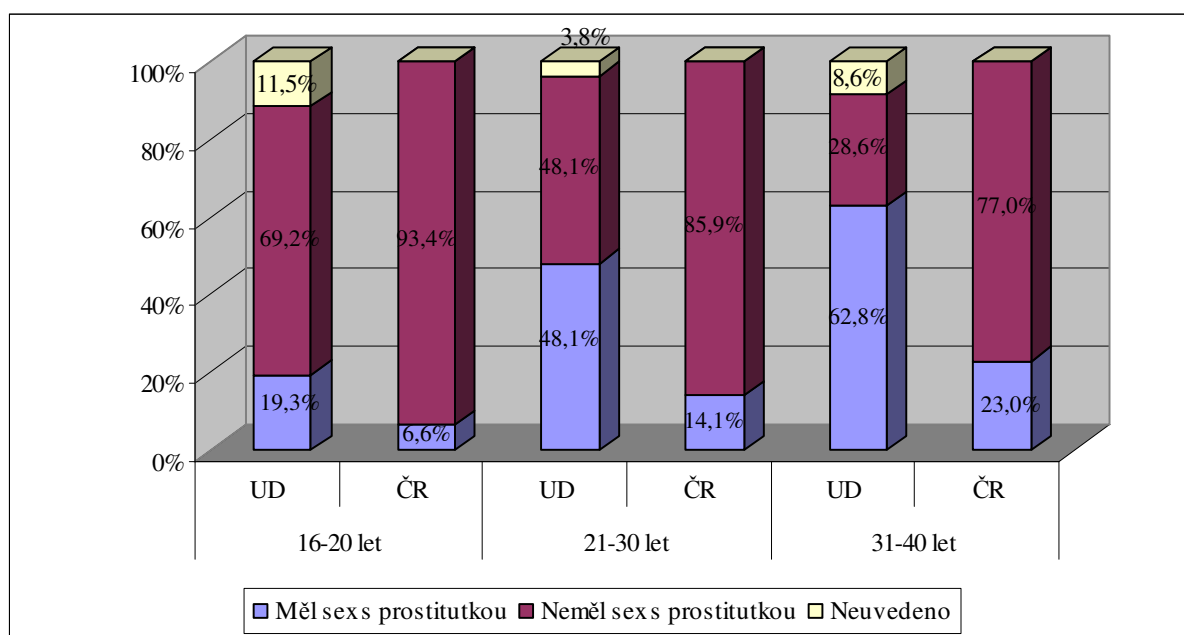
Ženy			
16-20 let		21-30 let	
UD	ČR	UD	ČR
Poruchy vzrušivosti	Příliš malá potřeba Bolesti a nepříjemné pocity	Příliš malá potřeba Poruchy vzrušivosti Neschopnost vyvrcholení	Bolesti a nepříjemné pocity

3.6.7. Využívání komerčního sexu

V souboru uživatelů drog jsme se na sex s prostitutkou ptali pouze mužů, i když jistě i mezi ženami by se našly takové, které služeb komerčního sexu využily. Porovnávat proto budeme pouze údaje od mužské části respondentů. Otázka ve výzkumu obyvatel ČR je formulována bez rozlišení počtu sexuálních kontaktů s prostitutkou, tedy možné odpovědi jsou pouze *nikdy neměl* a *již měl*. I u uživatelů z toho důvodu spojíme odpovědi *ano*, *jednou* a *ano, opakovaně* do jednoho celku.

Uživatelé návykových látek mají častěji zkušenost s komerčním sexem, a to ve všech věkových skupinách téměř trojnásobně (viz graf 48). Zatímco přibližně 3/4 českých mužů použijí vždy při styku s prostitutkou kondom, mezi uživateli to dělá méně než polovina mužů.

Graf 48 Pohlavní styk s prostitutkou



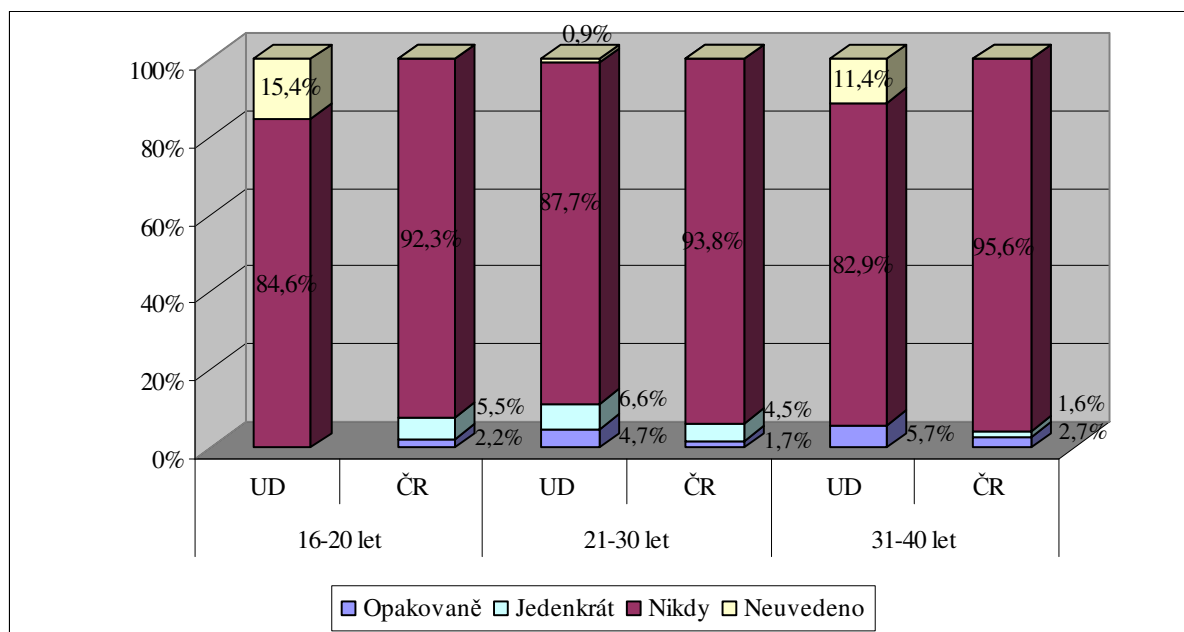
Mezi uživateli návykových látek, a to především ženami, je mnoho těch, které samy poskytují nebo v minulosti poskytly sexuální služby za peníze. V běžné populaci se takový jev vyskytuje výjimečně, u necelých 3 % žen. U českých mužů nebyl výskyt sexu za peníze zjišťován.

3.6.8. Sexuální styk se stejným pohlavím

Mezi muži od 16 do 20 let, kteří užívají návykové látky, není žádný, který by uvedl, že měl někdy sexuální styk s jiným mužem. 15 % respondentů však na dotaz neodpovědělo, je tedy otázkou, zda to nejsou alespoň z části ti, kteří zkušenost mají a nechtějí ji přiznat. Čeští muži v tomto věku naproti tomu uvádí téměř v 8 % nějakou zkušenost s homosexuálním stykem. U starších mužů jsou v tomto směru zkušenější uživatelé drog než čeští muži (viz graf 49).

Nikdo z uživatelů návykových látek se nehlásí k homosexuální orientaci. 3 % mužů ve věku 21-30 let si nejsou jisti a poměrně velká část respondentů otázku nezodpověděla (31 % nejmladších mužů, 6 % ze střední věkové kategorie a 11 % nejstarších). Mezi českými muži se hlásí k homosexuální orientaci ve všech třech věkových skupinách po 1 % respondentů. Jista si nejsou 4 % nejmladších, 2 % z prostřední skupiny a 3 % nejstarších mužů. Pouze 0-2 % se nevyjádřili. Nezanedbatelná část respondentů obou skupin se považuje za bisexuály. Mezi nejmladšími muži to bylo 4 % uživatelů (35 % neodpovědělo) a 7 % českých mužů. V prostřední věkové skupině 11 % uživatelů a 14 % českých mužů, přičemž procenta neodpovídajících byla nízká. U mužů ve věku 31-40 let se cítí přitahováno oběma pohlavími 11 % uživatelů (dalších 11 % na otázku neodpovědělo) a 10 % Čechů. Jak je vidět, v tomto ohledu není mezi oběma soubory příliš velká odlišnost.

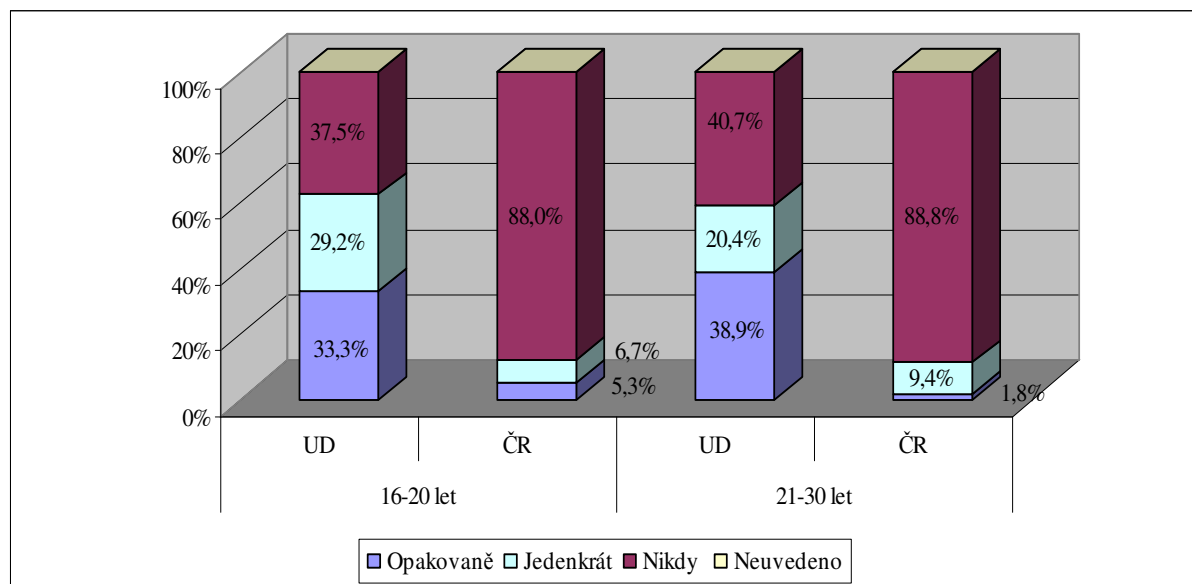
Graf 49 Sexuální styk muže s mužem



Zatímco mezi muži nejsou rozdíly mezi oběma soubory ve zkušenostech s homosexuálními styky nijak výrazné, u žen je situace jiná. Ženy obecně, v obou souborech, uvádějí častější zkušenost se sexem se stejným pohlavím než muži. V souboru českých žen má takovou zkušenost 12 % žen do 20 let a 11 % žen ve věku 21-30 let. Uživatelky návykových látek v našem souboru mají zkušenost s homosexuálním stykem ve většině případů. Věkové skupiny se v tomto směru příliš neliší, v obou skupinách jde zhruba o 60 % žen, přičemž s věkem přibývají ty, které mají zkušenost opakovanou (viz graf 50).

Žádná z žen užívajících návykové látky se nehlásí o homosexuální orientaci. Poměrně velká část z nich si není svou orientací jista (21 % mladších a 11 % starších respondentek) a neodpovědělo 8 %, respektive 2 %. Mezi českými ženami se našla 1 ve skupině 21-30 let, která se považuje za lesbu, 3-4 % respondentek si nejsou jista, nevyjádřila se 3 % žen ve věku 21-30 let. Poměrně velká část respondentek se cítí přitahována oběma pohlavími. O své bisexualitě je přesvědčeno 50 % mladších a 35 % starších žen v souboru uživatelék návykových látek. Také 21 %, respektive 11 % českých žen se považují za bisexuálně orientované. Procento neodpovídajících bylo malé. Je tedy vidět, že bisexuální orientace je mezi uživatelkami drog více než 2x tak častá jako v populaci českých žen.

Graf 50 Sexuální styk ženy se ženou



3.6.9. Pohlavně přenosné choroby

Otázky zjišťující výskyt pohlavně přenosných chorob ve zkoumané populaci jsou v obou výzkumech formulovány odlišně. Na rozdíl od výzkumu uživatelů návykových látek, nenabízí formulace pro obyvatele ČR možnost, že respondent nějakou chorobou trpěl, ale neví jakou. Také nabízí širší paletu diagnóz, ze kterých je možné vybírat:

⇒ *Měl jste někdy v životě pohlavně přenosnou nemoc?*

neměl nikdy 1

ano, měl 2 pokud ano, jednalo se o:

	<i>Ano</i>	<i>Ne</i>
<i>kapavku</i>	<i>1</i>	<i>2</i>
<i>syfilidu (příjici)</i>	<i>1</i>	<i>2</i>
<i>kondylomata (fíčky)</i>	<i>1</i>	<i>2</i>
<i>opary</i>	<i>1</i>	<i>2</i>
<i>zánět močové trubice</i>	<i>1</i>	<i>2</i>
<i>filcky (muňky)</i>	<i>1</i>	<i>2</i>
<i>svrab</i>	<i>1</i>	<i>2</i>
<i>infekční žloutenku</i>	<i>1</i>	<i>2</i>

Porovnáme oba soubory pouze v kategorii „měl/neměl“ někdy v životě pohlavně přenosnou nemoc. Pro tyto účely budou odpovědi uživatelů „ano, měl“ a „ano, ale nevím o jakou nemoc šlo/jde“ spojeny do kategorie „měl“. Dále se budeme zabývat pouze výskytem syfilidy v obou souborech a výskytem infekční žloutenky mezi českými muži a ženami. Infekční žloutenka není v dotazníku pro českou populaci blíže rozlišena a v dotazníku pro drogové uživatele jsme se dotazovali pouze na hepatitidu typu C, která je mezi uživateli drog závažnějším a rozšířenějším problémem. Pro potřeby porovnání nám ale postačí kategorie „infekční hepatitida“ jako celek.

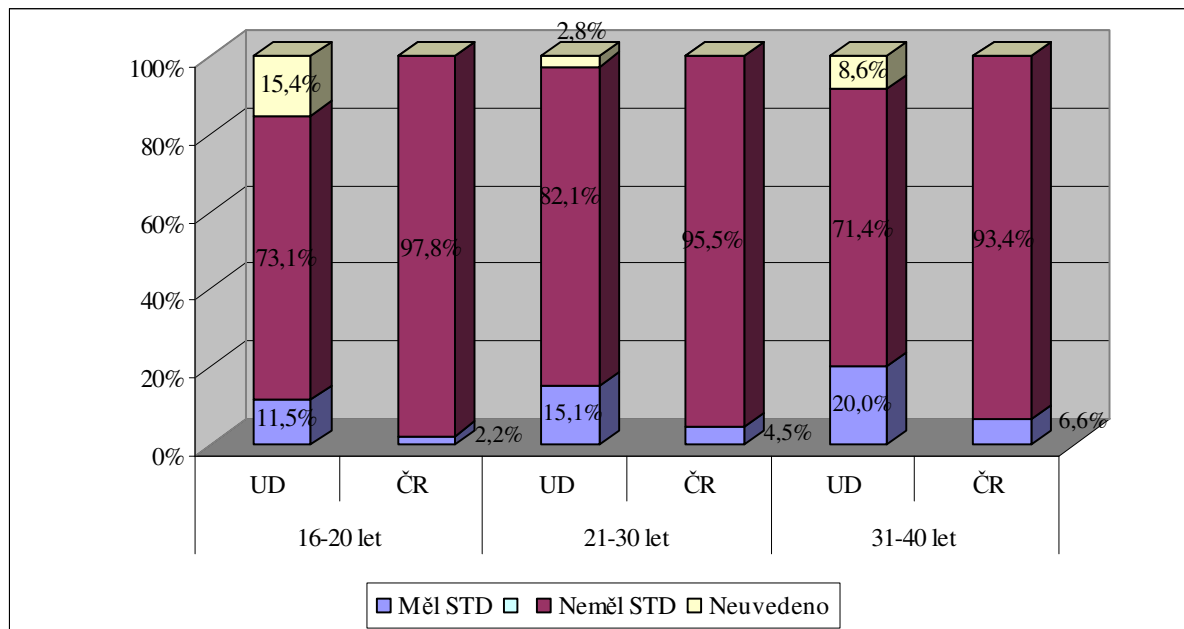
Jak je patrné z grafu 51, výskyt pohlavně přenosných nemocí je v populaci uživatelů návykových látek několikanásobně vyšší než v populaci českých mužů. Již v nejmladší věkové skupině prodělalo nějakou pohlavně přenosnou chorobu 12 % uživatelů (celých 15 % navíc na otázku neodpovědělo), zatímco mezi českými muži jsou to jen 2 %. Mezi uživateli v nejstarší námi porovnávané věkové skupině prodělal nějakou pohlavně přenosnou chorobu dokonce každý pátý. Jediným mužem, který si byl vědom diagnózy syfilidy byl muž ze souboru uživatelů z nejstarší věkové skupiny.

Mezi českými muži byly zaznamenány pouze dva případy infekční žloutenky a to jeden ve věkové skupině 21-30 let a druhý ve věku 31-40 let. Lze předpokládat, že infekční žloutenku typu A správně respondenti nezařadili do pohlavně přenosných chorob a vzhledem ke způsobu přenosu typu B a C je pravděpodobnější, že se jednalo o hepatitidy typu B.

Uživatelé v našem výzkumu měli pozitivní diagnózu na hepatitidu typu C v nejmladší věkové skupině ve 29 % případů, ve věku 21-30 let ve 41 % a ve věku 31-40 let již dokonce v 50 % případů. K tomu určitá část respondentů neznala výsledky testů. Ze zkušeností z praxe se dá předpokládat, že podstatná část respondentů prodělala v minulosti také hepatitidu typu B. Ne první pohled je tedy vidět, že v tomto ohledu je populace uživatelů drog oproti běžné populaci velmi riziková.

U žen je situace obdobná. Z českých žen prodělala hepatitidu pouze jedna žena ze skupiny 21-30 let, naproti tomu 13 % žen od 16 do 20 let a 47 % ve věku 21-30 let ze souboru problémových uživatelů hepatitidu někdy prodělalo.

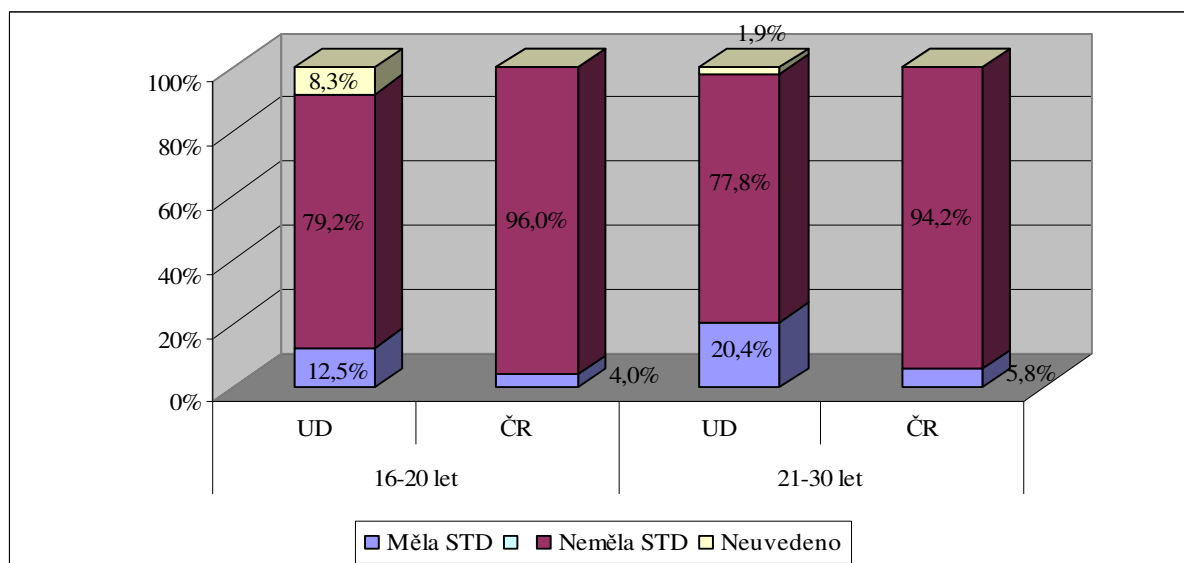
Graf 51 Výskyt pohlavně přenosných nemocí u mužů



Mezi ženami opět několikanásobně převažuje výskyt pohlavně přenosných nemocí u uživatelů návykových látek ve srovnání se souborem českých žen (viz graf 52). Ve všech skupinách je v porovnání s muži výskyt mírně častější, mezi ženami-uživatelkami prodělala STD každá pátá ze skupiny 21-30 let. Důvodem tohoto rozdílu oproti mužům může být zahrnutí „zánětu močové trubice“ do seznamu ženských sexuálně přenosných chorob (který uvedla jako své potíže polovina uživatelů Subutexu – viz kapitola 3.5.9.). Jedna žena v každé věkové skupině uživatelů drog (tedy dvě celkem) prodělala v životě syfilis. Mezi českými ženami se žádný případ nevyskytl.

Graf 52

Výskyt pohlavně přenosných nemocí u žen

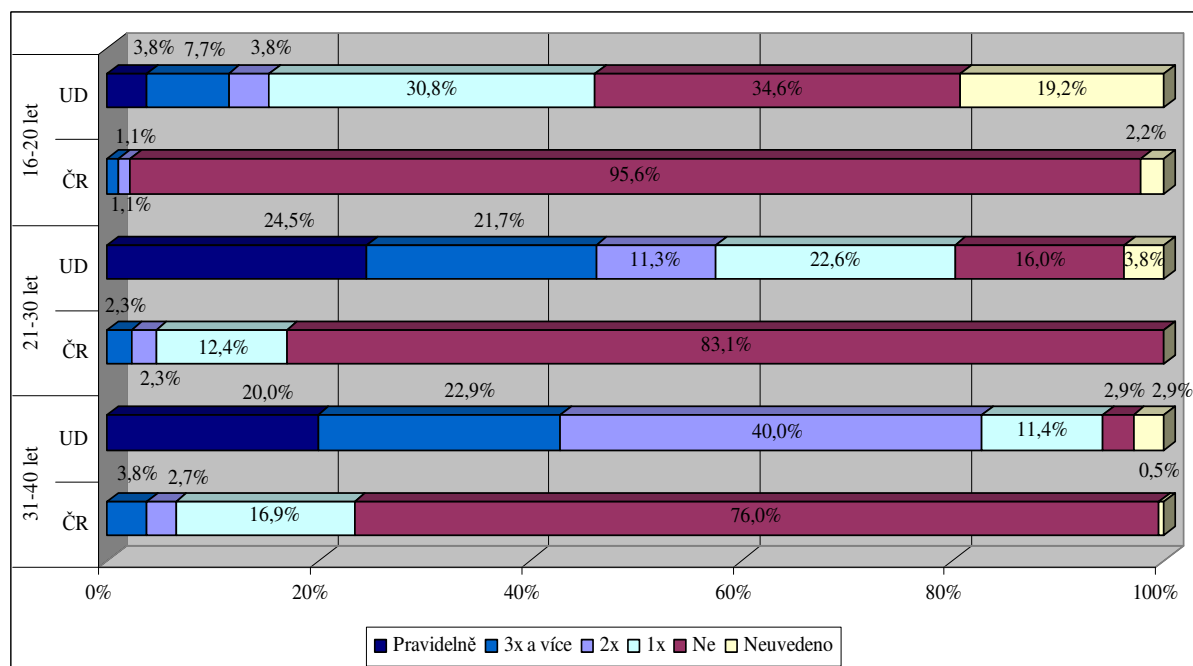


Oba výzkumy zjišťovaly frekvenci testování na HIV/AIDS u respondentů. Vzhledem k tomu, jak riziková je populace uživatelů drog, obsahuje otázka pro ně navíc oproti dotazníku pro českou populaci možnost „testován pravidelně (alespoň 2x ročně)“.

Při pohledu na rozložení odpovědí (viz grafy 53 a 54) se zdá, že uživatelé návykových látek jsou si do určité míry vědomi svého rizikového životního stylu.

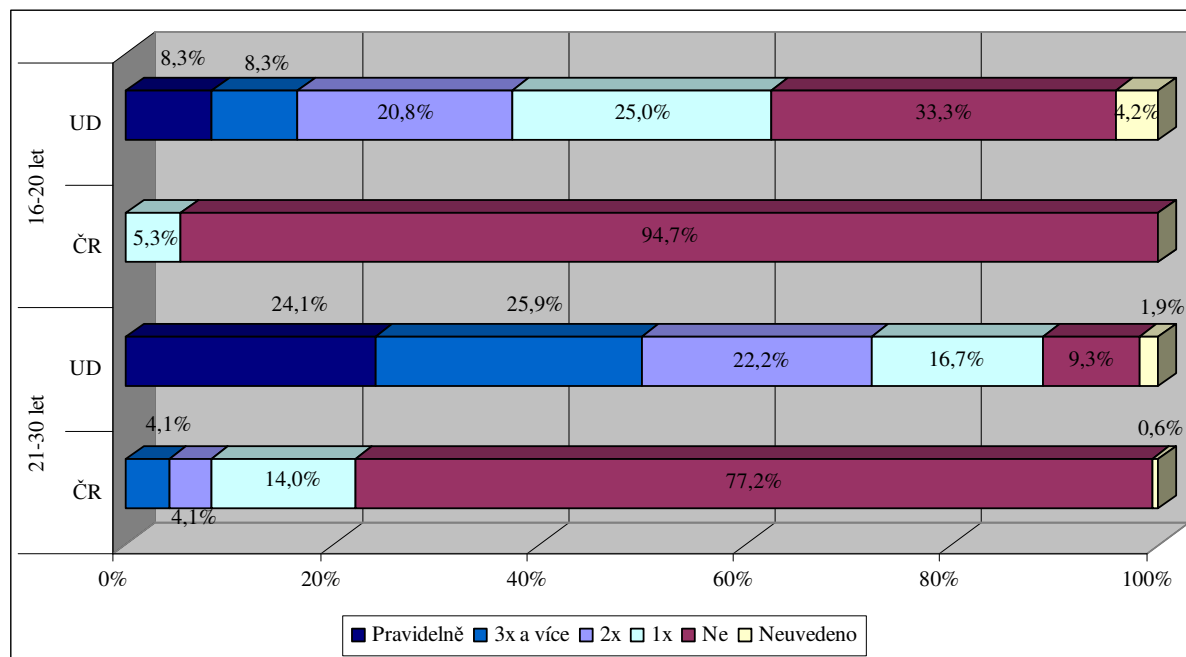
Graf 53

Testování mužů na přítomnost viru HIV



Ve srovnání s muži a ženami reprezentujícími obyvatele ČR byli uživatelé častěji ve svém životě testováni na přítomnost viru HIV v těle. Ženy ve stejném věku jsou v obou souborech ve srovnání s muži zodpovědnější. Muži a ženy nad 20 let, užívajících návykové látky, už v naprosté většině někdy testování absolvovali, na rozdíl od českých mužů a žen, kde nejsou testovány více než tři čtvrtiny respondentů.

Graf 54 Testování žen na přítomnost viru HIV



3.6.10. Sexuální zneužívání, znásilnění

Na otázku týkající se sexuálního zneužívání v dětství odpověděli všichni respondenti výzkumu obyvatel ČR. V souboru uživatelů návykových látek oproti tomu určitá část respondentů neodpověděla, s věkem se přitom u obou pohlaví jejich poměr zmenšoval. Mezi muži-uživateli a českými muži byl rozdíl v četnosti zneužívání především u těch, kteří byli zneužiti jednou, opakované zneužití zažili ve všech skupinách pouze jednotlivci (viz tabulka 56). U žen je rozdíl mezi populací uživatelů a českých žen ztelnější. Uživatelky mají zkušenost se zneužitím do věku 15 let několikanásobně častěji než ženy reprezentující českou populaci. Ženy užívající návykové látky byly ve více než čtvrtině případů někdy v dětství zneužity (viz tabulka 54).

Tab.54 Sexuální zneužití v dětství (do 15 let)

	Muži						Ženy			
	16-20 let		21-30 let		31-40 let		16-20 let		21-30 let	
	UD	ČR	UD	ČR	UD	ČR	UD	ČR	UD	ČR
Opakovaně	0	1	0	1	1	2	2	1	6	4
	0,0%	1,1%	0,0%	0,6%	2,9%	1,1%	8,3%	1,3%	11,1%	2,3%
Jedenkrát	1	1	6	4	2	6	3	3	8	13
	3,8%	1,1%	5,7%	2,3%	5,7%	3,3%	12,5%	3,4%	14,8%	7,6%
Nikdy	20	89	91	172	31	175	16	71	36	154
	76,9%	97,8%	85,8%	97,2%	88,6%	95,6%	66,7%	94,7%	66,7%	90,1%
Neuvedeno	5	0	9	0	1	0	3	0	4	0
	19,2%	0,0%	8,5%	0,0%	2,9%	0,0%	12,5%	0,0%	7,4%	0,0%
Celkem	26	91	106	177	35	183	24	75	54	171
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Otázka znásilnění po dosažení hranice 15 let je pro muže užívající drogy zřejmě ještě choulostivější než otázka zneužívání v dětství. Neodpověděla na ni například téměř čtvrtina nejmladších respondentů. Mezi muži-uživateli je i zde oproti českým mužům větší zastoupení těch, kteří znásilnění zažili. Nejvýraznější rozdíl existuje ve skupině mužů ve věku 21-30 let, ve které více než 10 % uživatelů někdy bylo násilím nebo hrozbami přinuceno k pohlavnímu styku (viz tabulka 55). U žen je opět rozdíl výraznější. Zatímco mezi českými ženami naprostá většina (přes 90 %) nebyla nikdy přinucena k pohlavnímu styku, mezi uživatelkami toto nezažilo jen 54 % žen do 20 let a 37 % žen mezi 21-30 lety. Ve starší skupině má přitom zkušenost se znásilněním téměř 60 % respondentek, a o většinou opakovaně.

Tab.55 Znásilnění v období pohlavní dospělosti

	Muži						Ženy			
	16-20 let		21-30 let		31-40 let		16-20 let		21-30 let	
	UD	ČR	UD	ČR	UD	ČR	UD	ČR	UD	ČR
Opakovaně	1	1	4	1	2	0	1	0	17	7
	3,8%	1,1%	3,8%	0,6%	5,7%	0,0%	4,2%	0,0%	31,5%	4,1%
Jedenkrát	1	0	6	2	1	6	7	1	15	7
	3,8%	0,0%	5,7%	1,1%	2,9%	3,3%	29,2%	1,3%	27,8%	4,1%
Nikdy	18	90	83	174	28	177	13	74	20	157
	69,2%	98,9%	78,3%	98,3%	80,0%	96,7%	54,2%	98,7%	37,0%	91,8%
Neuvedeno	6	0	13	0	4	0	3	0	2	0
	23,1%	0,0%	12,3%	0,0%	11,4%	0,0%	12,5%	0,0%	3,7%	0,0%
Celkem	26	91	106	177	35	183	24	75	54	171
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

3.7. Diskuse

V následující kapitole shrneme výsledky zde prezentovaného výzkumu, porovnáme je s některými domácími i zahraničními poznatky a pokusíme se o jejich zasazení do souvislostí a případně interpretaci. Také se budeme zabývat hypotézami, stanovenými na počátku výzkumu. Pro lepší přehlednost je diskuse členěna do stejných oddílů jako samotná výsledková část. Na závěr se zastavíme u omezení a nedostatků našeho výzkumného projektu a nastíníme další možné využití zde prezentovaných dat i tématu, a to v oblasti výzkumu i lékařské, terapeutické a poradenské praxe.

Pokud není uvedeno jinak, jsou data týkající se české populace převzata z výzkumu sexuálního chování obyvatel ČR, prováděného na reprezentativním vzorku v roce 2008 (Weiss, Zvěřina, 2009).

3.7.1. Spokojenost se sexuálním životem

Mezi skupinami uživatelů pervitinu a uživatelů Subutexu v našem výzkumu není v jejich vnímání spokojenosti s vlastním sexuálním životem podstatný rozdíl. Zatímco mezi muži je spokojeno 52 % z obou skupin, u žen jsou nepatrně spokojenější uživatelky pervitinu (67 % oproti 64 %). Tyto výsledky neodpovídají našemu předpokladu (viz hypotéza 1), že užívání opioidu bude mít na spokojenost negativní vliv, zatímco užívání pervitinu pozitivní. Pokud se však podíváme na to, jak se změnil pohlavní život od doby, kdy drogu užívají (u uživatelů pervitinu významně častěji k lepšímu), pak bychom tento předpoklad mohli potvrdit. Především ve skupině žen byla prokázána souvislost mezi užívanou drogou a vnímanou změnou.

Změny, které užívání drog přineslo, odpovídají jen částečně vlivu, který mají stimulantia nebo opioidy na aktivitu organismu. Pokud jde o stimulantia, uživatelé si podle očekávání chválí delší sexuální styk, větší chuť na sex, větší aktivitu. Muži téměř v polovině případů také lepší prožívání sexu, u žen je to méně časté. Tyto výsledky jsou v souladu se zjištěními jiných, především zahraničních, výzkumů. Ať už jsou studie prováděny na zvířatech, nebo jde o výzkum osob, ukazuje se shodně, že amfetaminy většinou stimulují sexuální aktivitu, zvyšují výkonnost a kreativitu v sexu a mají za následek častější vyhledávání sexuální aktivity. Např. Fiorino a Philips (1999) docílili podáváním amfetaminu krysám samcům zvýšené sexuální aktivity nezávisle na prostředí, ve kterém se krysy nacházely.

Käll (1992) zjistil při dotazování mužů užívajících amfetamin ve Stockholmské věznici zvýšenou sexuální aktivitu, prodloužení sexuálního styku, více partnerů, ale také u 21 z 27 mužů neuspokojivý orgasmus. Molitor s kolegy (1998) dochází k závěru, že i neinjekční užívání metamfetaminu má za následek kromě jiného větší sexuální aktivitu, střídání partnerů, častější styk. Pokud tedy zvážíme tyto obvyklé účinky stimulancií, nepřekvapí nás, že hlavním důvodem nespokojenosti našich respondentů užívajících pervitin, kteří si stěžovali na zhoršení sexuálního života, byl méně častý sex. Apetence je sekundárně zvýšena působením látky na organismus, ale není dlouhodobě uspokojena. Přitom v jednom z výzkumů uvedli uživatelé pervitinu jako nejoblíbenější aktivitu při intoxikaci právě sex (Käll, 1992). Důvodem nedostatečného uspokojení bývá především životní styl dlouhodobých problémových uživatelů, kteří nemají často stálé bydlení, soukromí, partnera, jejich energie a čas jsou spotřebovávány hlavně na shánění peněz a drog. Určitou roli by mohl hrát i prostý biologický věk (příliš nízký nebo naopak příliš vysoký) a zdravotní stav, který bývá u pravidelných uživatelů pervitinu poměrně špatný. Vliv věku se ale při podrobném prozkoumání užších věkových skupin mužů na pervitinu nepotvrdil.

Pokud se týká pociťované změny sexuálního života od doby, kdy užívají drogy, nejsou uživatelé Subutexu tak homogenní skupinou jako uživatelé pervitinu. Průměrně považují svůj sexuální život za méně uspokojivý, ale zároveň přibližně třetina mužů i žen zaznamenala posun k lepšímu. Mezi ženami bylo nejčastějším pozitivem lepší prožívání sexu, což je poměrně nečekané, protože u opioidů se předpokládá spíše utlumení emocí, především těch, které nejsou čistě individuální, ale mají interpersonální povahu. Na druhou stranu, ve srovnání s pervitinem, není sex v tomto případě natolik výkonovou disciplínou, což může ženám vyhovovat. Je však třeba brát v úvahu, že na tuto otázku odpovídalo jen 10 respondentek. Muži častěji udávali jako zlepšení delší sexuální styk. To odpovídá působení opioidů na pohlavní funkce, tak jak jsme o nich psali v teoretické části. Uživatelé Subutexu, kteří pociťovali zhoršení, si nejčastěji stěžovali na menší chuť na sex, a to bez rozdílu pohlaví. Toto zjištění souhlasí opět z obecnými účinky opioidů na organismus. Na druhou stranu se ale ze zkušeností z praxe zdá, že buprenorfin nemá tak negativní a tlumivý účinek na sexuální funkce jako heroin nebo metadon. Potvrzuje to i studie Bliesenera a kolegů (2005), kteří zkoumali hladinu testosteronu a výskyt sexuálních dysfunkcí u mužů v substituční subutexové léčbě ve srovnání s muži na metadonu a kontrolní skupinou. Hladina testosteronu byla u uživatelů Subutexu s denní dávkou 8-20 mg srovnatelná se zdravou skupinou, zatímco u uživatelů metadonu výrazně nižší. Také výskyt sexuálních dysfunkcí byl se Subutexem podstatně vzácnější než s metadonem. Respondenti sami uváděli utlumení libida ve 23 % a

zhoršení potence ve 12 % (zatímco u metadonu ve vyšších dávkách – 60-120mg/den - to bylo 83 %, resp. 72 %).

Příčinu spokojenosti či nespokojenosti nelze v žádném případě vidět pouze v chemickém působení té které látky. To si uvědomují i sami respondenti, když na otázku, zda změnu sexuálního života přičítají drogám, odpovídají sice ve většině kladně, ale vliv drog vidí nejčastěji jako příčinu jen částečnou. Častěji vidí důvod v drogách ti, kteří vnímají změnu k horšímu. Pro ty může být poukázání na drogy jednoduchým mechanismem, jak si vysvětlit neuspokojivý stav. Vedle životního stylu, zdravotních a sociálních problémů by také mohl být důvodem věk respondentů. Předpokládali bychom, shodně s celopopulačním výzkumem (Weiss & Zvěřina, 2009), že spokojenost se bude výrazně zvyšovat s věkem, s rozdílem především mezi skupinou 16-20 let a skupinou 21-30 let. Zatímco rozdíly u českých mužů jsou významné (spokojeno je jen 37 % mladších, ale už 72 % starších mužů) a i u žen je vidět posun, mezi uživateli návykových látek (pervitinu i Subutexu) se téměř žádné rozdíly mezi věkovými skupinami neprojevily. Mladí muži, užívající drogy, byli spokojenější než jejich vrstevníci, reprezentující českou populaci, v kategorii 31-40 let už je tomu naopak. U žen byl zaznamenán mírný posun, ve srovnání s českou populací ale také slabší. V tomto směru se tedy drogová populace zdá poněkud specifická. Důvodem může být včasný začátek sexuálních aktivit mezi uživateli. Fázi neuspokojené touhy si většina z nich odbude daleko před 16 rokem, nebo ji nezažije vůbec. Na druhou stranu celkově je jejich sexuální život méně uspokojivý a nevyvíjí se, stejně jako se nevyvíjí život problémového uživatele v mnoha dalších směrech, a proto se brzy poměr spokojených a nespokojených jedinců v obou populacích obrátí.

Další příčinou neuspokojivého sexuálního života může být traumatická zkušenost se sexem. Jak uvidíme dále, má ji podstatně více problémových uživatelů – mužů i žen – než je v populaci běžné. Při bližším pohledu na odpovědi respondentů ve výzkumu se ukazuje, že 3% mužů, kteří jsou se svým sexuálním životem spokojeni, byli někdy v dětství zneužiti, zatímco mezi těmi, kdo spokojeni nejsou, je to 15 %. Podobně je tomu také se znásilněním. Mezi spokojenými muži je 8 % jednou nebo vícekrát znásilněných, mezi nespokojenými 14 %. U žen se zneužívání naopak objevilo častěji u spokojených žen, mezi nespokojenými ženami je o něco více znásilněných, rozdíly ale nejsou nijak podstatné. Většina znásilněných mužů a zneužívaných žen vidí zlepšení v sexu od doby, kdy užívají drogy. Je pravděpodobné, že drogy takto traumatizovaným jedincům pomohou zapomenout na negativní zážitky a překonat případný strach a odpor k sexu.

Jak jsme psali v teoretické části práce, vlivů na spokojenost v oblasti sexu může být mnoho a mohou se dále sčítat a násobit. Mezi nejvýraznější, kromě již uvedených, patří i přítomnost, nebo absence stálého partnera a spokojeného partnerského života, sexuální dysfunkce, prostituce, pohlavně přenosné choroby, nevyjasněná sexuální orientace. Jak je patrné z výsledků výzkumu, a jak uvidíme i dále v diskusi, z tohoto pohledu mají uživatelé návykových látek v našem souboru důvodů k nespokojenosti více než dost. Nelze se tedy divit, že při srovnání s reprezentativním vzorkem českých mužů a žen se zdají méně spokojeni.

3.7.2. Počátek sexuálních aktivit a sexuální partneři

Zjištěný průměrný věk prvního sexuálního styku u respondentů výzkumu odpovídá podobným výsledkům v zahraničních studiích uživatelů drog, kde se většinou pohybuje také kolem 15. roku (Inciardi, 1995 ad.). V našem výzkumu měli muži užívající pervitin průměrně první sexuální styk dříve než ti, kteří užívali Subutex (15 let oproti 15,7 letům). Uživatelky pervitinu začaly sexuálně žít průměrně ve 14,9 letech a uživatelky Subutexu v 15,2 letech. Tato „norma“ drogových uživatelů je posunuta o 2-3 roky níže vzhledem k tomu, co je běžné v ČR a v nám podobných zemích. Čeští muži při průzkumu v roce 2008 uvedli průměrný věk první soulože 17,9 roku, ženy 18,1 roku. Tato data odpovídají i našemu nejbližšímu kulturnímu a geografickému okolí (Weiss & Zvěřina, 2001), naproti tomu v některých zemích (Skandinávie, Island, Izrael) je průměrný věk prvního styku nižší, jinde (Malajsie, Indie, Čína) naopak vyšší (data ze 44 zemí zahrnuje mapa na <http://chartsbin.com/view/xxj>).

Při pohledu na jednotlivé věkové skupiny respondentů vidíme, že věk prvního pohlavního styku je tím nižší, čím mladší jsou respondenti. Platí to shodně pro ženy i muže užívající drogy. Podobně jako u populace ČR, je v tomto ohledu výrazný skok mezi nejmladší věkovou skupinou (do 20 let) a ženami a muži do 30, resp. 40 let. Oba soubory se poměrně výrazně liší v tom, zda byl první sexuální styk uskutečněn s náhodným nebo stálým partnerem. Zatímco u uživatelů převažují náhodní partneři při prvním sexu, u českých mužů a především žen proběhl první sex častěji se stálým partnerem. U českých mužů a žen s věkem respondentů klesá poměr náhodných prvních styků, naproti tomu uživatelé jsou i v tomto směru poměrně stabilní a poměr odpovědí se mezi věkovými skupinami příliš nemění. Zdá se, že v této populaci mají – více než společenské prostředí, trendy a vrstevníci – vliv jiné faktory. Mohly by to být především drogy, užívané už v době prvního styku. Tomu ovšem neodpovídá, že zkušenost s drogami měla v době prvního sexu polovina žen v souboru a ještě méně mužů (35 % uživatelů pervitinu a 41 % uživatelů Subutexu). Může tedy jít o dvě částečně nezávislé

charakteristiky určitého typu lidí. Touto hypotézou se zabývalo již mnoho autorů před námi. V roce 1971 publikoval Zuckerman (1971) teorii „sensation seeking“ (do češtiny překládáno jako vyhledávání mimořádných prožitků, vzrušení apod.), spolu se škálou na měření tohoto povahového rysu. Sensation seeking popisuje jako osobnostní dispozici, charakterizovanou tendencí k provozování nových, vzrušujících aktivit, které povedou k dostatečné stimulaci a excitaci. Bývá charakteristická pro osoby s excesivním abúzem alkoholu nebo závislostí na nelegálních drogách. Tato dispozice často koreluje s rizikovým sexuálním chováním, jako je velký počet partnerů, nechráněné sexuální styky apod. (Zuckerman et al., 1980, in Kalichman et al., 1996). Kalichman s kolegy (1996) ovšem varuje před zjednodušující kauzalitou a upozorňuje na multifaktoriální příčinu rizikového sexuálního chování.

Ve shodě s raným počátkem sexuálních aktivit, rizikovým chováním a životním stylem uživatelů drog je také naše zjištění, že oproti běžné populaci mají uživatelé za svůj život podstatně více sexuálních partnerů. Zatímco čeští muži v roce 2008 uvedli průměrně 9,4 partnerky za život, s mediánem 5, uživatelé pervitinu měli průměrně 31,0 a uživatelé Subutexu 20,9 partnerek. Přestože tato čísla jsou výrazně odlišná, je třeba brát v úvahu extrémní hodnoty a proto zohlednit především hodnotu mediánu. Ta je v obou skupinách 15. Poměrně netypické je zjištění, že ženy ve výzkumu udávaly vyšší počet partnerů než muži. Přitom v běžných výzkumech, zahrnujících celou populaci určitého území, je tomu pravidelně naopak. Nesrovnalost se pak často vysvětluje nadsazováním ze strany mužů a naopak podhodnocováním ze strany žen, což souvisí s typickým obrazem a společenskou rolí obou pohlaví. Uživatelky pervitinu v našem souboru odhadovaly počet svých dosavadních partnerů průměrně na 38,3, uživatelky Subutexu na 34,6, přičemž medián byl 16, resp. 15. Medián počtu partnerů českých žen je naproti tomu 3, průměrný počet 5,3. Vyšší počet partnerů u žen je možné vysvětlit částečně vyšším podílem žen, které se živí prostitucí. Ty mohou výrazně měnit střední hodnoty. Uživatelky drog také nesdílí obvykle rozšířené představy o umírněnějším chování žen. Nemají zábrany sdělit skutečný (nebo alespoň odhadovaný) počet partnerů bez autocenzury.

Rozdíl mezi oběma skupinami uživatelů není v počtu partnerů příliš výrazný, i když průměr přeci jen napovídá, že uživatelé pervitinu představují v tomto směru rizikovější populaci, než uživatelé Subutexu. Na rizikové chování u uživatelů metamfetaminu, včetně počtu partnerů, poukazuje ve svém výzkumu neinjekčních uživatelů Molitor s kolegy (1998). V porovnání s muži a ženami neužívajícími drogy, kteří navštívili centra pro testování HIV, měli neinjekční uživatelé metamfetaminu v posledním roce podstatně více sexuálních

partnerů. Nejvíce partnerů měli homosexuálně a bisexuálně orientovaní muži z řad uživatelů. Autoři poukazují i na další studie, podle nichž je metamfetamin i v porovnání s dalšími návykovými látkami drogou spojenou s nestandardním, promiskuitním a rizikovým sexuální chováním. Stejný autor o rok později publikoval výzkum (Molitor, 1999), v němž srovnával charakteristiky sexuálního chování injekčních uživatelů metamfetaminu a jiných drog (celkem bylo zahrnuto 1029 mužů a 360 žen injekčně užívajících drogy). Zatímco muži užívající metamfetamin měli v posledním půl roce před rozhovorem průměrně 8,9 partnerů a 50,3 sexuálních styků s náhodnými partnery, uživatelé jiných drog měli průměrně 5,9 partnerů a 28,3 náhodných styků. První skupina také dvakrát častěji dala nebo přijala za sex peníze. Ženy užívající metamfetamin měly za poslední půl rok průměrně 23,9 partnerů oproti 16 partnerům u uživatelů jiných drog. Dále měly průměrně 63,3 náhodných sexuálních styků oproti 54,3 u ostatních žen. V obou skupinách shodně přijala přibližně třetina za sex peníze. Takto vysoká čísla vysvětluje autor částečně výběrem respondentů – jednalo se o uživatele, kteří v posledním roce nebyli zapojeni do žádného léčebného programu, předpokládá se tedy, že jde i mezi uživateli o skupinu s rizikovějším chováním.

Zvýšený počet partnerů mezi uživateli drog obecně potvrzují – pokud je nám známo – všechny výzkumy, které se na tento ukazatel dotazují (Dwyer et al., 1994 ad.). Výjimkou bývají studie, jejichž respondenti jsou zároveň HIV pozitivní. Ti jsou si pravděpodobně více vědomi následků rizikového chování a také jsou neustále vzděláváni a informováni o bezpečném sexu. V českém kontextu se na počet partnerů u aktivních uživatelů drog (většinou injekčních uživatelů pervitinu) okrajově dotazovala studie seroprevalence virové hepatitidy C (Mravčík et al., 2009). Zde uvedlo 56 % ze 760 dotázaných klientů nízkoprahových zařízení, že měli prozatím v životě více než 10 sexuálních partnerů. Přitom průměrný věk respondentů byl 24,6 let.

Se zvýšeným počtem sexuálních partnerů u uživatelů samozřejmě souvisí také zvýšená frekvence příležitostných sexuálních styků. Na rozdíl od českých mužů a žen mají uživatelé v našem souboru v naprosté většině již zkušenost se sexem s náhodnou partnerkou nebo partnerem. Překvapivě, ženy jsou v tomto směru mírně zkušenější než muži. U uživatelů – na rozdíl od českých mužů a žen – jsou mladší respondenti zkušenější než starší. Mezi věkovými skupinami ale opět nejsou výrazné rozdíly. Naproti tomu čeští muži a ženy získávají zkušenosti s náhodnými partnery spíše v pozdějším věku. I ve skupině 31-40 let zůstává ale rozdíl oproti uživatelům viditelný. Sex s náhodnou partnerkou mělo 91 % uživatelů a 72 % českých mužů v tomto věku a 93 % uživatelů a 45 % českých žen ve věku

21-30 let. Počty náhodných partnerů v dosavadním životě jsou také u uživatelů násobně převyšující počty průměrné pro českou populaci. Kromě velké promiskuity, která se u uživatelů nabízí jako první vysvětlení, může také hrát roli absence stálého partnera, díky které uživatelé častěji hledají uspokojení v náhodně navázaných kontaktech na jednu noc. Z výsledků je patrné, že především muži, užívající drogy žijí méně často v partnerském vztahu než čeští muži. Rozdíl se stupňuje s věkem. I když ale muži nebo ženy, užívající drogy, partnera mají, jde o vztahy poměrně krátké. Nejčastější byl u mužů, užívajících pervitin, vztah trvající 6, u ostatních skupin 1 měsíc. Naproti tomu čeští muži mají ve věku 18-29 let nejčastěji vztah v trvání 12 měsíců a ve věku 30-44 let 48 měsíců a ženy ve věku 18-29 let mají nejčastěji dvouletý vztah.

I když ženy v souboru mají častěji stálý partnerský vztah a tedy bychom předpokládali, že jejich sexuální život bude stabilnější, je třeba brát také v úvahu, kdo je jejich partnerem. Oproti mužům mají v naprosté většině za partnera také uživatele drog. Pokud navíc zvážíme krátkou dobu trvání vztahu, je otázkou, nakolik ve skutečnosti uvažovat o partnerství. Ze zkušeností z praxe víme, že problémové uživatelky drog mají tendenci vyhledávat stále „vztahy“, vázat se na nějakého muže. Jde mimo jiné i o existenční nutnost, protože samotná žena je v prostředí drog velmi ohrožena a potřebuje proto ochranu muže. Takové vztahy jsou často spíše oboustranně výhodným obchodním partnerstvím. Žena je muži podle potřeby sexuálně k dispozici, on jí za to přiměřeně chrání, dodává drogy, případně je shání společně. Nebrání si svou partnerku ale natolik, aby ta nemohla mít i jiné sexuální kontakty, stejně jako on.

3.7.3. Potřeba sexuálního uspokojení

V kontrastu s tím, kolik partnerů uživatelé udávají, a jaké změny zaznamenali v sexu v období užívání drog (především uživatelé pervitinu směrem k delšímu styku, lepšímu prožívání sexu apod.) je překvapivé, že zdaleka ne všichni měli v období dotazování vůbec nějakou potřebu sexuálního vybití. Muži a ženy užívající pervitin dokonce méně, než ti, kteří užívali Subutex. V souboru žen byla prokázána korelace mezi užívanou drogou a potřebou uspokojení. Muži užívající Subutex jsou v tomto směru „typickými“ Čechy, ženy mají dokonce větší potřebu sexuálního uspokojení než české ženy. Muži, kteří užívají pervitin potřebují uspokojení v 66 % oproti přibližně 75 % stejně starých Čechů. Na druhou stranu, frekvence s jakou by potřebovali sexuální uspokojení u mužů užívajících pervitin vyšší než u těch, kteří užívají

Subutex. Uživatelky pervitinu cítí potřebu sexu jen ve 45 %, zatímco podobně staré české ženy v 64 %.

Uživatelky drog začínají mnohem dříve se sexuálním životem a mají mnohem víc partnerů a přitom jejich potřeba uspokojení je menší – nejvýrazněji se to ukázalo u nejmladších uživatelék pervitinu. Možným vysvětlením by mohlo být již zmíněné nerovné postavení žen ve vztazích toxikomanů, kdy ženy používají sex často spíše jako platidlo. V teoretické části jsme se také zmínili o vlivu tradiční generové role, kdy ženy mají tendenci vyhovět mužově touze po pohlavním styku (Impett a Peplau, 2003). Vzhledem k tomu, že jsou uživatelky svým partnerům zdánlivě v mnohém zavázány, může toto platit dvojnásob. V případě, že by žena opakovaně styk odmítla, riskuje ztrátu mužovy přízně i výhody partnerství s ním. Často uživatelky zacházejí tak daleko, že jsou ochotné nechat se dlouhodobě psychicky i fyzicky týrat.

Vlastní nechuť k sexu neznamená sníženou aktivitu, jak ukazuje fakt, že především u žen v našem souboru je vyšší procento těch, které jsou sexuálně aktivní, oproti těm, které takovou aktivitu pocitově potřebují. Jako nejjednodušší vysvětlení se nabízí opět posun sexu do roviny platidla mezi problémovými uživateli. Důvody však mohou být podstatně složitější. Zajímavý výzkum na podobné téma (i když v odlišné populaci, u středoškolských studentů) provedla Welsh a její kolegyně (2006), podle kterých jdou často ruku v ruce u žen depresivní symptomy (mezi které patří i nechuť k sexuálním aktivitám) s promiskuitou, časným začátkem sexuálního života, neuspokojivými zážitky z prvního sexu a konzumací alkoholu a drog. O tom, že potřeba sexuálního uspokojení nesouvisí zdaleka vždy se skutečným chováním svědčí i poznámka ve zprávě Organizace pro kontrolu a prevenci drog UN a UNAIDS (UN Office, 2001), že oproti obecně rozšířenému názoru ukazuje většina výzkumů, že 75-85 % injekčních uživatelů heroinu je sexuálně aktivních, což je číslo srovnatelné s normální populací. Přitom právě heroin je spolu s metadonem považován za nejvýraznější inhibitor sexuální apetence. I v našem výzkumu jsou uživatelé srovnatelně sexuálně aktivní jako čeští muži a ženy. Je zajímavé, že stejný trend se ukázal i mezi muži a ženami v České republice. Zatímco 66 % mužů cítí potřebu uspokojení, aktivních jich je 81 %, ženy cítí potřebu ve 47 % a jsou aktivní v 66 %.

Jak sexuálně aktivní byli uživatelé před braním drog nevíme, nedotazovali jsme se především vzhledem k tomu, že podstatná část začala užívat drogy již v pubertě. Větší část mužů v té době potřebovala sexuální uspokojení, než kolik jich má tuto potřebu nyní. Vývoj byl s drogami u mužů i žen poměrně různorodý. V souhrnu uživatelé Subutexu častěji uvádějí snížení potřeby, což odpovídá charakteru opioidů, a uživatelé pervitinu obvykle nepociťují

žádnou změnu nebo zlepšení. U mužů i žen se prokázala souvislost mezi užívanou drogou a změnou potřeby v souvislosti s užíváním drog. Uživatelky pervitinu pocítují minimální změnu nebo spíše změnu k lepšímu. O to překvapivější je, že více než polovina nyní sex nepotřebuje. Jednoduché vysvětlení se nenabízí, roli může hrát velmi raný věk začátku užívání drog i sexuálního života, výrazný podíl zneužívaných žen (28 %, dalších 12 % na otázku neodpovědělo) a další faktory.

3.7.4. Trvání a kvalita sexuálního styku

Odhady trvání sexuálního styku jsou velmi subjektivní záležitostí. Češi a Češky odhadovali v roce 2008 průměrnou délku přede hry 15, resp. 14 minut, s mediánem 10. Uživatelé drog odhadovali přede hru vesměs jako delší, s výjimkou nejmladších mužů. V závislosti na droze se odhady mužů příliš nelišily, u žen odhadovaly delší přede hru uživatelky pervitinu. Nejčastěji mužům i ženám připadá délka přede hry stejná jako v době před užíváním drog (v průměru v rozmezí 19-28 minut). Poměrně velká část z nich to ale nemůže porovnat.

Soulož vnímají nyní uživatelé a uživatelky pervitinu častěji jako delší než před užíváním drog. To je velmi pravděpodobné a odpovídá to působení pervitinu na organismus i na sexuální výkonnost, schopnost dosažení orgasmu apod. Odhady trvání soulože v době užívání drog i několikanásobně převyšují republikový průměr. Průměrná délka soulože českých mužů je 14 minut, u žen je to 13 minut. I tato doba je poměrně dlouhá v porovnání s většinou zahraničních výzkumů (Weiss & Zvěřina, 2001). Z výpovědí samotných uživatelů i podle poznatků o působení amfetaminů a opioidů na organismus se však nezdají odhady uživatelů zcela nereálné (cca 60 minut odhadovali muži a ženy na pervitinu a 70 minut na Subutexu), protože oba typy drog prodlužují sexuální aktivitu a oddalují vyvrcholení. Odhady délky soulože před užíváním drog u obou skupin nicméně skutečně vypovídají o výrazném nadhodnocení – stále zůstávají několikanásobně delší než je celopopulační průměr.

Jedním z hlavních předpokladů spokojeného intimního života je dostatečně uspokojivé prožívání vyvrcholení. Zdá se, že na muže v tomto směru neměly drogy příliš velký vliv, a nebo spíše pozitivní. Vezmeme-li v úvahu, že 40 % uživatelů pervitinu a 30 % uživatelů Subutexu v souboru mělo před tím, než začali užívat drogy potíže s předčasnou ejakulací, zdá se pochopitelné, že oddálení ejakulace a prodloužení soulože díky droze je pro ně vyhovující. Také 46 % žen užívajících pervitin a 58 % těch, které užívají Subutex, mělo před užíváním problémy, i když opačné podoby, tedy obtížně dosahovaly orgasmu. I když nyní, v době užívání drog, jsou tyto problémy méně časté, uživatelky přesto prožívají orgasmus nejčastěji

stejně (pervitin) nebo dokonce hůře (Subutex). Důvodů rozdílu mezi muži a ženami se můžeme jen dohadovat, mohou např. souviset s rozdílnými potřebami mužů a žen, aby dosáhli uspokojení. Ženy obvykle potřebují více vzájemnosti, pozornosti partnera, lépe dosahují orgasmu, pokud zná partner jejich preference. Toto jsou často faktory, které při sexuálním styku dvou uživatelů, obzvláště pokud je náhodný, chybí.

3.7.5. Používání ochrany

Podle Weinbergerové (1994) používá ve vyspělých zemích přibližně 71 % párů nějakou formu antikoncepce. V České republice uvedlo v roce 2008 55% žen a 56 % mužů, že se stálou partnerkou používají nějakou antikoncepci. V tomto směru se jeví uživatelé drog v našem souboru jako poměrně průměrní Češi a Češky. Pokud vynecháme ty, kteří explicitně uvedli, že stálého partnera nemají, pak se jako nejzodpovědnější jeví muži užívající Subutex, následováni ženami užívajícími stejnou drogu. Jako nejrizikovější se ukázaly ženy užívající pervitin. Větší opatrnost uživatelů Subutexu koresponduje mimo jiné s tím, že častěji než uživatelé pervitinu prodělali nějakou pohlavně přenosnou chorobu a mají diagnostikovanou žloutenku typu C. Podobně jako počet sexuálních partnerů, i počet nechráněných styků klesá obvykle s diagnózou STD, HIV pozitivitou a účastí na preventivních programech o HIV/AIDS (Robles et al., 1998).

Poměrně příznivý obraz populace problémových uživatelů je podstatně narušen, pokud se zaměříme na druh používané antikoncepce. Kondom je – především u žen – okrajovou metodou a s výjimkou mužů užívajících Subutex nad ním jednoznačně převládá metoda přerušované soulože. Tato metoda bohužel nemá vliv na přenos pohlavně přenosných onemocnění a neplní tedy hlavní úlohu, která je mezi injekčními uživateli potřeba. Vzhledem k vysoké promořenosti drogové populace infekčními hepatitidami typu B a C a její promiskuitě je pak tento výsledek špatnou zprávou. Pokud se budeme zabývat důvody, proč ženy méně často používají při sexuálním styku kondom, je zajímavý pohled Harvey s kolegy (2003) na kondom jako muži ovládanou metodu. Pokud chce žena kondom použít, neobejde se to bez mužova souhlasu a iniciativy. Kromě vlastního rozhodnutí musí žena případně přimět k rozhodnutí i muže. Vezmeme-li v úvahu pozici žen v drogových vztazích, a to především uživatelů pervitinu, jde o poměrně složitý úkol. Dwyer s kolegy (1994) přitom upozorňují, že právě ženy, užívající injekčně drogy, se ukázaly ve srovnávacím výzkumu obou pohlaví (celkem 1245 injekčních uživatelů ze Sydney) jako rizikovější téměř ve všech směrech. Kromě častějšího sdílení injekčního náčiní, a to i s HIV pozitivními jedinci, měly

více sexuálních partnerů, častěji provozovaly prostituci a častěji měly partnera, který sám injekčně užíval drogy. Tato zjištění korespondují i s našimi výsledky.

Údaje zde zjištěné se přibližně shodují se zahraničními výzkumy drogové populace. Molitor (1999) uvádí, že v posledních 6 měsících použilo kondom vždy při sexuálním styku pouze 8% uživatelů amfetaminů a 19 % injekčních uživatelů ostatních drog. Z obdobných výzkumů (in Molitor, 1999) vyplývá, že pouze 6 % až 44 % uživatelů drog pokaždé použije kondom. V průzkumu, který provedli Miller a Neaigus (2002) 75 % respondentů, neinjekčních uživatelů heroinu, uvedlo, že měli za posledních 30 dní nechráněný vaginální nebo anální styk. A Molitor s kolegy (1998) upozorňují, že i neinjekční uživatelé metamfetaminu uváděli výrazně častěji než nedrogoví klienti center na testování HIV, že během vaginálního i análního styku nepoužívají kondom. Domácí seroprevalenční studie VHC mezi problémovými uživateli ukázala, že 38 % respondentů má vždy pohlavní styk bez kondomu a 38 % většinou (Mravčík et al., 2009). V tomto případě nejsou výsledky odlišeny podle pohlaví ani podle typu kontaktu (se stálým či náhodným partnerem).

U běžné populace je z hlediska prevence přenosu STD důležitější používání ochrany s náhodnými sexuálními partnery. Vzhledem k tomu, jak často uživatelé drog partnery střídají a jak často mají mimopartnerské sexuální styky, jsou v této populaci téměř stejně rizikové i partnerské nechráněné kontakty. Z odpovědí respondentů se však zdá, že oni sami vnímají v tomto ohledu rozdíl. Nechráněné příležitostné sexuální kontakty má pouze malá část z nich, nejrizikovější skupinou jsou uživatelé pervitinu (27 % respondentů). Muži jsou – s výjimkou nejmladších – v tomto směru podobně zodpovědní jako čeští muži, ženy jsou naopak výrazně opatrnější ve věkové kategorii 16-20 let. Všechny skupiny uživatelů také častěji než v partnerství používají kondom, jedinou spolehlivou ochranu proti přenosu STD.

Vzhledem ke zkušenostem s nákazami a onemocněními, která uživatelé prodělali během své kariéry, bychom předpokládali, že nyní budou používat ochranu častěji než v období, kdy ještě drogy neužívali. Podrobná analýza výsledků však překvapivě ukázala, že existuje u mužů i žen nehladě na užívanou drogu korelace mezi tím, zda používali ochranu dříve a zda ji používají nyní, a to bez ohledu na typ sexuálního kontaktu (zda se stálým či náhodným partnerem). Zdá se tedy, že jde, spíše než o nabyté zkušenosti, o obecnou tendenci k rizikovému či bezpečnému sexuálnímu chování a o přetrvávající návyky. Toto zjištění je pak v rozporu s tvrzením Roblese a kolegů (1998) o vlivu diagnózy STD a preventivních programů na zodpovědné sexuální chování.

3.7.6. Sexuální obtíže a poruchy

Z klinické praxe se zdá, že poruchy sexuálních funkcí jsou u uživatelů častým a palčivým problémem. Mohou se vyskytovat již před obdobím užívání drog. V dotazníku jsme se ptali na výskyt potíží před začátkem užívání i s ním. Nehledě na pohlaví a užívanou drogu byla u respondentů zjištěna korelace mezi výskytem obtíží v minulosti a v současnosti. Nedotazovali jsme se na intenzitu a četnost výskytu potíží, proto nelze všechny uvedené potíže považovat za dysfunkce v pravém slova smyslu. Jejich závažnost se může pohybovat od občasných potíží až po vážné dysfunkce, splňující diagnostická kritéria MKN-10. Otázky byly formulovány tak, aby jim respondenti pokud možno rozuměli a díky tomu – společně s vlivem laického posouzení samotným jedincem – se v odpovědích podstatně projeví subjektivní pocit závažnosti.

Především uživatelé pervitinu uvádí v praxi často problémy v sexu za jeden z důvodů, proč se bojí abstinence od drog. La Pera s kolegy (2008) zkoumali výskyt sexuálních dysfunkcí v anamnéze bývalých uživatelů drog v období před začátkem jejich užívání. Zjistili, že 71 % z 86 dotazovaných mužů mělo v té době jednu nebo více obtíží (předčasnou ejakulaci, erektilní dysfunkce nebo sníženou sexuální apetenci) a z nich 44 % uvedlo, že tyto potíže ovlivnily jejich rozhodnutí užívat nelegální drogy. Čím vážnější povahy byly obtíže, tím větší vliv měly na rozhodnutí. Přibližně polovina všech dotazovaných mužů uvedla, že užívali drogy na zlepšení sexuálního výkonu.

Před začátkem užívání drog mělo nějaké potíže v sexu výrazně větší množství mužů a žen, než je obvyklé v naší populaci. Zatímco čeští muži ve věku 15-17 let uváděli nějaký druh sexuálních obtíží v životě v 7 % ve věku 18-29 let v 10 %, uživatelé pervitinu měli v období před braním drog (tedy nejčastěji v tomto věkovém rozmezí) potíže ve 35 % a uživatelé Subutexu ve 40 %. V první skupině převládala jako nejčastější porucha předčasná ejakulace, dále byla poměrně častá nízká apetence. Ve druhé skupině přílišná apetence a také poruchy s předčasným vyvrcholením. Uvedené problémy přechodně celkem úspěšně řeší právě příslušná droga. Mohlo jít tedy, tak jak to popisuje La Pera a kolegové (2008), o jakousi „automedikaci“, sexuální poruchy mohly být jedním z důvodů, proč muži začali drogy užívat. V praxi se zdá, že sexuální poruchy, kromě toho že mohou být podstatným důvodem pro začátek užívání, hrají často roli spíše v dalším pokračování po několika počátečních experimentech. To se týká především pervitinu. Muži poměrně rychle zjistí výhody sexu s pervitinem a obavy ze selhání a neuspokojivých zážitků ve střízlivém stavu bývají překážkou k abstinenci.

Potíže se mohou objevit stejně dobře v průběhu užívání návykových látek. Nejčastějším problémům jsme se věnovali v teoretické části. V našem výzkumu se ukázalo, že v období užívání drog se u mužů objevily nějaké potíže v sexu ještě častěji než před ním. Ve všech věkových skupinách jimi někdy za dobu užívání trpěla více než polovina. Muži, užívající Subutex uvedli problémy dokonce ve dvou třetinách. Povaha potíží se změnila, odpovídá poměrně věrně působení té které drogy a poznatkům o jejich vlivu na sexualitu. Uživatelé pervitinu si nejčastěji stěžovali na příliš velkou potřebu sexu a potíže s vyvrcholením. Uživatelé Subutexu naopak na malou potřebu sexu a poruchy erekce. Zde je však třeba upozornit, že jsme se dotazovali na období užívání drog obecně, ne současné hlavní drogy. Většina problémových uživatelů Subutexu se rekrutuje z řad uživatelů heroinu, které předcházelo současnému užívání. Zároveň muži ve výzkumu, kteří odhadovali dobu užívání, za jakou se potíže objevily, směřují právě do hlubší minulosti. Je poměrně pravděpodobné, že velká část jejich obtíží – nebo alespoň jejich začátek – byla spojena s obdobím užívání heroinu. Jak ukazují výsledky Bliesenera a kolegů (2005), Subutex je v tomto směru podstatně menší zátěží než metadon, podobný rozdíl lze předpokládat i oproti heroinu.

Také ženy-uživatelky trpí sexuálními potížemi několikanásobně častěji než české ženy. Zatímco u těch převládají bolesti a nepříjemné pocity při souloži, mezi uživatelkami jsou nejčastějšími problémy snížená apetence a nedostatečné vzrušení. První za dobu užívání drog převládá u uživatelék Subutexu, které nějakými potížemi trpěly nebo trpí v 70 %. Více než třetina všech uživatelék Subutexu v souboru pocítila v období užívání drog sníženou chuť na sex. To opět odpovídá charakteru opioidů. Nedostatečná vzrušivost, ale také potíže s dosažením orgasmu byly hlavními problémy uživatelék pervitinu, které nějaké potíže za dobu užívání přiznaly v 63 %. Nedostatečná vzrušivost nebo nízká apetence (kterou také uvedla třetina těch, které měly potíže) nejsou zcela ve shodě s očekávaným působením pervitinu na sexuální funkce. Je možné, že u některých žen tyto potíže přetrvaly z období před užíváním drog (kde se vyskytovaly v o něco menší míře), u některých může jít spíše o potíže, nemající spojitost s užíváním pervitinu. Vzhledem k sexuální anamnéze respondentek lze očekávat psychogenní příčiny (velká část těch, které zažily zneužívání v dětství uvedla, že již před braním drog, ale i s nimi, trpěly nějakou poruchou). Před užíváním drog mělo nějaké potíže o něco méně žen v souboru než s jejich užíváním. Povaha potíží v období před užíváním drog byla také mírně odlišná. U uživatelék Subutexu nejčastěji potíže s vyvrcholením (problém, který může být způsoben především nízkým věkem a malou

zkušeností), u uživatelů pervitinu nejčastěji bolesti a nepříjemné pocity (ty se často vyskytují jako následek sexuálního traumatu).

3.7.7. Využívání a poskytování komerčního sexu

Služeb komerčního sexu využilo někdy v životě v naší zemi 14% mužů. Ukázal to reprezentativní výzkum v roce 1999, stejně jako v roce 2008 (Weiss & Zvěřina, 2001 a 2009). S věkem se samozřejmě počet takto zkušených mužů zvyšuje, ve skupině 31-40 let to je už téměř čtvrtina. Podle de Graafa (1995) se pohybuje počet mužů se zkušenostmi s komerčním sexem v západní Evropě mezi 5 a 12 %.

V našem výzkumu jsme se ptali pouze na styk s prostitutkou. I když se může zdát, že více než polovina takto zkušených mužů v souboru (bez rozdílu hlavní drogy) je mnoho, jde stále jen o část těch, kteří mají ve skutečnosti zkušenost se sexem za úplatu. Mezi takovou službu je třeba zahrnout i sex za drogy, velmi častý „artikl“ mezi problémovými uživateli. Například Sánchez a kolegové (2002) zjišťují, že 26 % mužů, užívajících denně ne-injekční cestou heroin, využilo v posledním měsíci sexuálních služeb za peníze a 30 % za drogy. Molitor (1999) zjistil, že uživatelé pervitinu využívají sexuálních služeb za peníze nebo drogy častěji (23 % v posledních 6 měsících) než injekční uživatelé jiných drog (15 % v posledních 6 měsících). Ve zde prezentovaném výzkumu se nepotvrdila větší zkušenost uživatelů pervitinu s komerčním sexem, naopak uživatelé Subutexu měli o něco častěji styk s prostitutkou opakovaně (rozdíl mezi závěry obou výzkumů může být dán právě rozdílným zněním otázky, mezi uživateli pervitinu, obzvláště těmi, kteří drogu vyrábí, je totiž právě směna drog za sex velmi častá). Vzhledem k tomu, jaká je praxe uživatelů v používání funkční ochrany během sexuálních styků, nepřekvapí ani fakt, že pouze necelá polovina všech mužů, kteří někdy využili služeb prostituce, použila pokaždé kondom. Uživatelé Subutexu jsou v tomto směru mírně zodpovědnější.

Propojení oblasti drog a prostituce je dlouho sledováno především odborníky, kteří se zabývají prevencí HIV/AIDS a dalších pohlavně přenosných nemocí. Užívaná droga se neprojevila jako faktor, který by měl podstatný vliv na prostituční chování jejích uživatelů. Otázka, která zkoumala, zda někdy poskytl sex za úplatu, zahrnovala tentokrát i sexuální služby poskytnuté za drogy. Zatímco pouze necelá 3% českých žen poskytla někdy v životě sex za peníze, mezi uživateli má zkušenost se sexem za úplatu více než třetina žen a pětina mužů. Muži většinou poskytly sexuální služby ženě, menší část oběma pohlavím, a to bez

ohledu na užívanou drogu. Ženy, užívající Subutex, poskytly služby pouze mužům, uživatelky pervitinu ve 30 % oběma pohlavím.

V zahraničí je většinou prostituce spojena s určitým druhem užívané drogy, především crackem (volná báze kokainu) a heroinem. Např. ve Spojených státech je prostituce typickým zdrojem obživy a peněz na drogy u problémových uživatelů cracku (Inciardi, 1995; Elwood et al., 1997). Také mezi ne-injekčními uživateli heroinu v newyorském výzkumu zjistili Miller a Neaigus (2002), že 7 % mužů a 9 % žen aktuálně provozovalo prostituci. Ve výzkumu Sánchez a kolegů (2002) rovněž mezi ne-injekčními uživateli heroinu uvedlo 6 % mužů a 38 % žen, že měli v posledních 30 dnech sex za peníze a 5 %, resp. 19 % za drogy. Ze zahraničních i domácích zkušeností se zdá, že prostituce je poměrně běžná právě mezi uživateli heroinu, zatímco uživatelé Subutexu jsou díky větší stabilizaci schopni legální práce (i v našem souboru jsou v této skupině poměrně často zastoupeni trvale nebo alespoň příležitostně zaměstnaní jedinci). Je tedy dost pravděpodobné, že zkušenosti, které mají účastníci zde prezentovaného výzkumu z řad uživatelů Subutexu pochází především z období, kdy ještě užívali heroin. V současné době je totiž většina z nich víceméně stabilizována, někteří dochází do substitučního programu a nemají potřebu tak velkých obnosů na drogy. Subutex také zdaleka tak silně nemírňuje nepříjemné prožitky spojené s prostitucí, jako to dokáže heroin.

Molitor (1999) zjišťoval opět rozdíly mezi uživateli metamfetaminu a jiných drog. 13 % mužů z první skupiny poskytlo v posledních 6 měsících sex za peníze nebo drogy, zatímco z druhé skupiny jen 7 %. Mezi ženami se neprojevil podstatný rozdíl, v první skupině to bylo 36%, v druhé 34% žen.

V české seroprevalenční studii VHC mezi problémovými uživateli (především pervitinu a kombinace pervitinu s opiátem) uvedlo 9 % mužů a 21 % žen, že někdy poskytly sex za peníze, služby nebo drogy (Mravčík et al., 2009). Zkušenosti z české praxe prostřednictvím organizace Rozkoš bez rizika popisuje ve své diplomové práci Zikmundová (2003). Mezi pražskými sexuálními pracovníci jednoznačně převažuje obliba stimulačních drog, především pervitinu. Svými vlastnostmi (navozuje pocit sebejistoty, vitality, energie) dodává pracovnícům to, co při prostituci potřebují. Usnadňuje komunikaci, odstraňuje zábrany a úzkost, podporuje sexuální apetenci. Abúzus opiátů byl zaznamenán především v příhraničních oblastech, kde často dochází k propojení drogové scény a prostituce. Pasáči sami jsou dealery, nebo s nimi spolupracují. Podle Zikmundové se v praxi objevují i sexuální

pracovnice, které jsou primárně problémovými uživatelkami drog a prostitucí získávají finanční prostředky nebo přímo drogy.

3.7.8. Sexuální styk se stejným pohlavím

Jak jsme již uvedli v teoretické části, opakovaně se ve výzkumech sexuální orientace ukazuje, že určitá část mužů a žen má zkušenost se sexem se stejným pohlavím, aniž by se cítili homosexuálně orientovaní. Mezi českými muži mělo v roce 2008 homosexuální zkušenost 5 % mužů, ale jen necelé procento se považovalo za homosexuálně orientované a 2 % si nebyla jista. České ženy měly homosexuální zkušenost v 8 %, za lesbičky se považuje 0,3 % z nich a necelá 3 % si nejsou jista. Bisexuálně orientováno se cítí 11 % českých žen a 12 % českých mužů. Ve slovenském výzkumu Máthého a kolegů (2005) se cítila přitahována stejně oběma pohlavími necelá 2 % mužů a 3 % žen. Velký rozdíl může být způsoben odlišnou formulací otázky. Někteří jedinci se mohou považovat za bisexuály, protože mají sexuální zkušenost s oběma pohlavími i když jasně preferují jedno z nich.

Problematika časté sexuální nevyhraněnosti nebo menšinové orientace u uživatelů drog je v literatuře poměrně zmapována. Kauzalita může být dvojitá. Problémy s menšinovou orientací, její nepřijetí, může být jedním z důvodů, proč jedinec začne užívat návykové látky. Noell a Ochs (2001) zjistili mezi adolescenty bez domova s homosexuální, bisexuální nebo nevyjasněnou orientací větší výskyt uživatelů amfetaminu a injekčních uživatelů drog, než mezi heterosexuálně orientovanými vrstevníky bez domova. Také ve výzkumu Molitora (1999) bylo mezi menšinově orientovanými jedinci více uživatelů metamfetaminu než mezi heterosexuály (50 % ku 41 %). Na druhou stranu vede dlouhodobé užívání drog často i k nestandardním praktikám, promiskuitě a prostituci a v rámci nich může dojít k opakovanému homosexuálnímu chování, přestože jedinec je jinak heterosexuální. Raný počátek užívání a pobyt v drogovém prostředí už před tím než je vlastní sexuální orientace jedincem zcela přijata, může způsobit, že takový člověk zůstává dlouho v nejistotě a fázi experimentování a hledání. Může jít tedy o kauzalitu oběma směry, nebo o třetí faktor (soubor faktorů), který ovlivňuje jak užívání drog tak problémy s nalezením a přijetím vlastní sexuální orientace.

O tom, že uživatelé nemají mnohdy ve své orientaci jasno svědčí poměrně častý výskyt bisexuality. V našem souboru se nejasná nebo bisexuální orientace ukázala především u žen. Muži se v tomto směru příliš neliší od běžné populace, kromě toho, že mají o něco

častěji zkušenost se sexem s mužem. Ani v závislosti na užívané droze nenacházíme velké rozdíly. Naproti tomu ženy mají ve většině (61 %) nějakou lesbickou zkušenost, téměř polovina uživatelů Subutexu dokonce opakovanou. Část z nich si není jista, jestli nejsou lesbičky a přibližně 40 % všech žen v souboru se považuje za bisexuálně orientované. V české seroprevalenční studii VHC (Mravčík et al., 2009) se v porovnání s naším výzkumem hlásilo více respondentů k heterosexuální orientaci. 1 % mužů a necelé 1 % žen se považovalo za homosexuály, 3 % mužů a 21 % žen za bisexuálně orientované. I tak je ale výskyt bisexuality mezi problémovými uživateli vyšší než v normální populaci. Tyto výsledky lze potvrdit i ze zkušeností z léčebného zařízení, kde jsou ženy bez lesbické zkušenosti výjimkou. Na druhou stranu, i ženy, které mají jasnou svou homosexuální orientaci, v naprosté většině mají zkušenost, i opakovanou, se sexem s muži. Otázkou tedy je, nakolik se u problémových uživatelů, ale především uživatelů, jedná o egodystonní poruchu, bisexualitu, menší zábrany experimentovat nebo spíše nejasné vymezení pojmu. Můžeme se jen dohadovat, jak by respondenti ve výzkumu odpověděli, kdybychom se ptali, zda se cítí stejnou měrou přitahováni oběma pohlavími. O nejasnostech okolo pojetí bisexuality jsme podrobněji psali v teoretické části.

Washington s kolegy (2006) upozorňuje na problémy mužů, užívajících injekčně drogy, kteří se během opakovaných návštěv v centru ukázali jako nestabilní ve svém sexuálním chování a nebyli si jisti svou orientací. Takoví muži mají větší sklon k rizikovému sexuálnímu chování, jsou častěji HIV pozitivní, častěji prodělali některou sexuálně přenosnou chorobu. Zároveň ale také častěji dodržují dlouhodobě „celibát“, pro což nemají autoři uspokojivé vysvětlení. Nicméně mají za to, že při preventivních programech s uživateli drog by se měla větší pozornost věnovat těm, kteří nemají svou orientaci vyjasněnou. V našem souboru se mezi jedinci, kteří měli opakovanou zkušenost s homosexuálním stykem nápadně častěji vyskytovali ti, kteří poskytli opakovaně sex za úplatu. Nejvýrazněji se tento fenomén projevil u mužů, užívajících pervitin.

V některých zahraničních výzkumech je – snad i z výše popsaných důvodů – uváděna jednotná kategorie „gay/lesbian/bisexual orientation“. Miller a Neaigus (2002) zjišťují mezi neinjekčními uživateli heroínu 5 % mužů a 28 % žen s jinou než heterosexuální orientací. Ve vzorku 1392 injekčních uživatelů (mužů i žen) ve výzkumu Molitor (1999) se k jiné než heterosexuální orientaci hlásí necelých 5 % respondentů. Zdá se tedy, že prevalence bisexuální orientace v našem souboru je v porovnání s domácími i zahraničními výzkumy neobvykle vysoká. Důvodů může být několik. Může se jednat o náhodnou chybu - vzhledem k tomu, že náš vzorek není příliš velký a není ani reprezentativní v základních

sociodemografických ukazatelích (což ovšem soubory z citovaných výzkumů také ne), je tato chyba pravděpodobná. Druhým možným důvodem může být již zmíněná terminologická nevyjasněnost. Odpověď na otázku je v tomto případě, více než u jiných otázek, závislá na formulaci. Naše formulace přitom nechává velký prostor pro vlastní interpretaci.

Již v teoretické části jsme upozorňovali, že přijetí vlastní orientace a práce na specifických tématech jsou v prevenci a léčbě užívání návykových látek velmi důležité. Rosario s kolegy (2009) upozorňuje, že větší vliv než samotné přiznání odlišné orientace jsou z hlediska pozdějšího zneužívání návykových látek především negativní reakce okolí. Finnegan a McNally (2002) zdůrazňují, že prvním předpokladem práce s menšinově orientovanými uživateli drog je přijetí jejich odlišnosti terapeutem a ochota pracovat s nimi právě na jejich sexuálních tématech.

3.7.9. Pohlavně přenosné choroby

Výskyt, prevence a léčba pohlavně přenosných chorob patří mezi hlavní témata zájmu studií, zabývajících se problémovými uživateli drog. Nebudeme se zde zabývat přenosem prostřednictvím sdíleného injekčního materiálu, který je velmi častý u infekčních hepatitid, především typu C, a má podstatný podíl i na šíření viru HIV. Soustředíme se pouze na oblast rizikového sexuálního chování.

Pohlavně přenosné choroby jsou u uživatelů drog sledovány obvykle ze dvou důvodů. Předně představuje tato populace vysoké riziko dalšího šíření, a to i mezi populací neužívající drogy (obzvláště muži-uživatelé mají poměrně často partnerky-neuživatelky). Druhým důvodem je fakt, že přítomnost některých pohlavně přenosných chorob v organismu (např. kapavky nebo syfilis) zvyšuje riziko nákazy virem HIV. Rádi bychom přidali ještě třetí důvod, méně často zmiňovaný, totiž že pohlavně přenosné choroby velmi nepříjemně postihují nejen celkový zdravotní stav, ale i sexuální život jedince.

V našem souboru byl výskyt pohlavně přenosných chorob (s vyjmutím HIV/AIDS a hepatitid) několikanásobně vyšší než v české populaci. Muži i ženy užívající pervitin a uživatelé Subutexu shodně vykazovali přibližně 17 % prevalenci výskytu STD. Ženy, které užívaly Subutex, uváděly nějakou nemoc za svůj život častěji, ve 27 %. Celkově nejčastější byl v souboru výskyt kapavky a muněk. Polovina uživatelů Subutexu pak trpěla záněty močové trubice. Toto onemocnění může mít různou etiologii a je možné, že některé ženy užívající pervitin ji do pohlavně přenosných chorob nezahrnuly. Může to být jeden z důvodů vyššího výskytu STD právě u žen, uživatelů Subutexu. Alarmující je zjištěný výskyt syfilidy.

Zatímco mezi 2000 českými muži a ženami nebyl zjištěn ani jeden případ syfilis, v poměrně malém vzorku 267 problémových uživatelů byly zjištěny případy čtyři. Většina zahraničních výzkumů uvádí rovněž vysokou prevalenci STD u uživatelů drog, je ale třeba vždy brát v úvahu kontext studie, zkoumanou populaci a metody výzkumu. Sánchez s kolegy (2002) například zjistili mezi neinjekčními uživateli heroinu, že 26 % mužů a 20 % žen mělo někdy kapavku a 11 % mužů a 20 % žen prodělalo syfilis. Paschane s kolegy (1998) zjistili u vzorku téměř 19.000 injekčních uživatelů, převážně mužů, v USA 36 % prevalenci onemocnění kapavkou v anamnéze. Jedním s faktorů, které s touto diagnózou pozitivně korelovaly, bylo užívání amfetaminů v anamnéze.

Muži a ženy v našem výzkumu byli dotazováni, zda jejich rizikové chování nějak ovlivnila hrozba onemocnění HIV/AIDS nebo žloutenky typu B či C. V souladu s dalšími faktory rizikového chování, i zde se jako zodpovědnější projevíli uživatelé Subutexu, především ženy. Odpovídá to tvrzení Světové zdravotnické organizace, že substituční léčba výrazně snižuje rizikové chování vedoucí k přenosu HIV a infekčních chorob (WHO, 2004). Des Jarlais s kolegy (1995) se dotazovali injekčních uživatelů drog ze čtyř velkých světových měst na jejich změnu chování. Až 71 % deklarovalo ve výzkumech změnu sexuálních praktik v důsledku hrozby nákazy HIV/AIDS. Obvykle se jednalo o používání kondomu v trvalých vztazích i s náhodnými partnerkami. V podmínkách podobných našim (New York, Glasgow) deklarovala takovou změnu více než polovina. Autoři také zjišťovali, co vede nejúčinněji ke změně chování. Nejčastěji to byly rozhovory s jinými uživateli o HIV/AIDS. Jako pozitivní faktor se projevíly také rozhovory na toto téma s partnerkou/partnerem, vyšší vzdělání, předchozí testování na HIV a vědomí, že někdo může být infikován a přitom vypadat zdravě. Molitor (1999) nicméně upozorňuje, že data z mnoha studií skutečné změně chování u injekčních uživatelů příliš nenasvědčují, protože jsou u nich opakovaně zjišťovány vysoké počty partnerů ve velmi krátké době, málo časté používání kondomů, směňování sexu za drogy a peníze, sexuální styky s dalšími injekčními uživateli a další rizikové faktory. Tomu nasvědčují i výše uvedená zjištění v našem výzkumu, např. o existující korelaci mezi užíváním ochrany před drogovou kariérou a během ní. Na druhou stranu, zjištěná korelace mezi deklarovaným a skutečným zodpovědným chováním v našem výzkumu dává naději, že uživatelé své chování opravdu pomalu mění.

Velmi uspokojivý je fakt, že oproti českému průměru jsou respondenti v našem výzkumu v naprosté většině alespoň jednou testováni na přítomnost viru HIV v těle. Jedinců, kteří nebyli testováni nikdy je v celém souboru přibližně 15 %. Zdá se, že v tomto ohledu se podařila včasná prevence v populaci uživatelů drog a ti jsou poměrně dobře informováni o

rizicích a nutnosti testování (bohužel už méně si berou k srdci preventivní doporučení). Odpovídá tomu také stále nízký a stabilní výskyt nakažených virem HIV v České republice. Podle informací SZÚ (2009a) bylo ke 30.11.2009 evidováno v ČR 1.325 HIV pozitivních osob. Přitom ke konci roku 2008 bylo evidováno mezi pozitivními 62 injekčních uživatelů drog a 21 osob spadalo do skupiny smíšeného rizika „IDU + homo-/bisexuální styk“ (SZÚ, 2009b).

Mnohem větší riziko představuje v populaci injekčních uživatelů onemocnění infekčními hepatitidami, především typu B a C. O tomto problému pojednává velké množství domácí literatury (např. Klusoňová et al., 2004; Krekulová & Řehák, 2009; Řehák & Krekulová, 2002; Zábranský et al., 2006 ad.). Zatímco incidence virové hepatitidy typu B mezi uživateli je dlouhodobě stabilní, nebo spíše klesá, incidence typu C se po trvalém vzestupu stabilizovala až v posledních letech a její prevalence je několikanásobně vyšší (Mravčík, Pešek et al., 2009). Studie, zabývající se prevalencí hepatitidy C mezi 760 injekčními uživateli drog z různých regionů ČR potvrdila 35% pozitivních uživatelů a mezi hlavní faktory, které s pozitivitou korelují zařadila pobyt ve vězení (Zábranský et al., 2006). Ve výzkumu Klusoňové a kolegů (2004) v prostředí střednědobé léčby a vězení byla potvrzena mnohonásobně vyšší prevalence pozitivních testů na hepatitidu B i C u injekčních uživatelů drog než u ostatních závislých pacientů oddělení a vězňů. V léčbě vykazovalo Anti-HCV pozitivitu 22 % injekčních uživatelů v léčbě a 18 % ve vězení.

Testy na přítomnost protilátek Anti-VHC podstoupilo přibližně stejné množství respondentů jako testy na HIV, nejzodpovědnější jsou v tomto směru ženy užívající Subutex (pouze jedna žena nebyla nikdy testována). Celkově se ukazuje, že snaha o včasné podchycení nákazy je i v případě hepatitidy poměrně úspěšná. Bezplatné testy na žloutenky jsou ve standardní nabídce většiny K-center nebo jsou jejich klienti alespoň pravidelně odesíláni do příslušného zařízení. Bohužel to ne vždy znamená, že se jedince s pozitivními testy podaří získat pro kontinuální lékařskou péči a především pro to, aby dodržoval opatření proti dalšímu šíření nemoci.

Uživatelé Subutexu častěji ví o tom, že mají hepatitidu typu C, a to přibližně polovina z nich (u mužů byla prokázána korelace mezi drogou a diagnózou). Uživatelé pervitinu byly prokázane pozitivní ve 31 % (muži i ženy), někteří však výsledky neznali a 18 % se nikdy nenechalo testovat. Je tedy pravděpodobné, že i zde by byla prevalence vyšší. Ve srovnání s jinými výzkumy českých injekčních uživatelů drog se náš soubor ukázal jako více „promořený“ infekční hepatitidou C. Nejde zde ale o data ze samotných testů. Je pravděpodobné, že určitá část diagnostikovaných onemocnění nepřejde do chronické fáze a

tedy někteří by v současné době již infekční nebyli. Pozitivní je fakt, že většina infikovaných v souboru změnila nějakým způsobem své rizikové sexuální chování. Nejčastěji, i když ne dostatečně často, začali užívat při každém styku kondom nebo snížili počet sexuálních partnerů. Bohužel určitá část považuje za účinné i to, že má nadále sex pouze se stejně nemocnými jedinci, takže jednotlivé typy virů se naopak mohou kumulovat a zhoršit tak prognózu onemocnění.

Materiál Evropského monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (Wiessing et al., 2003) uvádí, že v zemích EU je prevalence hepatitidy C mezi injekčními uživateli drog 30 % až 90 % podle typu zkoumané populace. Roy et al. (2002) a Wiessing et al. (2003) svorně upozorňují, že při porovnání mnoha seroprevalenčních studií a studií výskytu VHC narazíme na velmi rozdílné přístupy a výsledky jsou hlavně závislé na regionu, proto můžeme jen opatrně zevšeobecňovat na celostátní úroveň. Nicméně hepatitida typu C jednoznačně představuje velký problém, i když trvale ve světě zůstává ve stínu epidemie HIV/AIDS.

3.7.10. Sexuální zneužívání, znásilnění

Muži i ženy v našem souboru byli v porovnání s populací ČR výrazně častěji oběťmi sexuálního zneužívání v dětství. Mezi muži nebyl zjištěn rozdíl vzhledem k později užívané návykové látce, počet zneužívaných mužů ani v jedné skupině není zanedbatelný (9 % uživatelů pervitinu a 8 % uživatelů Subutexu). Ve skupině žen se zneužívání častěji vyskytovalo mezi uživatelkami pervitinu. Výskyt traumatizovaných žen v této skupině je velmi vysoký, dosahuje 27 %, dalších 12 % respondentek na dotaz neodpovědělo. Uživatelky Subutexu byly na druhé straně častěji oběťmi opakovaného zneužívání (ve 12 %, další 3 % zažila zneužití jedenkrát).

Souvislost mezi zneužíváním v dětství a pozdějším rozvojem závislosti je známa již dlouhou dobu. Klinické studie opakovaně ukazují na vyšší výskyt zneužívání v historii u žen, které vyhledali pomoc kvůli závislosti na alkoholu nebo nelegálních drogách (Wilsnack et al., 1997). Weiss a Zvěřina (1999a) shrnují další charakteristiky zneužívaných mužů a žen: urychlení psychosexuálního vývoje, častější příležitostné sexuální kontakty, promiskuitní chování, častější výskyt sexuálních poruch a větší nespokojenost se sexuálním životem. Obě pohlaví mají v porovnání s ostatními spíše zkušenost s homosexuálními kontakty a s agresivním sexuálním chováním – muži v roli pachatele, ženy v roli oběti. Zneužívání jedinci přiznali častěji výskyt pohlavních chorob v anamnéze a zkušenost s poskytováním komerčního sexu. Pokud vezmeme v úvahu, že u dospělých jedinců, kteří byli usvědčeni ze

zneužívání dětí, se ve zvýšené míře vyskytuje abúzus alkoholu nebo drog a zároveň byli častěji než je běžné v dané populaci sami oběťmi zneužívání, představují problémoví uživatelé drog traumatizovaní v dětství navíc riziko pro další generaci. Díky terapeutické práci s traumatem lze nejen zlepšit jejich kvalitu života, ale také zabránit dalším násilným činům.

K problémovému užívání drog patří často násilí v nejrůznějších formách, včetně sexuálního a partnerského. Potvrzuje to i velmi vysoký výskyt znásilnění v námi sledovaném souboru. Mezi muži se objevila zkušenost se znásilněním několikanásobně častěji než u českých mužů. Velká část z nich na otázku také neodpověděla, a to hlavně ti nejmladší (23 % uživatelů ve věku 16-20 let). Znásilnění je pro muže obzvlášť traumatickou a zahanbující zkušeností, proto může být tato otázka pro některé nepříjemná. Nehledě na užívanou drogu, 9 % mužů uvedlo, že byli někdy přinuceni k sexuálnímu styku hrozbami nebo násilím. Krug et al. (2002) upozorňuje, že sexuální násilí páchané v dospělosti na mužích trvale zůstává v pozadí zájmu. Podle našich zkušeností je především pro muže samotné těžké přiznat sobě i okolí, že se stali oběťmi znásilnění. Často k tomu dochází pod vlivem drog a spíše než o fyzické násilí jde o psychický nátlak a vydírání, v naprosté většině v drogovém nebo ve vězeňském prostředí. Znásilnění bývá – stejně jako když je obětí žena – spíše projevem dominance a moci, než cestou vedoucí k uspokojení pachatele. Muži cítí na situaci určitý podíl a nemohou si odpustit, kam až je drogy dovedly.

Jak jsme již uvedli, psychické následky znásilnění jsou podobné u mužů i u žen. Patří mezi ně hlavně úzkosti, deprese, pocity viny, vztek, příznaky posttraumatické stresové poruchy, sexuální dysfunkce, somatické komplikace, vztahové problémy, pokusy o sebevraždu. Často také zneužívání návykových látek a především u mužů násilné chování (Krug et al., 2002). Uživatelé drog bývají skutečně často sami velmi agresivní vůči okolí i svým partnerkám (sami také často zažili psychické nebo fyzické týrání ze strany rodičů a okolí), což bývá ještě umocněno účinky drogy (především stimulačních drog a alkoholu). Fals-Stewart s kolegy (2003) monitorovali násilné chování mužů, užívajících drogy a alkohol, k partnerkám během 15 měsíců. Výskyt násilí vůči partnerkám se signifikantně zvýšil ve dnech, kdy muži užili alkohol nebo kokain. Cannabinoidy a opiáty výskyt násilí nezvyšovaly.

Mezi ženami v našem souboru pouze 40 % uvedlo explicitně, že nebyly nikdy oběťmi násilného sexuálního činu v dospělosti. Více než polovina uživatelék, bez rozdílu užívané drogy, znásilnění zažila. Ženy, užívající Subutex zažily o něco častěji znásilnění opakovaně. Většinou se tak stalo v poměrně nízkém věku, nejčastěji v 15-16 letech, je tedy

pravděpodobné, že velká část uživatelů opiátů byla přinucena k pohlavnímu styku v době, kdy užívaly heroin. Ten je oproti Subutexu spojený s výrazně rizikovějším způsobem života.

Zajímavá by byla otázka, v jakém kontextu ke znásilnění došlo a kdo byl pachatelem. Ze zkušeností z práce s problémovými uživatelkami lze uvažovat především o dvou typech sexuálního násilí. První jsou násilné činy, kdy pachatelem je cizí nebo i známá osoba, ale ne partner. Žena byla obvykle silně intoxikována, ke znásilnění došlo v nočních hodinách na odlehlém místě neznámým pachatelem, nebo ještě častěji v drogovém prostředí mužem, kterého žena zná, např. dealerem, vaříčem drog apod. Zde se někdy stírá hranice mezi znásilněním a výměnou sexu za drogy. Žena je totiž donucena spíše vydíráním, pohrůzkou, že přijde o přísun potřebných drog. Ke znásilnění dochází často také bez plného vědomí ženy. Může být silně intoxikována nebo je její soudnost narušena halucinacemi, psychotickou poruchou, abstinenčními příznaky apod. Jedna z respondentek připsala k odpovědi na naši otázku ohledně znásilnění dodatek, který v mnohém vystihuje situaci drogově závislých žen: „V 16 letech jsem měla psychózu, takže ač to zní podivně, nejsem si jistá...pravděpodobně ano“. V těchto případech se jedná o oportunistické sexuální násilí s pomocí drog (Horvath & Brown, 2005). V populaci uživatelů je ale běžné i aktivní znásilnění pod vlivem omamných látek, kdy je většinou žena záměrně intoxikována mužem víc, než bylo její přání, je jí zatajena účinnost drogy apod.

Stejně často jako popsané případy znásilnění, možná i častěji, se mezi uživateli drog vyskytuje znásilnění v domácím prostředí, partnerem. Problémové uživatelky drog bohužel tento fakt, stejně jako bití, týrání a další násilné chování ze strany partnera, považují za přirozenou a nutnou součást drogových vztahů. Jen málokterá žena, která splňuje charakteristiky problémového užívání a má nebo měla partnerský vztah s uživatelem (což se týká většiny takových žen), nezažila někdy ze strany partnera násilí. Stejně jako se pomalu měnil pohled na domácí násilí v celé společnosti a donedávna neexistovalo z právního hlediska znásilnění v manželství (Gerlová & Weiss, 2008), velmi pomalu se mění i vnímání partnerského násilí uživatelkami drog. Naprostá většina zatím odmítá pojmenování znásilnění, pokud je pachatelem partner. Proto jsme také otázku formulovali tak, abychom se tomuto pojmu vyhnuli. I tak je pravděpodobné, že mnoho žen na otázku odpovědělo záporně, i když sexuální násilí ve vztahu zažilo.

Také v tomto případě je někdy složité rozeznat kauzalitu problému. Jak jsme již uvedli, zneužívané a znásilňované ženy mají větší sklon k užívání psychoaktivních látek. Zároveň ale užívání těchto látek často vede k výběru partnerů, kteří mají sami sklon k abúzu a zároveň k násilí. Ženy pod vlivem drog navíc takové muži snadněji vyprovokují k agresi. Testa

s kolegy (2003) zjistili na vzorku 724 žen ze státu New York, že ty, které konzumují nelegální drogy, zažívají častěji násilí v trvalých i nových vztazích. Ženy samy bohužel často nejsou schopné z bludného kruhu násilí a závislosti vystoupit.

3.7.11. Stanovisko k výzkumným hypotézám

Z výše popsaného můžeme posoudit platnost námi stanovených hypotéz.

H1: Uživatelé buprenorfinu jsou méně spokojeni se svým sexuálním životem než uživatelé pervitinu, mají menší potřebu sexuálního uspokojení a častěji trpí sexuálními obtížemi (snížená apetence, poruchy erekce u mužů, poruchy sexuálního vzrušení u žen, dysfunkční orgasmus apod.).

V našem souboru **se tato hypotéza nepotvrdila**. Spokojena je přibližně stejná část mužů a žen užívajících buprenorfin jako těch, kteří užívají pervitin. Uživatelé buprenorfinu cítí oproti předpokladu častěji v současnosti potřebu sexuálního uspokojení, mezi ženami je rozdíl podstatný. Rozdíl ve výskytu sexuálních obtíží se sice vyskytl v souladu s předpokladem, nebyl však ani u jednoho pohlaví statisticky významný.

H2: Uživatelé pervitinu vykazují projevy rizikového sexuálního chování (počet sexuálních partnerů, zkušenost s poskytováním placených sexuálních služeb, využití placených sexuálních služeb, neúčinná ochrana proti přenosu sexuálně přenosných nemocí atd.) častěji než uživatelé buprenorfinu.

Uživatelé pervitinu uváděli oproti uživatelům buprenorfinu průměrně více sexuálních partnerů, rozdíl však nebyl statisticky významný. Mezi skupinou uživatelů pervitinu a buprenorfinu nebyl shledán rozdíl v četnosti poskytování a využívání komerčních sexuálních služeb. Přibližně pětina mužů z obou skupin měla zkušenost s poskytováním sexuálních služeb za drogy, peníze nebo jinou úplatu, mezi ženami v obou skupinách mělo takovou zkušenost necelých 40%. Necelá polovina mužů měla zkušenost s pohlavním stykem s prostitutkou, nehledě na užívanou drogu. V používání kondomu jako účinné ochrany proti přenosu pohlavně přenosných nemocí se skupiny celkově mezi sebou významně neliší. Při pohlavním styku se stálou partnerkou používají muži užívající buprenorfin kondom vždy nebo alespoň občas častěji než uživatelé pervitinu. Při styku s náhodnými partnery naopak ženy užívající

pervitin častěji používají kondom vždy, zatímco uživatelky buprenorfinu obvykle jen občas. Lze tedy shrnout, že ani **tato hypotéza se nepotvrdila**, obě skupiny se mezi sebou v míře rizikového chování příliš neliší.

H3: Ve srovnání s reprezentativním vzorkem české populace jsou uživatelé návykových látek výrazně rizikovější skupinou co do počtu partnerů, zkušenosti s poskytováním placených sexuálních služeb, využití placených sexuálních služeb, výskytu pohlavně přenosných nemocí.

Tato **hypotéza se potvrdila** ve všech bodech (není však statisticky podložena, jde pouze o přibližné srovnání). Uživatelé návykových látek skutečně představují v oblasti sexuálního chování výrazně rizikovou skupinu. Výskyt rizikových faktorů byl ve většině několiknásobně vyšší než v české populaci.

H4: Ženy užívající návykové látky prožily během svého života v porovnání s reprezentativním vzorkem české populace žen podstatně častěji zneužívání a znásilnění.

Tato **hypotéza se rovněž potvrdila** (ani tato hypotéza není statisticky podložena). Mezi uživatelkami návykových látek je podstatně více žen, které zažily zneužívání v dětství než mezi českými ženami. V případě znásilnění v období pohlavní dospělosti (tedy po 15. roce života) je tento rozdíl ještě výraznější.

3.7.12. Omezení a nedostatky výzkumu

Za hlavní nedostatek zde prezentovaného výzkumu považujeme velikost a složení výběrového souboru. Jak jsme upozornili již na začátku výzkumné kapitoly, sociodemografické normy problémových uživatelů drog jsou dlouhodobě spíše odhadovány než empiricky dokládány. Samotná velikost této populace je obvykle stanovována také odhadem, například pomocí tzv. multiplikátorů. Proto je v praxi těžko možné dosáhnout reprezentativního vzorku uživatelů drog. Vypovídá o tom i obvyklá skladba výzkumných souborů v zahraničních studiích. Nevýhodou našeho výzkumu navíc je, že soubor nebyl příliš rozsáhlý. Původní úmysl sebrat data od 400 respondentů se nám v daném čase nepodařilo naplnit. Obzvláště v případech, kdy jsme chtěli zjistit vliv věku na určitou proměnnou se toto omezení ukázalo jako podstatné. V některých skupinách byl pak počet respondentů naprosto nedostatečný, především u žen.

Další problém na straně souboru respondentů představuje metoda jejich výběru. Do výběrového souboru byli zařazeni ti, kteří byli ke spolupráci ochotní. Je třeba počítat s tím, že určitá skupina respondentů (např. ti, kteří si více chrání své soukromí, mají v oblasti sexu výrazná traumata apod.) se do souboru nedostala, čímž mohou být výsledky zkresleny.

Přestože respondenti vyplňovali dotazník sami a anonymně, mohla vést k určitému zkreslení také potřeba stylizace (a tedy uvádění ne zcela pravdivých dat) nebo osoba pracovníka, který respondenta oslovil. Uživatelé nemuseli věřit tomu, že pracovníci nebudou jejich dotazníky číst. Proto mohly být jejich odpovědi do určité míry ovlivněny konkrétní osobou pracovníka. Na druhou stranu, pokud by respondenty oslovovala vždy stejná osoba, jim neznámá, lze předpokládat, že by spolupráci odmítli v podstatně větší míře. Skutečně se i tak zdá, že do určité míry neměli respondenti dostatečný pocit bezpečí. Na některé otázky (např. ohledně znásilnění) častěji neodpověděli.

Výzkum probíhal mezi aktuálními uživateli. Naprostá většina z nich, ne-li všichni, byli v době vyplňování dotazníku intoxikováni. I tento faktor je třeba vzít v úvahu jako do jisté míry ovlivňující výpovědní hodnotu dat. Především pervitin má značný vliv na úsudek a vnímání sebe sama.

Při zjišťování rozdílů mezi sexualitou uživatelů jednotlivých látek je třeba brát v úvahu nejen chemickou povahu látky, ale také životní styl, který je s ní spojený. V tomto směru se uživatelé pervitinu a Subutexu poměrně liší, vhodnější by možná bylo srovnání s uživateli heroinu. V době provádění výzkumu však nebylo příliš reálné oslovit úspěšně dostatečné množství jedinců, užívajících heroin. Na druhou stranu, tento nedostatek je mírně vykompenzován tím, že otázky, které směřují do minulosti se obvykle ptají na období celé drogové kariéry, zahrnují tedy i období užívání heroinu, které u většiny předcházelo užívání Subutexu.

Vzhledem k intoxikaci a k míře vzdělání některých respondentů mohla být nedostatkem formulace určitých otázek. Pokud je nám však známo, respondenti se v takových případech obvykle zeptali pracovníka, který jim dotazník předkládal. I v tomto případě se osvědčilo zapojení místních pracovníků, ke kterým mají respondenti již vybudovanou důvěru.

Otázky byly formulovány pro heterosexuální respondenty, stejně jako je tomu u dotazníku, který mapuje sexuální chování v české populaci, a ze kterého náš dotazník volně vychází. Do určité míry tedy tento způsob dotazování kladl vyšší nároky na homosexuální respondenty, aby se v něm zorientovali a byli schopni odpovědět.

V neposlední řadě může být nedostatkem výzkumu jeho určitá povrchnost a malý důraz na psychologické aspekty sexuality, i když jsme se snažili tyto do výzkumu zařadit ve

větší míře, než je v obdobných zahraničních výzkumech obvyklé, např. dotazováním na spokojenost, potřebu sexuálního vybití, vnímání změny kvality sexuálního života apod. Důvodem je jednak široký záběr dotazníku a jeho účel. Tím je především zmapování oblasti sexuality u problémových uživatelů. Druhým důvod je forma sběru dat, tedy dotazník, v naprosté většině s již danými alternativami možných odpovědí. Ze zkušenosti víme, že dotazníkem, který umožňuje slovní odpovědi bychom získali mezi aktuálními uživateli minimum dat vhodných ke zpracování. Další možnou variantou je kvalitativní studie, nejspíš ve formě semistrukturovaného rozhovoru. Tato forma by však vyžadovala podstatné zúžení problematiky, na kterou bychom se dotazovali.

3.7.13. Další možné směřování ve výzkumu a praxi

V souladu se zjištěními zde prezentovaného výzkumu a spolu s dalšími autory (Finnegan & McNally, 2002; Jonášová & Preslová, 2008; La Pera et al., 2008) bychom nakonec rádi načrtli několik možných cest využití poznatků o sexualitě uživatelů návykových látek.

Na konci minulé kapitoly jsme již zmínili možnost dalšího zkoumání tématu především cestou kvalitativního výzkumu. Zajímavým tématem by např. bylo zjištění, nakolik souvisely počátky užívání drog s problémy v oblasti sexuality a nakolik také brání trvalé abstinenci. Dalším možným tématem by byla role drog v procesu vyrovnávání se s odlišnou sexuální orientací nebo s traumatickým sexuálním zážitkem. Samostatnou kapitolou, hodnou dalšího zkoumání, je sexuální násilí páchané uživateli drog a mezi uživateli drog, včetně vztahového. Díky podrobnějšímu zkoumání by bylo možné efektivně tato témata zařadit do preventivní i terapeutické praxe.

I z toho, co již o sexuálním životě uživatelů návykových látek víme, můžeme říci, že rozhodně není bezproblémový a zasluhuje si větší pozornost, než jaké se mu doposud dostává. Do budoucna by bylo zapotřebí vypracovat systematickou metodiku práce se sexuologickými tématy v prevenci a především léčbě drogových závislostí a také vzdělávat v tomto směru pracovníky služeb pro drogově závislé. Témata, která se nabízí (a v určité podobě se i dnes v léčbě objevují) jsou následující: kvalita sexuálního života, sexuální obtíže a dysfunkce, poruchy sexuální preference, partnerská komunikace v oblasti sexu, specifické potřeby mužů a žen, sex s drogami a bez nich, násilí v sexuálním vztahu, zásady bezpečného sexu, práce na přijetí odlišné pohlavní identity nebo sexuální orientace, práce s traumaty zneužívání a znásilnění. Jistě by bylo možné vzpomenout i mnohá další. Protože jsou tato témata velmi osobní povahy, je třeba vytvořit v rámci terapie – individuální nebo skupinové – vhodné

prostředí pro jejich sdílení. V systému dlouhodobé léčby, jejímž základem je skupinová terapie, se osvědčilo zavedení oddělených skupin podle pohlaví. Kromě skupin, kde je možné řešit již konkrétní problémy jedinců, je vhodnou součástí léčby také vzdělávání v této oblasti, např. formou seminářů, na které je možné zvát i externí odborníky.

Pokud se již klient nebo pacient v léčbě svěří s nějakým závažným problémem, který není možné vyřešit v rámci léčebného zařízení, měla by mu být nabídnuta doplňující kvalitní péče v jiném specializovaném zařízení. Proto je velmi důležitá dobrá spolupráce adiktologů se sexuology, psychiatry, psychology.

V neposlední řadě bychom neměli opomenout zvýšený výskyt zneužívání drog, alkoholu nebo léků způsobujících závislost u jedinců, kteří prošli traumatem zneužívání nebo znásilnění a u těch, kteří se nedokáží nebo nemají možnost efektivně vyrovnat s odlišnou sexuální orientací. Takoví jedinci by měli mít přístup k dostatečné a kvalitní psychologické péči, která by jim pomohla vyrovnat se se situací, pracovala by zároveň i s jejich nejbližším okolím, a která by zahrnovala i prevenci možného zneužívání návykových látek. Dostatečná péče by měla být dále věnována sexuální výchově mladistvých, která by zahrnovala i informace o možných potížích, dysfunkcích a jejich efektivním řešení bez pomoci alkoholu a jiných psychotropních látek. Alkoholem a dalšími návykovými látkami neřeší své problémy v sexu jen mladí lidé, ale i mnozí dospělí. Proto by toto riziko měli mít na paměti také sexuologové.

4. Závěr

Předkládaná disertační práce se zabývá tématem sexuality uživatelů pervitinu a buprenorfinu (Subutexu). Práce je členěna na část teoretickou a výzkumnou.

V teoretické části se zabýváme vymezením základních adiktologických pojmů, jako je rozdělení drog podle účinku nebo míra a závažnost zneužívání návykové látky. Dále se zabýváme pojetím závislosti, vzhledem k tomu, že naprostá většina (ne-li všichni) respondentů našeho výzkumu spadají do kategorie závislých a zároveň problémových uživatelů návykových látek. Věnujeme se pak podrobně dvěma látkám, jejichž užívání bylo hlavním kritériem pro zařazení do výběrového souboru – pervitinu a buprenorfinu.

V další části se zabýváme těmi oblastmi sexuálního chování a prožívání, které sledujeme v rámci výzkumu. Jsou to faktory ovlivňující spokojenost jedince se sexuálním životem, rizikové sexuální chování, sexuální dysfunkce, sexuální orientace a sexuální násilí.

Tématem poslední části teoretické práce je propojení adiktologie a sexuologie v oblasti vlivu užívání návykových látek na sexualitu jedince. Zabýváme se jím nejprve obecně, poté stručně i u jednotlivých látek. Na závěr nabízíme krátký souhrn praktických zkušeností s prací na sexuologických tématech v systému léčby závislostí na nelegálních drogách.

Ve výzkumné části nejprve stanovujeme problém a cíle výzkumu, poté také hypotézy, které jsme si určili na základě dosavadních výzkumů a zkušeností z praxe. Dále se zabýváme metodologickým rámcem výzkumu – metodami získávání a zpracovávání dat a možnými etickými problémy. Následuje popis souboru. Výsledky jsou členěny do deseti tematických celků. Do stejných celků je pak rozčleněna i kapitola, srovnávající výsledky našeho výzkumu s výzkumem sexuálního chování obyvatel České republiky v roce 2008 (Weiss & Zvěřina, 2009).

Na závěr výzkumné části je zařazena diskuse nad výsledky, které jsou porovnány s některými zahraničními i domácími výzkumy na tomto poli, uvedeny do souvislostí, případně interpretovány. Dále jsou zmíněny hlavní omezení a nedostatky výzkumného projektu a doporučeno další možné směřování výzkumu i využití poznatků v praxi.

Nejdůležitější zjištění lze shrnout v následujících bodech:

- **Mezi uživateli pervitinu a Subutexu nebyl podstatný rozdíl v poměru jedinců spokojených a nespokojených se svým sexuálním životem. Potvrdila se však**

souvislost mezi užívanou drogou a pociťovanou změnou sexuálního života od začátku užívání drogy. V případě pervitinu častěji k lepšímu, v případě Subutexu častěji k horšímu.

- Muži užívající pervitin udávali signifikantně nižší věk počátku sexuálního života (15,0 let) než muži užívající Subutex (15,7 let). Ženy začínaly s pohlavním životem dříve než muži – uživatelky pervitinu ve 14,9 letech, uživatelky Subutexu v 15,2 letech. Muži i ženy v souboru začínali sexuální život průměrně o 2-3 roky dříve než byl zjištěný průměr u respondentů reprezentujících českou populaci.
- Potřebu sexuálního uspokojení cítí v současnosti více uživatelky Subutexu (v 76 %) než uživatelky pervitinu (ve 45 %), přestože u nich (stejně jako u mužů) tato potřeba v souvislosti s užíváním drog nejčastěji klesla. U žen a mužů užívajících pervitin, se potřeba nejčastěji nezměnila.
- U mužů i žen v souboru, nehlédě na užívanou drogu, byla zjištěna souvislost mezi tím, zda používali před užíváním drog při sexu ochranu a zda ji používají nyní, kdy užívají drogy, a to bez ohledu na typ sexuálního kontaktu (zda se stálým či náhodným partnerem). Jejich zvyky se v tomto směru tedy příliš nezměnily.
- Muži i ženy v souboru měli již před užíváním drog často v oblasti sexu určité potíže. Jejich výskyt se s užíváním ještě zvýšil (koreloval však s dřívějším výskytem) - zažilo je v té době 52 % uživatelů pervitinu a 66 % uživatelů Subutexu a 63 % uživatelky pervitinu a 70 % uživatelky Subutexu - změnila se však jejich povaha. Muži užívající pervitin si nejčastěji stěžovali na zvýšenou apetenci a potíže s vyvrcholením, ženy na nedostatečnou vzrušivost. Uživatelé Subutexu (muži i ženy) naopak na sníženou apetenci a muži na poruchy erekce. V celém souboru byla prokázána souvislost mezi výskytem potíží před a během užívání drog.
- Ženy v souboru měly signifikantně častěji (v 61 %) zkušenost se sexem se stejným pohlavím než muži (v 10 %). Ženy se také signifikantně častěji (ve 40 %) považují za bisexuálně orientované než muži (v 9 %).
- Necelá polovina mužů ve výzkumu (48 %) měla zkušenost se sexem s prostitutkou, přičemž pouze 40 % z těch, kteří užívají pervitin a 50 % z těch, kteří užívají Subutex, použilo pokaždé při takovém styku kondom.
- Více než třetina žen (38 %) a pětina mužů (20 %) poskytla někdy sex za peníze, drogy nebo jinou úplatu.
- Muži i ženy užívající drogy zažili v porovnání s českým průměrem poměrně často v dětství zneužívání. Zneužito bylo 9 % uživatelů pervitinu a 6 % uživatelů Subutexu

a 27 % uživatelů pervitinu a 15 % uživatelů Subutexu. U uživatelů pervitinu byla prokázána souvislost mezi pohlavím a výskytem zneužívání.

- **Výskyt znásilnění je v této populaci nebývale vysoký mezi muži i ženami. Někdy v životě ho zažilo 9 % mužů a 51 % uživatelů pervitinu (18 % opakovaně) a 55 % uživatelů Subutexu (30 % opakovaně). Rozdíl mezi pohlavími je signifikantní.**
- **Podstatná část respondentů někdy prodělala pohlavně přenosnou nemoc (17 % všech mužů a žen užívajících pervitin a 27 % uživatelů Subutexu), nejčastěji kapavku nebo muňky, v případě uživatelů Subutexu zánět močové trubice. Vyskytly se také 4 případy onemocnění syfilis.**
- **Naprostá většina respondentů byla alespoň jednou v životě testována na virus HIV a hepatitidu typu C.**
- **Celkový obraz sexuálního života mužů a žen v souboru se v závislosti na užívané látce příliš neliší. Obě skupiny uživatelů se však v mnoha ohledech odlišují od reprezentativního vzorku české populace.**

5. Literatura

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Autor.
- Auriacombe, M., Franques, P., Bertorelle, V. & Tignol, J. (1997). Use of buprenorphine for substitution treatment: a French experience in Bordeaux and Bayonne. *Research and Clinical Forums*, 19 (2), 47-50.
- Bečková, I. & Višňovský, P. (1999). *Farmakologie drogových závislostí*. Praha: Karolinum.
- Bliesener, N., Albrecht, S., Schwager, A., Weckbecker, K., Lichtermann, D. & Klingmüller, D. (2005). Plasma testosterone and sexual function in men receiving Buprenorphine maintenance for opioid dependence. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 90 (1), 203-206.
- Booth, R. E. (1995). Gender differences in high-risk sex behaviors among heterosexual drug injectors and crack smokers. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 21 (4), 419-432.
- Brichcín, J. (2002) Sexuální poruchy. In Höschl, C., Libiger, J., Švestka, J. (Eds.), *Psychiatrie*. Praha: Tigris.
- Caiaffa, W. T., Mingoti, S. A., Proietti, F. A., Carneiro-Proietti, A. B., Silva, R. C., Lopes, A. C. & Doneda, D. (2003). Estimation of the number of injecting drug users attending an outreach syringe-exchange program and infection with human immunodeficiency virus (HIV) and hepatitis C virus: the AjUDE-Brasil project. *Journal of Urban Health*, 80 (1), 106-114.
- Carey, M. P., Chandra, P. S., Carey, K. B. & Neal, D. J. (2003). Predictors of HIV risk among men seeking treatment for substance abuse in India. *Archives of Sexual Behavior*, 32 (4), 339-349.
- Castilla, J., Barrio, G., de la Fuente, L., & Belza, M.J. (1998). Sexual behaviour and condom use in the general population of Spain, 1996. *AIDS Care*, 10 (6), 667-676.
- Coleman, E. (1990). The obsessive-compulsive model for describing compulsive sexual behavior. *American Journal of Preventive Psychiatry and Neurology*, 2 (3), 9-14.
- Covington, S. S. & Kohen, J. (1984). Women, alcohol and sexuality. *Advances in Alcohol & Substance Abuse*, 4 (1), 41-56.

- Čírtková, L. (2004). *Forenzní psychologie*. Plzeň: Vyd. a nakl. Aleš Čeněk, s.r.o.
- De Graaf, R. (1995). *Prostitutes and their clients; Sexual networks and determinants of condom use*. Utrecht: Ponsen & Looijen BV Wageningen.
- Des Jarlais, D. C., Friedman, S. R., Friedman, P., Wenston, J., Sotheran, J. L., Choopanya, K., et al. (1995). HIV/AIDS-related behavior change among injecting drug users in different national settings. *AIDS*, 9 (6), 611-617.
- Disman, M. (2002). *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum.
- Dörner, K. & Plog, U. (1999). *Bláznit je lidské*. Praha: Grada Publishing.
- Dubois-Arber, F., Balthasar, H., Huissoid, T., Zobel, F., Arnaut, D., Samitca, S., et al. (2008). Trends in drug consumption and risk of transmission of HIV and hepatitis C virus among injecting drug users in Switzerland, 1993-2006. *Eurosurveillance*, 13 (21). Cit. 15.12.2009 z <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=18881>
- Dvořáček, J. (2003a). Detoxifikace, léčba odvykacího syndromu. In Kalina, K. a kol. (Eds.), *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup* (pp. 304-309) . Praha: NMS, Úřad vlády ČR.
- Dvořáček, J. (2003b). Zvládání akutní intoxikace – speciální postupy u jednotlivých návykových látek. In Kalina, K. a kol. (Eds.), *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup* (pp. 297-303) . Praha: NMS, Úřad vlády ČR.
- Dwyer, R., Richardson, D., Ross, M. W., Wodak, A., Miller, M. E. & Gold, J. (1994). A comparison of HIV risk between women and men who inject drugs. *AIDS Education and Prevention* , 6 (5), 379-389.
- Elwood, W. N., Williams, M. L., Bell, D. C. & Richard, A. J. (1997). Powerlessness and HIV prevention among people who trade sex for drugs (‘strawberries’). *AIDS Care*, 9 (3), 273-284.
- Ericksen, K. P. & Trocki, K. E. (1994). Sex, alcohol and sexually transmitted diseases. *Family Planning Perspectives*, 26 (6), 257-263.
- Erowid. (2004). *Drug abuse control amendments of 1965*. Cit. 23.8.2009 z http://www.erowid.org/psychoactives/law/law_fed_daca1.shtml
- Erowid. (n.d.). *Methamphetamine timeline*. Cit. 23.8.2009 z http://www.erowid.org/chemicals/meth/meth_timeline.php
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2005). *Differences in patterns of drug use between women and men*. Lisabon: Autor.

- Faller, K. C. (1987). Women who sexually abuse children. *Violence and Victims*, 2 (4), 263-276.
- Fals-Stewart, W., Golden, J. & Schumacher, J. A. (2003). Intimate partner violence and substance use: A longitudinal day-to-day examination. [Abstract]. *Addictive Behaviors*, 28 (9), 1555-1574.
- Feldman, H. A., Goldstein, I., Hatzichristou, D. G., Krane, R. J. & McKinlay, J. B. (1994). Impotence and its medical and psychosocial correlates: Results of the Massachusetts Male aging study, *Journal of Urology*, 151, 54-61.
- Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál.
- Finnegan, D. G. & McNally, E. B. (2002). *Counseling lesbian, gay, bisexual, and transgender substance abusers: Dual identities* [Electronic version]. New York: The Haworth Press, Inc.
- Fiorino, D. F. & Philips, A. G. (1999). Facilitation of sexual behavior in male rats following d-amphetamine-induced behavioral sensitization. [Abstract]. *Psychopharmacologia*, 142 (2), 200-208.
- Fišerová, M. (2003a). Neurobiologie závislostí. In Kalina, K. a kol. (Eds.), *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup* (pp. 96-106) . Praha: NMS, Úřad vlády ČR.
- Fišerová, M. (2003b). Odvykací syndrom a craving – Neurobiologické aspekty. In Kalina, K. a kol. (Eds.), *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup* (pp. 114-118) . Praha: NMS, Úřad vlády ČR.
- Freund, K., Watson, R. & Dickey, R. (1990). Does sexual abuse in childhood cause pedophilia? An exploratory study. *Archives of Sexual Behavior*, 19 (6), 557-568.
- Gerlová, E. & Weiss, P. (2008). Typologie znásilnění. *Sexuológia*, 8 (1), 24-27.
- Gerlová, E. (2009). *Pachatelé a formy sexuální agrese u obyvatel České republiky*. (Disertační práce, 1. LF Univerzity Karlovy, 2009).
- Gödtel, R. (1992). *Sexualita a násilí*. Praha: Český spisovatel.
- Gorzalka, B. B., Hill, M. N. & Chang, S. C. H. (2009). Male-female differences in the effects of cannabinoids on sexual behavior and gonadal hormone function. [Abstract]. *Hormones and Behavior*, v tisku. Cit. z [http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6WGC-4X4Y281-1&_user=10&_coverDate=09%2F03%2F2009&_rdoc=44&_fmt=high&_orig=browse&_srch=doc-info\(%23toc%236819%239999%23999999999%2399999%23FLA%23display%23A](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6WGC-4X4Y281-1&_user=10&_coverDate=09%2F03%2F2009&_rdoc=44&_fmt=high&_orig=browse&_srch=doc-info(%23toc%236819%239999%23999999999%2399999%23FLA%23display%23A)

rticles)&_cdi=6819&_sort=d&_docanchor=&_ct=52&_acct=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=b4f7908b43326627339234dd02766a3a

- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D. & Treacy, S. (2002). Reduced injection risk and sexual risk behaviours after drug misuse treatment: results from National Treatment Outcome Research Study. *AIDS Care*, 14 (1), 77-93.
- Grogan, S. (2000). *Body Image – psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Praha: Grada.
- Hartl, P. (1993). *Psychologický slovník*. Praha: Nakl. Budka.
- Hartnoll, R. (2004). *Drogy a drogové závislosti: propojování výzkumu, politiky a praxe*. Praha: NMS, Úřad vlády ČR.
- Hartnoll, R. (Ed.) (2003). *Výběr vzorku metodou sněhové koule: Snowball Sampling*. Praha: NMS, Úřad vlády ČR.
- Harvey, S. M., Bird, S. T., De Rosa, C. J., Montgomery, S. B. & Rohrbach, L. A. (2003). Sexual decision making and safer sex behavior among young female injection drug users and female partner of IDUs. *Journal of Sex Research*, 40 (1), 50-60.
- Heretik, A. (1993). *Základy forenzní psychologie*. Bratislava: SPN.
- Horvath, M. A. H. & Brown, J. (2005). Drug-assisted rape and sexual assault; definitional, conceptual and methodological developments. *Journal of Offender Profiling*, 2 (3), 203-210.
- Hosák, L., Maixnerová R. & Valešová, D. (2009). Psychotické příznaky u závislých na metamfetaminu. *Psychiatrie pro praxi*, 10 (2), 85-88.
- Huestis, M. A. (2007). Human cannabinoid pharmacokinetics. *Chemistry & Biodiversity*, 4 (8), 1770-1804.
- Chapleo, C.B. (1997). Alternate-day dosing. *Research and Clinical Forums*, 19 (2), 39-41.
- Impett, E. A., & Peplau, L. A. (2003). Sexual compliance: Gender, motivational, and relationship perspectives. *The Journal of Sex Research*, 40, 87-100.
- Inciardi, J.A. (1995). Crack, crack house Sex, and HIV risk. *Archives of Sexual Behavior*, 24 (3), 249-269.
- Jager, J., Limburg, L., Kretzschmar, M., Postma, M., & Wiessing, L. (2004). *Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Jonášová, I. & Preslová, I. (2008). Sexuologická problematika v adiktologii. *Sexuológia*, 8 (1), 47-49.

- Kahila, H., Sadisto, T., Kivittie-Kallilo, S., Haukkamaa, M. & Halmesmäki, E. (2007). A prospective study on buprenorphine use during pregnancy: effects on maternal and neonatal outcome. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 86 (2), 185-190.
- Kalichman, S. C., Heckman, T. & Kelly, J. A. (1996). Sensation seeking as an explanation for the association between substance use and HIV- related risky sexual behavior. *Archives of Sexual Behavior*, 25 (2), 141-154.
- Kalina, K. (1997). *Drogy v ordinaci praktického lékaře*. Praha: Institut Filia.
- Kalina, K. (2003a). Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelům drog. In Kalina, K. a kol. (Eds.), *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup* (pp. 78-82) . Praha: NMS, Úřad vlády ČR.
- Kalina, K. (2003b). Úvod do drogové politiky: základní principy, pojmy, přístupy a problémy. In Kalina, K. a kol. (Eds.), *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup* (pp. 15-24) . Praha: NMS, Úřad vlády ČR.
- Käll, K. I. (1992). Effects of amphetamine on sexual behavior of male i.v. drug users in Stockholm – a pilot study. [Abstract]. *AIDS Education and Prevention*, 4 (1), 6-17.
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B. & Martin, C. E. (1948). *Sexual behavior of the human male*. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., Martin, C. E. & Beghard, P. H. (1953). *Sexual behavior of the human female*. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Klusoňová, H., Štěpánová, V., Čížek, J. & Plisková, L. (2004) Virové hepatitidy u problémových uživatelů návykových látek v ČR. *Epidemiologie, mikrobiologie, imunologie*, 53 (2), 47-54.
- Kratochvíl, S. (2008). *Sexuální dysfunkce*. (3.vydání). Praha: Grada.
- Krekulová, L. & Řehák, V. (1999). *Co je virová hepatitida?* Praha: Triton.
- Krekulová, L. & Řehák, V. (2006). *...když už máš Céčko....* Praha: Triton.
- Krekulová, L. & Řehák, V. (2009). Situace a trendy v zastoupení genotypů viru hepatitidy C v populaci injekčních uživatelů drog. *Epidemiologie, mikrobiologie, imunologie*, 58 (2), 84-89.
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B. & Lozano, R. (Eds.). (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.
- Kubíček, V. (2007). Mužská sexuální dysfunkce. *Practicus*, 6 (1), 22-26.
- Kubů, P., Škařupová, K. & Csémy, L. (2006). *Tanec a drogy 2000 a 2003: Výsledky dotazníkové studie s příznivci elektronické taneční hudby v České republice*. Praha: NMS, Úřad vlády ČR.

- Kuda, A. (2003). Relaps a prevence relapsu. In Kalina, K. a kol. (Eds.), *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup* 2 (pp. 117-124) . Praha: NMS, Úřad vlády ČR.
- Kudrle, S. (2003a). Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti jako východisko k primární, sekundární a terciální prevenci. In Kalina, K. a kol. (Eds.), *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup* (pp. 145-149) . Praha: NMS, Úřad vlády ČR.
- Kudrle, S. (2003b). Historie užívání a zneužívání psychotropních látek. In Kalina, K. a kol. (Eds.), *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup* (pp. 83-89) . Praha: NMS, Úřad vlády ČR.
- Kudrle, S. (2003c). Psychopatologie závislosti a kodependence. In Kalina, K. a kol. (Eds.), *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup* (pp. 107-113) . Praha: NMS, Úřad vlády ČR.
- La Pera, G., Carderi, A., Marianantoni, Z., Peris, F., Lentini, M. & Taggi, F. (2008). Sexual dysfunction prior to first drug use among former drug addicts and its possible causal meaning on drug addiction: Preliminary results. *Journal of Sexual Medicine*, 5 (1), 164-172.
- Leigh, B. C. (2002). Alcohol and condom use: a meta-analysis of event-level studies. *Sexually Transmitted Diseases*, 29 (8), 476-482.
- Leigh, B., & Schafer, J. C. (1993). Heavy drinking occasions and the occurrence of sexual activity. *Psychology of Addictive Behaviors*, 7 (3), 197-200.
- Levine, M. & Troiden, R. (1988). The myth of sexual compulsivity. *Journal of Sex Research*, 25 (3), 347-363.
- Lincová, D. & Farghali, H. (2002). *Základní a aplikovaná farmakologie*. Praha, Galén.
- Máthé, R., Ritomský, A. & Bartl, I. (2005). Naše sexuálne preferencie. *Sexuológia*, 5 (2), 14-17.
- Mathews, R., Hunter, J. A. & Vuz, J. (1997). Juvenile female sexual offenders. *Sexual Abuse*, 9 (3), 187-199.
- Mattick, R.P., Kimber, J., Breen, C. & Davoli, M. (2008), Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioide dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008 (2). Cit. z <http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD002207/frame.html>
- Meuleman, E. J. & Van Lankveld, J. J. (2005). Hypoactive sexual desire disorder: an underestimated condition in men. *British Journal of Urology International*, 95 (3), 291-296.

- Miller, M. & Neaigus, A. (2002). Sex partner support, drug use and sex risk among HIV-negative non-injecting heroin users. *AIDS Care*, 14 (6), 801-813.
- Minařík, J. (2003a). Opioidy a opiáty. In Kalina, K. a kol. (Eds.), *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup* (pp. 159-163) . Praha: NMS, Úřad vlády ČR.
- Minařík, J. (2003b). Stimulancia. In Kalina, K. a kol. (Eds.), *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup* (pp. 164-168) . Praha: NMS, Úřad vlády ČR.
- Minařík, J. & Hobstová, J. (2003). Somatické komplikace a komorbidita 2 – Infekční hepatitidy a AIDS. In Kalina, K. a kol. (Eds.), *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup* (pp. 229-232) . Praha: NMS, Úřad vlády ČR.
- Ministerstvo zdravotnictví ČR. (2007). Aktualizovaný standard substituční léčby. *Věstník ministerstva zdravotnictví ČR*, 8, 26-43. Cit. 3.11.2009 z <http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/337-vestnik-82007.html>
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
- Mitlöhner, M. (2005). Právní aspekty pohlavního zneužívání. In Weiss a kol., *Sexuální zneužívání dětí* (pp.31-43). Praha: Grada.
- Molitor, F. (1999). Methamphetamine use and sexual and injection risk behaviors among out-of-treatment injection drug users. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 25 (3), 475-493.
- Molitor, F., Truax, S. R., Ruiz, J. D., Sun & R. K. (1998). Association of methamphetamine use during sex with risky sexual behaviors and HIV infection among non-injection drug users. *Western Journal of Medicine*, 168 (2), 93-97.
- Moravcová, P. (2008). *Postoje a rizikovost sexuálního chování studentů posledních dvou ročníků gymnázií, středních škol a středních odborných učilišť v Praze z hlediska HIV/AIDS infekce*. (Disertační práce, 1.LF Univerzity Karlovy, 2008).
- Mravčík, V., Pešek, R., Škařupová, K., Orlíková, B., Škrdlantová, E., Šťastná, L., et al. (2009). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2008*. Praha: NMS, Úřad vlády ČR.
- Mravčík, V., Petrošová, B., Zábranský, T., Řehák, V. & Coufalová, M. (2009). *Výskyt VHC u injekčních uživatelů drog*. (Elektronická publikace). Praha: NMS, Úřad vlády ČR. Cit. 29.10.2009 z http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/e_publikace/vyskyt_vhc_u_injekcnich_uzivatelu_drog
- Mravčík, V., Škařupová, K. & Orlíková, B. (2008). Rekreační užívání drog. *Zaostřeno na drogy*, 6 (3), 1-16.

- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (NMS). (2005). *Pervitin (Metamfetamin)*. Cit. 25.10.2009 z http://www.drogy-info.cz/index.php/info/ilegalni_drogy/stimulancia/pervitin_metamfetamin
- Nechanská, B. (2009). *Péče o pacienty užívající psychoaktivní látky v ambulantních a lůžkových zařízeních ČR v roce 2008*. Cit. 3.11.2009 z Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR website: http://www.uzis.cz/download.php?ctg=20&search_name=psychoaktivni®ion=100&kind=21
- Nelson, M., Solberg, U., Ballota, D., Wiessing, L. & Zábranský, T. (2003). Role substituce v oblasti léčby závislosti na drogách. *Zastřeno na drogy 1* (2), 1-4.
- Nešpor, K. (1999). *Problémy s návykovými látkami v ordinaci praktického lékaře*. Praha: Galén.
- Nešpor, K. (2003a). Diagnostika a diagnostická kritéria poruch vyvolaných návykovými látkami. In Kalina, K. a kol. (Eds.), *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup* (pp. 217-222). Praha: NMS, Úřad vlády ČR.
- Nešpor, K. (2003b). Odvykací syndrom a craving – Klinické a behaviorální aspekty. In Kalina, K. a kol. (Eds.), *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup* (pp. 119-123) . Praha: NMS, Úřad vlády ČR.
- Noell, J. W. & Ochs, L. M. (2001). Relationship of sexual orientation to substance use, suicidal ideation, suicide attempts, and other factors in a population of homeless adolescents [Abstract]. *Journal of Adolescent Health*, 29 (1), 31-36.
- Olszewski, D. (2008). *Sexual assaults facilitated by drugs or alcohol*. Lisabon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Paschane, D.M., Fischer, D.G., Cagle, H. H. & Fenaughty, A. M. (1998). Gonorrhea among drug users: an Alaskan versus a national sample. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 24 (2), 285-297.
- Pešek R. & Orlíková, B. (2008). Situace ve věcech drog v České republice v roce 2007. *Zaostřeno na drogy 6* (5), 1-16.
- Pondělíčková-Mašlová, J. & Raboch, J. (2005). *O sexualitě a partnerských vztazích*. Praha: Galén.
- Rashad, I. & Kaestner, R. (2004). Teenage sex, drug and alcohol use: problems identifying the cause of risky behaviors. *Journal of Health Economics*, 23 (3), 493-503.

- Rhodes, T. & Stimson, G. (1998). *SEX-RAR Guide: The rapid assessment and response guide on substance use and sexual risk behaviour*. Geneva: World Health Organization.
- Rhodes, T., Fitch, C. & Stimson, G. (2002). *SEX-RAR Guide: The rapid assessment and response guide on substance use and sexual risk behaviour*. Geneva: World Health Organization.
- Robles, R. R., Marrero, C. A., Matos, T. D., Colón, H. M., Finlinson, H. A., Reyes, J. C. et al. (1998). Factors associated with changes in sex behaviour among drug users in Puerto Rico. *AIDS Care*, 10 (3), 329-338.
- Rosario, M., Schrimshaw, E. W. & Hunter, J. (2009). Disclosure of sexual orientation and subsequent substance use and abuse among lesbian, gay, and bisexual youths: critical role of disclosure reactions. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23 (1), 175-184.
- Roy, K., Hay, G., Andragetti, R., Taylor, A., Goldberg, D., & Wiessing, L. (2002). Monitoring hepatitis C virus infection among injecting drug users in the European Union: a review of the literature. *Epidemiology and Infection*, 129 (3), 577-585.
- Řehák, V., & Krekulová, L. (2002). Virové hepatitidy u injekčních uživatelů psychoaktivních látek. *Adiktologie*, 2(2), 41-47.
- Řehan, V. (2007). *Adiktologie 1*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Sánchez, J., Comerford, M., Chitwood, D. D., Fernandez, M. I. & McCoy, C. B. (2002). High risk sexual behaviours among heroin sniffers who have no history of injection drug use: implications for HIV risk reduction. *AIDS Care*, 14 (3), 391-398.
- Scivoletto, S., Tsuji, R. K., Abdo, C. & Gattaz, W. F. (2002). Use of psychoactive substance and sexual risk behavior in adolescents. *Substance Use and Misuse*, 37 (3), 381-398.
- Seto, M. C. & Barbaree, H. E. (1995). The role of alcohol in sexual aggression. *Clinical Psychology Review*, 15 (6), 545-566.
- Sharma, A. K., Aggarwal, O. P. & Dubey, K. K. (2002). Sexual behavior of drug-users: is it different? *Preventive Medicine*, 34 (5), 512-515.
- Schering-Plough Central East AG. (2000). *Subutex - monografie produktu*. Praha: Autor.

- Schering-Plough Central East AG. (2009). *Souhrn údajů o přípravku Subutex 8 mg*. Cit. 3.11.2009 z http://www.schering-plough.cz/www/download/Subutex_8mg_12AUG2009_SPC_CZ.pdf
- Simons, J. F. & Carey, M. P. (2001). Prevalence of sexual dysfunctions: Results from a decade of research. *Archives of Sexual Behavior*, 30 (2), 178-219.
- Státní zdravotní ústav. (2009a). *Celkový stav vyšetřování HIV protilátek v České republice: kumulativní údaje ke dni 30.11.2009*. Cit. 29.12.2009 z Národní program boje proti AIDS website: <http://www.aids-hiv.cz/nove09/listopad09roz.pdf>.
- Státní zdravotní ústav. (2009b). *Výskyt a šíření HIV/AIDS v ČR v roce 2008*. Cit. 29.12.2009 z Národní program boje proti AIDS website: <http://www.aids-hiv.cz/udajevCR.html>.
- Stillings, M. R. (1997). Detoxification with buprenorphine. *Research and Clinical Forums*, 19 (2), 35-38.
- Suchopár, J. a kolektiv. (1997). *Remedia Compendium* (2nd ed.). Praha: Panax.
- Šašinka, C. (2006). *Počítačové modelování průběhu závislosti na metamfetaminu: recidiva toxikomanů po výstupu z léčebného zařízení*. (Diplomová práce, Masarykova Universita, 2006). Cit. 25.10.2009 z http://is.muni.cz/th/44276/ff_m/?lang=en
- Šerý, O. (2007). Dědičnost látkových závislostí. *Zaostřeno na drogy*, 5 (3), 1-8.
- Šleglová, M. & Weiss., P. (2005). Hypersexualita u žen. *Sexuologie*, 5 (1), 14-19.
- Šulcová, A. & Goldberg, S.R. (2003). The neurobiology of methamphetamine abuse. *Adiktologie*, 3 (2), 13-23.
- Švarc, J. (2008). Substitute opioidových závislostí. *Psychiatrie pro praxi*, 9(4), 187-190.
- Švestka, J. a kolektiv. (1995). *Psychofarmaka v klinické praxi*. Praha: Grada.
- Testa, M., Livingston, J. A. & Leonard, K. E. (2003). Women's substance use and experience of intimate partner violence: A longitudinal investigation among a community sample. [Abstract]. *Addictive Behaviors*, 28 (9), 1649-1664.
- Turner, W. J. (1995). Homosexuality, type 1: An Xq28 phenomenon. *Archives of Sexual Behavior*, 24 (2), 109-134.
- Tyndall, M., Patrick, D., Spittal, P., Li, K., O'Shaughnessy, M. & Schechter, M. (2002). Risky sexual behaviours among injection drug users with high HIV prevalence: implications for STD control. *Sexually Transmitted Infections*, 78 (Suppl 1), 170-175.
- United Nations Office. (2001) *Drug abuse and HIV/AIDS: Lessons learned – Case studies booklet*. New York: UN ODCCP, UNAIDS.

- Vavřínková, B. & Binder, T. (2007). Návykové látky v těhotenství. *Zaostřeno na drogy*, 5 (4), 1-12.
- Verster, A. & Bunning, E. (2007). *Buprenorfin – rozbor kritických otázek*. Praha: NMS, Úřad vlády ČR.
- Wall, M., Tkatchenko-Schmidt, E., & Renton, A. (2006). Sexual behaviour in Russia: who exhibits a higher risk? Evidence from longitudinal data. *International Journal of STD & AIDS*, 17 (11), 759-63.
- Walter, D. S. (1997). Clinical studies of Buprenorphine in opioide dependence. *Research and Clinical Forums*, 19 (2), 29-33.
- Washington, T. A., Galai, N., Cohn, S., Celentano, D. D., Vahov, D. & Strathdee, S. A. (2006). The relationship between self-reported sexual orientation and behavior in a sample of middle-aged male injection drug users. *Archives of Sexual Behavior*, 35(1), 67-74.
- Weinberger, M. (1994). Recent trends in contraception use. *Population Bulletin of the United Nations* (36), 55-79.
- Weiss, P. & Brody, S. (2009). Women's partnered orgasm consistency is associated with greater duration of penile-vaginal intercourse but not of foreplay. *Journal of Sexual Medicine*, 6 (1), 135-141.
- Weiss, P. & Janáčková, L. (2007). Bisexualita. *Sexuológi*a, 7 (1), 28-30.
- Weiss, P. & Zvěřina, J. (2002). Vliv věku a somatického zdraví na erektální funkci mužů středního věku. *Praktický lékař*, 82 (1), 21-23.
- Weiss, P. & Zvěřina, J. (1999a). *Sexuální chování obyvatel ČR*. Praha: Alberta Plus.
- Weiss, P. & Zvěřina, J. (1999b). Sexuální spokojenost českých žen. *Česká a slovenská psychiatrie*, 95 (2), 67-71.
- Weiss, P. & Zvěřina, J. (2001). *Sexuální chování v ČR – situace a trendy*. Praha: Portál.
- Weiss, P. & Zvěřina, J. (2003). *Sexuální chování obyvatel ČR*. Praha: Dema.
- Weiss, P. & Zvěřina, J. (2009). *Sexuální chování obyvatel ČR-IV*. (Dosud nepublikovaná výzkumná zpráva).
- Weiss, P. (2000). AIDS hrozí každému. *Psychologie Dnes*, 7 (4), 12-4.
- Weiss, P. (2005). Sexuální zneužívání v dětství – pachatelé a oběti. In Weiss a kol., *Sexuální zneužívání dětí* (pp.11-29). Praha: Grada.
- Weiss, P. (2006). *Homosexualita*. Cit. 15.12.2009 ze Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchov website: <http://www.planovanirodiny.cz/clanky/homosexualita>.

- Weiss, P., Kučera, Z. & Svěráková, M. (1995). Sexuální chování českých adolescentů a jeho rizikovost z hlediska infekce HIV/AIDS: výsledky národního výzkumu. *Československá psychologie*, 39 (5), 425-432.
- Weiss, P., Urbánek, V. & Kozmíková, T. (1997). Některé psychogenní příčiny erektilních dysfunkcí. *Rozhledy v chirurgii*, 76 (9), 411-414.
- Welsh, D. P., Grello, C. M. & Harper, M. S. (2006). No syringe attached: the nature of casual sex in college students. *Journal of Sex Research*, 43 (3), 255-267.
- Wiessing, L., Hedrich, D., Taylor, C. & Griffiths, P. (2003). *Hepatitis C: A hidden epidemic*. Lisabon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Wiessing, L., van de Laar, M. J., Donoghoe, M. C., Guarita, B., Klempová, D. & Griffiths, P. (2008). HIV among injecting drug users in Europe: Increasing trends in the East. *Eurosurveillance*, 13 (50). Cit. 15.12.2009 z <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19067>.
- Wilsnack, S. C., Vogeltanz, N. D., Klassen, A. D. & Hartus, T. R. (1997). Childhood sexual abuse and women's substance abuse: national survey findings. *Journal of Studies on Alcohol*, 58 (3), 264-271.
- World Health Organization (WHO). (1992). *Mezinárodní klasifikace nemocí, 10.revize*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.
- World Health Organization (WHO). (1994). *Lexicon of alcohol and drug terms*. Geneva: Autor.
- World Health Organization (WHO). (2004). *Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention*. Geneva: Autor.
- Zábranský, T. & Janíková, J. (2008). *Studie „Séroprevalence krevně přenosných virových infekcí mezi ruskojazyčnými injekčními uživateli na drogové scéně v hl.m. Praze (RUS-IDU-PHA)“*. (RUS-IDU-PHA: Souhrnná zpráva). Praha: Psychiatrická klinika 1.LF UK, Centrum Adiktologie.
- Zábranský, T. (2003). *Drogová epidemiologie*. Olomouc: Universita Palackého.
- Zábranský, T. (2008). HIV a užívání drog v ČR: konec idyly? (Editorial). *Adiktologie*, 8(4), 8-10.
- Zábranský, T., Mravčík, V., Korčíšová, B. and Řehák, V. (2006) Hepatitis C virus infection among injecting drug users in the Czech Republic - Prevalence and associated factors. *European Addiction Research*, 12 (3), 151-160.
- Zikmundová, M. (2003). *Sexuální chování komerčních sexuálních pracovníků*. (Diplomová práce, FF UK, 2003).

- Zuckerman, M. (1971). Dimensions of sensation seeking. [Abstract]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 36 (1), 45-52.
- Zuckerman, M., Buchsbaum, M. & Murphy, D. (1980). Sensation seeking and its biological correlates. *Psychological Bulletin*, 88 (1), 187-214.
- Zvěřina, J. (2003). *Sexuologie (nejen) pro lékaře*. Brno: CERM.

Přílohy:

Příloha 1: Dotazník sexuálního chování – verze pro muže

Příloha 2: Dotazník sexuálního chování – verze pro ženy
(informovaný souhlas – viz verze pro muže)

Dobrý den,

žádáme Vás o vyplnění následujícího dotazníku, sloužícího k výzkumu sexuálního chování drogových uživatelů v České republice. **Výzkum je zcela anonymní a data v něm sebraná slouží pouze k vědeckým účelům.** Studie je prováděna pod záštitou Sexuologického ústavu 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy, Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, jmenovitě prof. PhDr. Petra Weisse, Ph.D., a ve spolupráci s Národním monitorovacím střediskem pro drogy a drogové závislosti Úřadu vlády ČR.

Pokud by Vás zajímaly jakékoli informace o tomto projektu nebo byste měli zájem o zaslání výsledků výzkumu, můžete nás kontaktovat na: **drogy_sex@centrum.cz**.

Děkujeme za Vaši trpělivost při vyplňování dotazníku,

Mgr. Jana Justinová
studentka doktorandského studia oboru Lékařská psychologie
a psychopatologie na 1. LF UK

Souhlasím se zpracováním mnou poskytnutých údajů pro účely studie.

.....

Kód/iniciály klienta

.....

podpis

Dotazník sexuálního chování – muži

Nejprve vyplňte, prosím, následující údaje (zakroužkujte správnou odpověď):

- Věk:
- Nejvyšší dokončené vzdělání:
 - 1. nedokončené základní
 - 2. základní
 - 3. střední odborné
 - 4. střední s maturitou
 - 5. vysokoškolské
- Zaměstnání, škola:
 - 1. student
 - 2. pravidelné zaměstnání
 - 3. příležitostné zaměstnání, brigády
 - 4. nezaměstnaný
- Hlavní droga:
 - 1. pervitin
 - 2. Subutex
- Způsob užívání:
 - 1. injekčně do žíly nebo do svalu
 - 2. šňupáním
 - 3. per os – ústně
- Četnost užívání drogy:
 - 1. denně
 - 2. 2-3x týdně
 - 3. 1x týdně
 - 4. 2-3x měsíčně
- Doba pravidelného užívání hlavní drogy v letech: let

1. Jste se svým sexuálním životem spokojen?

1. ano
 2. ne
-

2. Změnil se nějak Váš pohlavní život od té doby, co užíváte drogy?

1. ne
2. ano, k lepšímu (možno více odpovědí):
 1. větší chuť na sex
 2. lepší prožívání sexu
 3. delší sexuální styk
 4. častější sex
 5. větší aktivita při sexu
 6. překonání sexuálních poruch, potíží
 7. jinak:.....
3. ano, k horšímu (možno více odpovědí):
 1. menší chuť na sex
 2. horší prožívání sexu
 3. příliš krátký / příliš dlouhý sexuální styk
 4. méně častý sex
 5. menší aktivita při sexu
 6. výskyt sexuálních poruch
 7. jinak:.....

↳ **Pokud se Váš sexuální život změnil, přičítáte tuto změnu drogám?**

1. ano, zcela
 2. ano, částečně
 3. ne, důvodem této změny je
-

3. Poprvé jste souložil s nějakou ženou:

1. dosud nikdy
2. již ano, a to poprvé ve věku let

První pohlavní styk jste uskutečnil:

1. s náhodnou partnerkou
2. se stálou partnerkou

V době prvního styku jste měl již zkušenosti s drogami:

1. ano
2. ne

Za celý život jste souložil:

1. dosud nikdy
2. již ano, a to celkem s ženami (uved'te počet)

Pohlavní styk s příležitostnou partnerkou (na jednu noc) jste:

1. dosud nikdy neměl
 2. měl, a to celkem s ženami (uved'te počet)
-

4. Máte v současné době stálý partnerský vztah se ženou?

1. nemám
2. mám, a to v trvání měsíců

↳ **Užívá Vaše partnerka drogy?**

1. ano
 2. ne
 3. nevím
-

5. V současné době byste potřeboval sexuální uspokojení (vybití):

1. nepotřeboval vůbec
2. potřeboval, a to měsíčně krát

V současné době jste sexuálně aktivní (dosahujete sexuálního vybití jakýmkoli způsobem tedy soulož, onanie atd.):

1. nejsem vůbec
2. jsem, a to měsíčně krát

Před tím, než jste začal pravidelně užívat drogy, potřeboval jste sexuální uspokojení:

1. nepotřeboval vůbec
2. potřeboval, a to měsíčně krát

Změnila se nějak Vaše potřeba sexuálního uspokojení v souvislosti s užíváním drog?

1. ne
2. ano, moje potřeba se snížila
3. ano, moje potřeba se zvýšila
4. ano, moje potřeba se nejprve snížila a pak zvýšila
5. ano, moje potřeba se nejprve zvýšila a pak snížila

6. Délku milostné přede hry při styku s partnerkou odhadujete nyní v průměru

na minut (uved'te počet minut)

Před užíváním drog bývala dle Vašeho odhadu tato doba

1. delší, a to asi.....min
2. kratší, a to asi min
3. stejná
4. nemohu porovnat, užíval jsem drogy už v době prvního sexuálního styku

Dobu trvání soulože s partnerkou odhadujete nyní v průměru

na minut (uved'te počet minut)

Před užíváním drog bývala dle Vašeho odhadu tato doba

1. delší, a to asi.....min
2. kratší, a to asi min
3. stejná
4. nemohu porovnat, užíval jsem drogy už v době prvního sexuálního styku

V porovnání s dobou před užíváním drog vnímáte obvykle nyní své pocitové vyvrcholení (orgasmus) při jakékoliv sexuální aktivitě jako

1. podstatně lepší
2. lepší
3. stejné
4. horší
5. podstatně horší

7. Používáte ochranu při styku se svou stálou partnerkou?

1. nemám stálou partnerku
2. nepoužívám
3. používám, a to:

	<i>vždy</i>	<i>občas</i>	<i>nikdy</i>
přerušovaný styk	1	2	3
kondom	1	2	3
antikoncepční pilulky partnerky...	1	2	3
jinou	1	2	3
↳ jakou:			

Používal jste ochranu při styku se svou stálou partnerkou před užíváním drog?

1. neměl jsem stálou partnerku / užíval jsem drogy již v době prvního styku
2. nepoužíval jsem

(pokračování na další straně)

3. používal, a to:

	<i>vždy</i>	<i>občas</i>	<i>nikdy</i>
přerušovaný styk	1	2	3
kondom	1	2	3
antikoncepční pilulky partnerky...	1	2	3
jinou	1	2	3
↳ jakou:			

Používáte ochranu při styku s náhodnými partnerkami?

1. nemám náhodné sexuální styky
2. nepoužívám
3. používám, a to:

	<i>vždy</i>	<i>občas</i>	<i>nikdy</i>
přerušovaný styk	1	2	3
kondom	1	2	3
antikoncepční pilulky partnerky...	1	2	3
jinou	1	2	3
↳ jakou:			

Používal jste ochranu při styku s náhodnými partnerkami před užíváním drog?

1. neměl jsem náhodné sexuální styky / užíval jsem drogy již v době prvního styku
2. nepoužíval jsem
3. používal, a to:

	<i>vždy</i>	<i>občas</i>	<i>nikdy</i>
přerušovaný styk	1	2	3
kondom	1	2	3
antikoncepční pilulky partnerky...	1	2	3
jinou	1	2	3
↳ jakou:			

8. Měl jste v době před bráním drog nějaké sexuální obtíže?

1. ano, a to (může být i více odpovědí):

příliš malá potřeba sexu	1.
předčasný výron semene	2.
poruchy erekce (ztopoření).....	3.
neschopnost dosáhnout vyvrcholení	4.
příliš velká potřeba sexu	5.
bolesti a nepříjemné pocity při souloži	6.
opožděná ejakulace (výron semene)	7.
nedosažení ejakulace	8.
jiný problém	9.
↳ uveďte jaký:	

2. ne

Objevila se u Vás některá z níže uvedených sexuálních obtíží v souvislosti s užíváním drog?

1. ano, a to (může být i více odpovědí, pokračování seznamu na další straně):

příliš malá potřeba sexu	1.
předčasný výron semene	2.
poruchy erekce (ztopoření).....	3.
neschopnost dosáhnout vyvrcholení	4.
příliš velká potřeba sexu	5.
bolesti a nepříjemné pocity při souloži ...	6.
opožděná ejakulace (výron semene)	7.

- nedosažení ejakulace 8.
jiný problém 9.
↳ uveďte jaký:

2. ne

Tyto obtíže se objevily poprvé po měsících užívání drog (uveďte počet měsíců od začátku užívání)

9. Měl jste někdy v životě pohlavní styk s prostitutkou?

1. ne
2. ano, jedenkrát
3. ano, opakovaně

↳ **Pokud ano, použil jste při styku s prostitutkou kondom?**

1. ne, nikdy
2. občas ano
3. vždy

Poskytl jste Vy sám někdy sexuální služby za peníze, drogy, či jinou úplatu?

1. ne
2. ano, výjimečně
3. ano, opakovaně

↳ **Pokud jste takovou službu někdy poskytl, bylo to:**

1. muži (mužům)
2. ženě (ženám)
3. oběma pohlavím

10. Měl jste někdy v životě pohlavní styk s mužem?

1. ne
2. ano, jedenkrát
3. ano, opakovaně, a to celkem s partnery (uveďte počet)

Považujete se za homosexuála?

1. ne
2. nejsem si jist
3. ano

↳ **Pokud ano, trvalý partnerský vztah s mužem v současné době:**

1. mám
2. nemám

Považujete se za bisexuála?

1. ne
2. ano

11. Měl jste někdy v životě nebo nyní máte některou z pohlavně přenosných nemocí?

1. ano, měl/mám

↳ jednalo se/jedná se o (může být i více odpovědí):

- kapavku 1.
syfilis 2.
kondylomata (fíčky) 3.
filcky (muňky) 4.

2. ano, ale nevím o jakou nemoc šlo/jde
3. ne

12. Změnil jste své sexuální chování v důsledku hrozby onemocnění AIDS nebo žloutenky typu B nebo C?

1. ne, nebylo co měnit, vždy jsem se choval zodpovědně
2. ne, i když by to bylo dobré (pokračování na další straně)

3. ne, ani jsem o tom neuvažoval

4. ano, změnil

↳ jestliže ano, šlo o (může být i více odpovědí):

snížení počtu sexuálních partnerek (partnerů) 1.

snížení počtu pohlavních styků 2.

změnu způsobu sexuálního styku 3.

pohlavní styky pouze s kondomem 4.

přestal jste s pohlavními styky úplně 5.

něco jiného 6.

↳ vypište co:

13. Byl jste testován na HIV?

1. ne

2. ano, jednou

3. ano, dvakrát

4. ano, třikrát a více

5. ano, pravidelně (alespoň 2x ročně)

Byl jste testován na žloutenku typu C?

3. ne

6. ano, jednou

7. ano, dvakrát

8. ano, třikrát a více

5. ano, pravidelně (alespoň 2x ročně)

Byla Vám někdy diagnostikována žloutenka typu C?

1. ne

2. nevím, neznám výsledek testu

3. ano, před měsíci

↳ Pokud ano, změnil jste pak své sexuální chování?

1. ne, nebylo co měnit, vždy jsem se choval zodpovědně

2. ne, i když by to bylo dobré

3. ano, změnil

↳ jestliže ano, šlo o (může být i více odpovědí):

snížení počtu sexuálních partnerek (partnerů) 1.

snížení počtu pohlavních styků 2.

změnu způsobu sexuálního styku 3.

pohlavní styky pouze s kondomem 4.

přestal jste s pohlavními styky úplně 5.

něco jiného 6.

↳ vypište co:

14. Byl jste někdy ve svém dětství (do 15 let) sexuálně zneužit (obtěžován dospělou osobou)?

1. nikdy nebyl

2. byl, a to jednou, ve věku let

3. byl opakovaně, od let věku

Byl jste někdy přinucen násilím nebo hrozbami k pohlavnímu styku?

1. nikdy nebyl

2. byl, a to jednou, ve věku let

3. byl opakovaně, poprvé ve věku let

Děkujeme Vám za trpělivost při vyplňování dotazníku.

Dotazník sexuálního chování - ženy

Nejprve vyplňte, prosím, následující údaje (zakroužkujte správnou odpověď):

- Věk:
- Nejvyšší dokončené vzdělání:
 1. nedokončené základní
 2. základní
 3. střední odborné
 4. střední s maturitou
 5. vysokoškolské
- Zaměstnání, škola:
 1. studentka
 2. pravidelné zaměstnání
 3. příležitostné zaměstnání, brigády
 4. nezaměstnaná
- Hlavní droga:
 1. pervitin
 2. Subutex
- Způsob užívání:
 1. injekčně do žíly nebo do svalu
 2. šňupáním
 3. per os – ústně
- Četnost užívání drogy:
 1. denně
 2. 2-3x týdně
 3. 1x týdně
 4. 2-3x měsíčně
- Doba pravidelného užívání hlavní drogy v letech: let

1. Jste se svým sexuálním životem spokojena?

1. ano
2. ne

2. Změnil se nějak Váš pohlavní život od té doby, co užíváte drogy?

1. ne
2. ano, k lepšímu (možno více odpovědí):
 1. větší chuť na sex
 2. lepší prožívání sexu
 3. delší sexuální styk
 4. častější sex
 5. větší aktivita při sexu
 6. překonání sexuálních poruch, potíží
 7. jinak:.....
3. ano, k horšímu (možno více odpovědí):
 1. menší chuť na sex
 2. horší prožívání sexu
 3. příliš krátký / příliš dlouhý sexuální styk
 4. méně častý sex
 5. menší aktivita při sexu
 6. výskyt sexuálních poruch
 7. jinak:.....

↳ **Pokud se Váš sexuální život změnil, přičítáte tuto změnu drogám?**

1. ano, zcela
2. ano, částečně
3. ne, důvodem této změny je

3. Poprvé jste souložila s nějakým mužem:

1. dosud nikdy
2. již ano, a to poprvé ve věku let

První pohlavní styk jste uskutečnila:

1. s náhodným partnerem
2. se stálým partnerem

V době prvního styku jste měla již zkušenosti s drogami:

1. ano
2. ne

Za celý život jste souložila:

1. dosud nikdy
2. již ano, a to celkem s muži (uved'te počet)

Pohlavní styk s příležitostným partnerem (na jednu noc) jste:

1. dosud nikdy neměla
2. měla, a to celkem s muži (uved'te počet)

4. Máte v současné době stálý partnerský vztah s mužem?

1. nemám
2. mám, a to v trvání měsíců

↳ **Užívá Váš partner drogy?**

1. ano
2. ne
3. nevím

5. V současné době byste potřebovala sexuální uspokojení(vybití):

1. nepotřebovala vůbec
2. potřebovala, a to měsíčně krát

V současné době jste sexuálně aktivní (dosahujete sexuálního vybití jakýmkoli způsobem tedy soulož, onanie atd.):

1. nejsem vůbec
2. jsem, a to měsíčně krát

Před tím, než jste začala pravidelně užívat drogy, potřebovala jste sexuální uspokojení:

1. nepotřebovala vůbec
2. potřebovala, a to měsíčně krát

Změnila se nějak Vaše potřeba sexuálního uspokojení v souvislosti s užíváním drog?

1. ne
2. ano, moje potřeba se snížila
3. ano, moje potřeba se zvýšila
4. ano, moje potřeba se nejprve snížila a pak zvýšila
5. ano, moje potřeba se nejprve zvýšila a pak snížila

6. Délku milostné přede hry při styku s partnerem odhadujete nyní v průměru na minut (uveďte počet minut)

Před užíváním drog bývala dle Vašeho odhadu tato doba

1. delší, a to asi min
2. kratší, a to asi min
3. stejná
4. nemohu porovnat, užívala jsem drogy už v době prvního sexuálního styku

Dobu trvání soulože s partnerem odhadujete nyní v průměru na minut (uveďte počet minut)

Před užíváním drog bývala dle Vašeho odhadu tato doba

1. delší, a to asi min
2. kratší, a to asi min
3. stejná
4. nemohu porovnat, užívala jsem drogy už v době prvního sexuálního styku

V porovnání s dobou před užíváním drog vnímáte obvykle nyní své pocitové vyvrcholení (orgasmus) při jakékoliv sexuální aktivitě jako

1. podstatně lepší
2. lepší
3. stejné
4. horší
5. podstatně horší

7. Používáte ochranu při styku se svým stálým partnerem?

1. nemám stálého partnera
2. nepoužívám
3. používám, a to:

	<i>vždy</i>	<i>občas</i>	<i>nikdy</i>
přerušovaný styk	1	2	3
kondom	1	2	3
antikoncepční pilulky.....	1	2	3
jinou	1	2	3
↳ jakou:			

Používala jste ochranu při styku se svým stálým partnerem před užíváním drog?

1. neměla jsem stálého partnera / užívala jsem drogy již v době prvního styku
2. nepoužívala jsem (pokračování na další straně)

3. používala, a to:

	<i>vždy</i>	<i>občas</i>	<i>nikdy</i>
přerušovaný styk	1	2	3
kondom	1	2	3
antikoncepční pilulky.....	1	2	3
jinou	1	2	3
↳ jakou:			

Používáte ochranu při styku s náhodnými partnery?

1. nemám náhodné sexuální styky
2. nepoužívám
3. používám, a to:

	<i>vždy</i>	<i>občas</i>	<i>nikdy</i>
přerušovaný styk	1	2	3
kondom	1	2	3
antikoncepční pilulky.....	1	2	3
jinou	1	2	3
↳ jakou:			

Používala jste ochranu při styku s náhodnými partnery před užíváním drog?

1. neměla jsem náhodné sexuální styky / užívala jsem drogy již v době prvního styku
2. nepoužívala jsem
3. používala, a to:

	<i>vždy</i>	<i>občas</i>	<i>nikdy</i>
přerušovaný styk	1	2	3
kondom	1	2	3
antikoncepční pilulky	1	2	3
jinou	1	2	3
↳ jakou:			

8. Měla jste v době před braním drog nějaké sexuální obtíže?

1. ano, a to (může být i více odpovědí):

příliš malá potřeba sexu	1.
vaginismus (křečovitě stažení svalstva poševního vchodu)	2.
potíže s dosažením vzrušení.....	3.
neschopnost dosáhnout vyvrcholení	4.
příliš velká potřeba sexu	5.
bolesti a nepříjemné pocity při souloži ...	6.
nedostatečné zvlhčení pochvy	7.
jiný problém	8.
↳ uveďte jaký:	

2. ne

Objevila se u Vás některá z níže uvedených sexuálních obtíží v souvislosti s užíváním drog?

1. ano, a to (může být i více odpovědí, pokračování seznamu na další straně):

příliš malá potřeba sexu	1.
vaginismus (křečovitě stažení svalstva poševního vchodu)	2.

- | | |
|---|----|
| potíže s dosažením vzrušení..... | 3. |
| neschopnost dosáhnout vyvrcholení | 4. |
| příliš velká potřeba sexu | 5. |
| bolesti a nepříjemné pocity při souloži ... | 6. |
| nedostatečné zvlhčení pochvy | 7. |
| jiný problém | 8. |
- ↳ uveďte jaký:

2. ne

Tyto obtíže se objevily poprvé po měsících užívání drog (uveďte počet měsíců od začátku užívání)

9. Poskytla jste někdy sexuální služby za peníze, drogy, či jinou úplatu?

1. ne
2. ano, výjimečně
3. ano, opakovaně

- ↳ **Pokud jste takovou službu někdy poskytla, bylo to:**
1. muži (mužům)
 2. ženě (ženám)
 3. oběma pohlavím

10. Měla jste někdy v životě pohlavní styk se ženou?

1. ne
2. ano, jedenkrát
3. ano, opakovaně, a to celkem s partnerkami (uveďte počet)

Považujete se za homosexuálně orientovanou (lesbičku)?

1. ne
2. nejsem si jista
3. ano

- ↳ **Pokud ano, trvalý partnerský vztah se ženou v současné době:**
1. mám
 2. nemám

Považujete se za bisexuálku?

1. ne
2. ano

11. Měla jste někdy v životě nebo nyní máte některou z pohlavně přenosných nemocí?

1. ano, měla/mám

↳ jednalo se/jedná se o (může být i více odpovědí):

kapavku	1.
syfilis	2.
kondylomata (fíčky)	3.
filcky (muňky)	4.
zánět močové trubice	5.
2. ano, ale nevím o jakou nemoc šlo/jde
3. ne

12. Změnila jste své sexuální chování v důsledku hrozby onemocnění AIDS nebo žloutenky typu B nebo C?

1. ne, nebylo co měnit, vždy jsem se chovala zodpovědně
 2. ne, i když by to bylo dobré
 3. ne, ani jsem o tom neuvažovala
- (pokračování na další straně)

4. ano, změnila

- ↳ jestliže ano, šlo o (může být i více odpovědí):
- | | |
|---|----|
| snížení počtu sexuálních partnerů (partnerek) | 1. |
| snížení počtu pohlavních styků | 2. |
| změnu způsobu sexuálního styku | 3. |
| pohlavní styky pouze s kondomem | 4. |
| přestala jste s pohlavními styky úplně | 5. |
| něco jiného | 6. |
- ↳ vyplňte co:

13. Byla jste testována na HIV?

1. ne
2. ano, jednou
3. ano, dvakrát
4. ano, třikrát a více
5. ano, pravidelně (alespoň 2x ročně)

Byla jste testována na žloutenku typu C?

1. ne
2. ano, jednou
3. ano, dvakrát
4. ano, třikrát a více
5. ano, pravidelně (alespoň 2x ročně)

Byla Vám někdy diagnostikována žloutenka typu C?

1. ne
2. nevím, neznám výsledek testu
3. ano, před měsíci

↳ **Pokud ano, změnila jste pak své sexuální chování?**

1. ne, nebylo co měnit, vždy jsem se chovala zodpovědně
2. ne, i když by to bylo dobré
3. ano, změnila

- ↳ jestliže ano, šlo o (může být i více odpovědí):
- | | |
|--|----|
| snížení počtu sexuálních partnerů (partnerek)..... | 1. |
| snížení počtu pohlavních styků | 2. |
| změnu způsobu sexuálního styku | 3. |
| pohlavní styky pouze s kondomem | 4. |
| přestala jste s pohlavními styky úplně..... | 5. |
| něco jiného | 6. |
- ↳ vyplňte co:

14. Byla jste někdy ve svém dětství (do 15 let) sexuálně zneužita (obtěžována dospělou osobou)?

1. nikdy nebyla
2. byla, a to jednou, ve věku let
3. byla opakovaně, od let věku

Byla jste někdy přinucena násilím nebo hrozbami k pohlavnímu styku?

1. nikdy nebyla
2. byla, a to jednou, ve věku let
3. byla opakovaně, poprvé ve věku let

Děkujeme Vám za trpělivost při vyplňování našeho dotazníku.