

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Gaziza Toxanbayeva

**Zmapování četnosti injekční aplikace dle typu návykové látky v období
jednoho měsíce u klientů nízkoprahových služeb**

**Mapping of frequency of injection application of clients of low-threshold
services in different addictive substances in the period of one month**

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Roman Gabrhelík, Ph.D.

Praha 2013

Identifikační záznam:

TOXANBAYEVA, Gaziza. *Zmapování četnosti injekční aplikace dle typu návykové látky v období jednoho měsíce u klientů nízkoprahových služeb [Mapping of frequency of injection application of clients of low-threshold services in different addictive substances in the period of one month]*. Praha. 2013, 45 s., Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. Lékařská fakulta, Centrum adiktologie. Vedoucí práce Mgr. Roman Gabrhelík Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze

Gaziza Toxanbayeva

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych velice poděkovala Mgr. Romanu Gabrhelíkovi Ph.D. za jeho odborné vedení, cenné rady, připomínky, ochotu a trpělivost, kterou měl při zodpovídání všech mých dotazů.

Také děkuji všem, kdo jakkoliv přispěli ke vzniku této práce. Zejména odborníkům i klientům, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření.

Děkuji své rodině za pomoc a podporu během celého studia.

ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno: Gaziza Toxanbayeva

Obor: Adiktologie

Rok imatrikulace: 2010

Vedoucí práce: Mgr. Roman Gabrhelík, Ph.D.

Oponent: Mgr. Jaroslav Vacek

Počet stran: 45

Název bakalářské práce:

Zmapování četnosti injekční aplikace dle typu návykové látky v období jednoho měsíce u klientů nízkoprahových služeb

Abstrakt:

V bakalářské práci na téma Zmapování četnosti injekční aplikace dle typu návykové látky v období jednoho měsíce u klientů nízkoprahových služeb, se zaměřuji na zjištění průměrného počtu injekčních aplikací v období jednoho měsíce a na odhad míry spotřeby injekčního materiálu užívateli návykových látek nízkoprahových služeb v Praze. V teoretické části práce se zabývám problematikou injekčního užívání a s tím spojených komplikací a minimalizací rizik problémového užívání drog a problematikou současných nízkoprahových služeb určených pro drogově závislé. V praktické části práce vycházím z dat, sebraných pomocí strukturovaného dotazníku mezi užívateli návykových látek. Zde se zabývám získáváním průměrného počtu injekčních aplikací, který činí přibližně dvě injekční aplikace denně, a to u všech typů drog, které se objevily jako primární, totiž pervitin, subutex, heroin. Z výsledku studie vyšlo, že získaný odhad spotřeby injekčního materiálu užívateli návykových látek je 3,5krát vyšší než distribuce výměnnými programy. V závěru práce diskutuji nad uvedenými výsledky s možnými návrhy řešení, které by mohly přispět ke zkvalitnění adiktologických služeb, respektive o významu dalších zdrojů injekčního materiálu v podobě lékáren a o důležitosti jejich zapojení do sítí adiktologických služeb.

Klíčová slova:

injekční užívání, injekční aplikace, četnost, kontaktní centra, terénní programy, distribuce injekčního materiálu

AJ

Title:

Mapping the frequency of injection by type of addictive substances in the period of one month for clients of low-threshold services

Abstract:

The goal of my bachelor thesis - Mapping the frequency of injection by type of addictive substances in the period of one month for clients of low-threshold services in Prague, is to point out on finding the average number of injecting drug applications in the period of one month and the consumption rate of injection material substance users of low-threshold services. In theory part my main focus is on problem injection use, complication connected with intravenous application, and with reducing risk and harm of this use. I also pay attention to drug low-threshold services. In the practical part is based from data collected using a structured questionnaire among substance users. Here I deal with raising the average number of injections, which is approximately two injection a day, in all types of drugs that have emerged as the primary, namely methamphetamine, subutex, heroin. A study came out, that the obtained estimate consumption injecting material substance users is about 3.5 times higher than the distribution of exchange programs. In conclusion, I discuss the results with possible suggestions that could help improve the quality of addiction services, or importance of other sources of injecting equipment in the form of pharmacy and the importance of their involvement in networks of addiction services.

Keywords:

injection use, injection application, frequency, distribution of injection material, contact centres, terrain programme

OBSAH

Identifikační záznam

Prohlášení

Poděkování

Abstrakt

1. Úvod	9
2. Cíl práce	10
3. Injekční užívání návykových látek	11
3.1. Pojem návyková látka.....	11
3.2. Dělení drog	11
3.3. Injekční užívání návykových látek v České Republice.....	12
3.4. Komplikace spojené s intravenózní aplikací návykových látek.....	13
3.4.1. Lokální komplikace spojené s intravenózní aplikací návykových látek	13
3.4.2. Orgánová a systémová postižení v souvislosti s intravenózním užíváním drog	13
3.4.2.1. Poškození cévního systému	13
3.4.2.2. Poškození dýchacího systému	14
3.4.3. Infekční choroby přenosné krví u injekčních uživatelů návykových látek.....	14
3.5. Minimalizace rizik v souvislosti s intravenózním užíváním drog, Harm Reduction ...	14
3.5.1. Harm reduction	14
3.5.2.1. Nízkoprahový přístup (volně dle Kaliny et al., 2003)	17
3.5.2.2. Nízkoprahové programy	18
3.5.3. Terénní programy	19
3.5.4. Kontaktní centra.....	20
3.5.5. Další programy spojované s přístupem Harm reduction	21
4. Problémové užívání – epidemiologie	22
4.1. Odhady prevalence problémového užívání drog.....	22
4.2. Žádosti o léčbu u uživatelů drog (dle Mravčík et al., 2012).....	24

5.	Distribuce injekčního materiálu intravenózním uživatelům drog v ČR	26
5.1.	Výměnné programy injekčních stříkaček a jehel.	26
5.2.	Lékárny ČR (dle Gabrhelik et al., 2009)	27
6.	Spotřeba injekčního materiálu uživateli návykových látek	29
6.1.	Zkoumaný soubor a proces získávání dat	29
6.2.	Metoda výzkumu	29
6.2.1.	Užité metody	29
6.2.2.	Respondenti dotazníkové studie	29
6.2.3.	Zpracování	31
6.3.	Výsledky výzkumu	31
7.	Diskuse	37
8.	Závěr	41
9.	Použitá literatura	42
10.	Příloha	45

1. Úvod

Ve své bakalářské práci na téma Zmapování četnosti injekční aplikace dle typu návykové látky v období jednoho měsíce u klientů nízkoprahových služeb v Praze bych chtěla poukázat na průměrný počet injekčních aplikací v období jednoho měsíce a na míru spotřeby injekčního materiálu intravenózními uživateli návykových látek.

Vybrala jsem si toto téma z důvodu nedostatku informace v oblasti spotřeby injekčního materiálu bezprostředně od samotných intravenózních uživatelů drog a zároveň mého osobního zájmu o tom, je-li nějaký vzorec injekčního užívání návykových látek, a zda-li četnost denní injekční aplikace se liší podle typu drog a dle času.

V teoretické části práci se orientuji na představení problému injekčního užívání návykových látek a s tím spojené komplikace. Dále se zaměřuji na minimalizace rizik v souvislosti s intravenózním užíváním drog a popisují programy spojované s přístupem harm reduction. Nadto charakterizují současné odhady uživatelů a s tím související epidemiologická data.

Data potřebná pro praktickou část bakalářské práce jsem získávala od klientů nízkoprahových služeb pomocí vytvořeného dotazníku. Zpracovávala jsem data s cílem odpovědět na výzkumné otázky. Takže ve druhé polovině své práci odhaduji celkový a průměrný počet injekčních aplikací uživateli návykových látek a jestli se tento počet liší dle typu návykové látky, a pomocí těchto dat se snažím najít poměr distribuce a spotřeby injekčního náčiní intravenózními uživateli drog. V neposlední řadě se zajímám, jestli jsou nějaké výkyvy injekčního užívání návykových látek v průběhu měsíce.

Také ve své práci rovněž zmíním i další úsudky, týkající se injekčního užívání drog, a to z dat sebraných pomocí dalšího zvláštního dotazníku pro pracovníky nízkoprahových zařízení.

Práce si nebere za úkol popsat kompletní problematiku injekčního užívání drog a s tím spojené spotřeby injekčního náčiní v celém jejich rozsahu. Spíše se jedná o pilotní studii, která se realizovala na relativně malém vzorku osob a v omezeném časovém úseku.

2. Cíl práce

Cílem mé bakalářské práce je zjištění průměrného počtu injekčních aplikací uživateli drog nízkoprahových služeb v Praze dle typu návykové látky v období jednoho měsíce.

Otázky odhalující hlavní cíl:

Jaký je celkový počet injekčních aplikací uživateli drog dle typu návykové látky v období jednoho měsíce?

Jaký je průměrný počet injekčních aplikací uživateli drog dle typu návykové látky v období jednoho měsíce?

Zda se průměrný počet injekčních aplikací liší u různých návykových látek?

Kolísají-li injekční aplikace uživateli drog v různých obdobích jednoho měsíce?

Zda distribuce injekčního materiálu intravenózním uživatelům drog odpovídá spotřebě?

3. Injekční užívání návykových látek

3.1. Pojem návyková látka

Pojmem návyková látka míníme každou chemickou látku, která má vliv na psychický stav a může vyvolat na sebe návyk a závislost. Lidé užívají návykové látky od samého začátku dějin. A užívají je k duchovním a léčebným účelům anebo pro útěchu, radost, povzbuzení. Jde o to, s jakým cílem a v jakém dávkování tu kterou látku člověk použije. Stejná látka může být v jednom případě léčivem, v jiném případě drogou.

Užívání návykové látky je složitý pojem, který zahrnuje nebezpečné užívání zákonem většinou nepovolené látky. Pojem návyková látka potkáváme v trestním zákoníku, kdy „návykovou látkou se rozumí alkohol, omamné látky, psychotropní látky a ostatní látky způsobilé nepříznivě ovlivnit psychiku člověka nebo jeho ovládací nebo rozpoznávací schopnosti nebo sociální chování“. V adikologické terminologii se rozlišujeme další pojmy, které splňují charakteristiky návykové látky. Pojem droga dle Zábranského je ilegální, nezákonné, státem nepodporovaná omamná nebo psychotropní látka.

Podle definice Jiřího Presla lze jako drogu chápat každou látku, ať už přírodní nebo syntetickou, která splňuje dva základní požadavky: 1) má tzv. psychotropní účinek, tj. ovlivňuje určitým způsobem naše prožívání okolní reality, mění se naše „vnitřní naladění“ – zkratky působí na psychiku; 2) může vyvolat závislost, má tedy tzv. „závislostní potenciál“, ten je u různých drog různě vyjádřen a může být menší nebo větší, ale přítomen je vždy (Zábranský, 2003).

3.2. Dělení drog

Existuje poměrně hodně způsobů dělení návykových látek. Na začátku bych chtěla zmínit klasifikace dle zákona. Podle legislativního hlediska dělíme drogy na legální, což jsou alkohol a tabák, a nelegální, jejichž užívání a šíření je postaveno mimo zákon. Dalším všeobecným kritériem rozdělení drog je míra návykovosti, podle níž rozlišujeme měkké a tvrdé drogy. Látky s vyšší mírou rizika jsou označovány jako „tvrdé“, látky s nižší mírou jako drogy „měkké“. Do skupiny měkkých drog bývá řazena především marihuana, hašiš, káva a čaj. Mezi tvrdé drogy patří toluen, heroin, morfin, crack, kokain, pervitin, alkohol, ecstasy, LSD atd. (Kalina et al., 2008).

Ve své práci bych chtěla podotknout systém dělení psychotropních látek, který se nejčastěji používá v epidemiologii. Dle Zábranského podle tohoto systému diferencujeme tři typů klasifikace:

- 1) podle vzniku (přírodní, semisyntetické a syntetické)
- 2) podle typu působení a chemického složení (tlumivé látky, stimulancia, halucinogeny)
- 3) podle stupně společenské nebezpečnosti (podle závažnosti společenských následků).

Důležitým bodem v členění návykových látek je rozdělení podle způsobu užívání, který se u různých skupin drog liší. Aplikace je způsob podávání, tj. cesta, kterou je látka zavedena do těla. Obecně se rozlišuje podávání látky: 1) kouřením (marihuana, hašiš, kokain a heroin); 2) šňupáním (kokain, heroin, pervitin); 3) inhalací výparů (toluen); 4) injekčním užíváním – tento způsob užívání je nejvíce rizikový (pervitin, heroin, subutex atd.); 5) ústy – spolknutím nebo vstřebáváním sliznicí (extasy, LSD).

3.3. Injekční užívání návykových látek v České Republice.

Některé drogy, nejčastěji opiáty (heroin, subutex) a amfetaminy (pervitin), si uživatelé návykových látek bez zdráhání aplikují nitrožilně.

Oproti dalším evropským zemím je v České republice bohužel injekční aplikace mezi uživateli návykových látek velmi oblíbená. V západních zemích sahají uživatelé k injekční aplikaci až na konci své drogové kariéry, v momentě, kdy jsou téměř na dně, zatímco v Čechách řada mladých lidí přistoupí často k injekční aplikaci již při prvním setkání s drogou ze skupiny opiátů nebo amfetaminů (www.emcdda.europa.eu).

V České republice se injekčně užívá především ze skupiny amfetaminů výhradně pervitin, opiáty jsou především heroin a zneužívaný buprenorfin.

Injekční aplikace je spolehlivě nejrizikovější způsob užívání drog, neboť dochází k vpravení toxické látky včetně všech nežádoucích příměsí a mikroorganismů přímo do krevního řečiště. Choroboplodné zárodky mohou být krevním oběhem zaneseny i do vzdálených orgánů (Kalina et al., 2003).

Injekční užívání drog je společným jmenovatelem pro výskyt nejzávažnějších zdravotních poškození spojených s užíváním drog. Hlavní rizika představují choroby ohrožující život, např. HIV, žloutenka typu B a C, tuberkulóza a endokarditida, či komplikace typu abscesů a předávkování, která nekončí smrtí uživatele. Injekční uživatele drog jsou také jedním ze zdrojů šíření infekčních nemocí v širší populaci, která drogy injekčně neužívá (Korčišová et al., 2004).

3.4. Komplikace spojené s intravenózní aplikací návykových látek

3.4.1. Lokální komplikace spojené s intravenózní aplikací návykových látek

Povrchové neboli lokální infekce, které postihují kůži, sliznice a měkké tkáně častokrát se objevují jako důsledek nitrožilního užívání drog. Většinou jde o kožní infekce a infekce podkožních měkkých tkání. Klinicky se projevuje jako kožní ulcerace, často i velmi rozsáhlé, impetigo, povrchní i hluboké abscesy a flegmony, povrchové záněty žil (Kalina et al., 2003).

Při povrchových zánětech bývá přítomno zarudnutí a otok, hnisavá sekrece s tvorbou zarudlých, žlutavých krust. Celkové příznaky jaké jsou horečka a schvácenost nebývají přítomny. Pro absces a flegmonu je charakteristické hnisavé roztavení postižené tkáně, rozdíl je v ohraničenosti procesu. Lokálně bývá přítomno bolestivé zarudnutí, výraznější je u flegmony. Obě formy bývají provázeny celkovými příznaky infekce, vážným příznakem jsou horečky septického charakteru.

Komplikace hnisavých onemocnění mohou být místní a celkové. Místně se může hnisavý proces rozšířit na lymfatickou tkáň a žíly. Z místního postižení pak mohou vznikat potíže celkové. Lymfatickou cestou se bakterie mohou dostat do krevního oběhu a vyvolat sepsi. Při postižení žíly se tvoří infikované tromby, které se mohou uvolnit a způsobit septický infarkt nebo metastatický absces (Kalina et al., 2008).

3.4.2. Orgánová a systémová postižení v souvislosti s intravenózním užíváním drog

3.4.2.1. Poškození cévního systému

Při injekční aplikaci drog vždy dochází k poškození cévního systému. Aplikace nesterilních roztoků s nevyhovujícími fyzikálně-chemickými vlastnostmi vedou k tromboflebitidě. Opakovaně probíhající záněty vedou ke ztluštění cévní stěny a zúžení cévy (Kalina et al., 2008).

Tromboflebitidy hlubokého žilního systému většinou na dolních končetinách se klinicky projevují výrazným otokem a bolestivostí, která často znemožňuje chůzi. Při utržení krevní sraženiny dojde k masivní plicní embolii a k srdečnímu selhání. Závažnou komplikací intravenózního užívání drog je vytvoření aneurysmatu. Obvyklými klinickými příznaky, které vznik aneurysmatu provázejí, jsou bolestivost a pulzující resistence v dané lokalizaci, celkové příznaky zánětu (Kalina et al., 2003).

K méně častým kardiovaskulárním komplikacím patří bakteriální endokarditida. Je vyvolána bakteriemi, které se zachytí z proudící krve na nástěnném nebo chlopňovém endokardu. Stav je

doprovázen celkovou septickou reakcí. Endokarditida vede ke ztluštění srdeční nitroblány a k poškození chlopní zvláště levého srdce a k poruše funkce srdeční pumpy (Kalina, et al., 2008).

3.4.2.2. Poškození dýchacího systému

Plicní postižení patří u intravenózních uživatelů drog k nejčastějším. Uživatelé opiátů mají větší sklon k zápalům plic v důsledku hypoventilace plicních okrsků hlavně v okolí páteře. Možnou komplikací u těchto pacientů je akutní plicní otok. Pevné částičky obsažené v roztoku určeném k injekční aplikaci jsou krví zaneseny až do plicních kapilár a způsobují mikroembolizaci. Cizorodé částičky vyvolávají zánětlivé reakce – pneumonitidy (Kalina et al., 2008).

3.4.3. Infekční choroby přenosné krví u injekčních uživatelů návykových látek

Infekční choroby přenášené krví patří k nejčastějším a současně nejzávažnějším komplikacím injekční aplikace drog, v této souvislosti jde nejčastěji o infekce virem hepatitidy B a C a infekci HIV. Nákaza virem HIV vede k postupnému selhání imunity. K infekci dochází krevní cestou, pohlavním stykem a vertikálně. Infikovaná osoba je nakažlivá prakticky okamžitě po vniknutí HIV do organismu a jeho pomnožení ve vnímavých buňkách, tedy ještě v inkubační době a před rozvojem akutní infekce, nakažlivou zůstává do konce života. V přenosu infekce virem hepatitidy B (HBV) se uplatňuje cesta sexuální, krevní a vertikální. Uživatelé drog jsou významnou skupinou, ve které výskyt přetrvává. Onemocnění je charakterizované rozvojem akutního stadia s celkovými příznaky – únavou, chřipkovými příznaky, světlou močí a tmavou stolicí, včetně rozvoje ikteru. Avšak často onemocnění probíhá aniktericky, případně i zcela bezpříznakově. V přenosu infekce virem hepatitidy C (HCV) se uplatňuje zejména přenos krevní cestou, u injekčních uživatelů drog tedy přenos injekčními stříkačkami, jehlami a dalšími pomůckami k aplikaci kontaminovanými infikovanou krví. Onemocnění je charakteristické bezpříznakovým průběhem a výraznou tendencí k přechodu do chronicity (Kalina et al., 2008).

3.5. Minimalizace rizik v souvislosti s intravenózním užíváním drog, Harm Reduction

3.5.1. Harm reduction

Mnoho lidí v celém světě užívá psychoaktivní látky navzdory všem negativním důsledkům a rizikům pro zdraví. Hodně uživatelů návykových látek nejsou schopni anebo ochotni se drog ze dne na den vzdát. Takže nejsou ochotni anebo schopni nastoupit na léčbu. Proto je zapotřebí poskytnout uživatelům psychoaktivních látek možnost snížit rizika, která vyplývají

z pokračujícího užívání drog a odstranit úhon, kterým by tito lidé mohli způsobit sobě a druhým. Tato možnost, která je zaměřena na snížení škod a minimalizace rizik z užívání návykových látek je základním prvkem přístupu Harm reduction, který vznikl z přístupu „public health“. Avšak na rozdíl od přístupu „public health“, který akcentuje ochranu zdraví celé společnosti, klade přístup „harm reduction“ důraz na individuální potřeby uživatele drog. Nicméně harm reduction služby poskytované jak uživatelům drog tak i neuživatelům, především osobám blízkým samotným uživatelům, za účelem snížení škod vyplývajících z užívání drog.

Harm reduction lze definovat jako koncepce, programy a činnosti směřující primárně k minimalizaci nepříznivých zdravotních, sociálních a ekonomických dopadů užívání legálních a nelegálních psychoaktivních látek, aniž by nutně docházelo k snižování jejich spotřeby.

Koncept harm reduction se opírá o principy, na kterých jsou založeny programy a politika minimalizace škod. Kanadské centrum věnující se problematice návykových látek (CCSA 1996, in Hunt, 2003) nabízí následující principy (volně dle Hunt, 2003; Kalina et al., 2008):

a) Pragmatická: Harm reduction akceptuje, že látky měnící vědomí jsou běžným prvkem lidské zkušenosti. Je známo, že drogy s sebou nesou určité riziko, ale na druhé straně také uživateli přinášejí určité pozitivní zážitky. Proto je třeba brát na vědomí jak pozitiva, tak negativa užívání drog, aby bylo možné porozumět chování uživatelů.

b) Humanistické hodnoty: rozhodnutí uživatele drog užívat je akceptováno jako fakt. Neznamená to však schvalování užívání. Uživatel není odsuzován moralistickými soudy, ale není také podporován ve svém užívání. Jsou respektována práva a důstojnost uživatele.

c) Zaměření na poškození: prioritou je snížit negativní dopady užívání přímo u uživatele a jeho okolí než se snažit snížit užívání jako takové. Harm reduction nevylučuje, ale ani neprosazuje abstinenci jako dlouhodobý cíl. V některých případech může být snížení dávek jednou z nejúčinnějších forem harm reduction, jindy může být efektivní změna způsobu užívání.

d) Zvažování nákladů a přínosů: je uplatňován proces identifikace, měření a vyhodnocování problémů a poškození souvisejících s užíváním, a prováděná hodnocení nákladů a přínosů intervencí je pak možné zaměřit na priority. Rámec analýzy přesahuje bezprostřední zájmy uživatelů a tím pádem patří širší komunitě a týká se společenských zájmů.

e) Zaměření na bezprostřední cíle: většina programů harm reduction mají vytvořený systém (hierarchie) cílů, které jsou vztaženy k jednotlivcům, cílové skupině a komunitě tak,

aby odpovídaly na aktuální potřeby. Dosažení bezprostředního a realistického cíle je obvykle prvním krokem k bezpečnému užívání nebo k abstinenci.

Na základě těchto principů Lenton a Single (1998) se domnívají, že politika, programy a intervence mohou být vykládány jako harm reduction, pokud:

- Primárním cílem je snížení škod v důsledku užívání drog, než snížit užívání drog jako takové
- Strategie minimalizace škod musí být přítomny i v rámci programů orientovaných na abstinenci
- Strategie snížení škod mají prokázat svou efektivitu: je víc pravděpodobné minimalizace rizik než úplná abstinence.

Z výše napsaného je možné shrnout přístup harm reduction, který:

- se vyhýbá zhoršování poškození způsobeného užíváním drog
- zachází s uživateli drog s důstojností a jako s lidskými bytostmi
- maximalizuje možnosti intervence
- je založen na upřednostňování dosažitelných cílů
- je neutrální k legalizaci nebo dekriminlizaci
- je jasně odlišený od války proti drogám

The International Harm Reduction Association (IHRA) předkládá, že „v rámci harm reduction by měl být zahrnut alkohol, tabák, léky na předpis, nelegální drogy a těkavé látky“ (Kalina et al., 2008).

Programy harm reduction zastávají pragmatický a realistický přístup k problematice užívání drog. U injekčních uživatelů drog, - které nejsou motivováni k léčbě a abstinenci, se užívá soubor aktivit, z nichž nejvýznamnější jsou výměnné programy injekčních stříkaček a jehel, programy primární zdravotní péče a substituční udržovací léčba (např. metadonem)-program schválený a podporovaný MZ, dále se provádí testy na infekční choroby a HIV/AIDS, preventivní očkování drogově závislých, akutní lékařská péče, udržovací léčba je jednou z nejdůležitějších intervencí prevence relapsu. V současné době se začíná nabízet další typ služeb – testování tanečních drog včetně osvěty.

Všeobecné uznání těchto programů společností, lze chápat jako vysoce humánní přijetí odpovědnosti za člověka. Tyto služby vyžadují multidisciplinární týmy, jejich další vzdělávání a

výměnu zkušeností a vysokou motivaci pro složitou práci se specifickými potřebami klientů/pacientů (Návrh strategie protidrogové politiky kraje Vysočina na období 2002 – 2004).

3.5.2. Harm Reduction v nízkoprahových službách

Snižování rizik je již od roku 1993 jednou z hlavních oblastí české protidrogové politiky. Opatření směřující ke snižování zdravotních rizik spojených s užíváním drog provádějí především nízkoprahová zařízení pro uživatele drog (Mravčík et al., 2009).

3.5.2.1. Nízkoprahový přístup (volně dle Kaliny et al., 2003)

Harm reduction uplatňuje nízkoprahový přístup, což znamená, že na klienty nejsou kladeny předběžné a pro ně častokrát nereálné požadavky, například aktuální abstinence nebo omezení frekvence či způsobu užívání. Kromě toho není potřeba klienty ani identifikovat, nezjišťuje se jejich národnost a sociálně-ekonomický status. Právě nízkoprahový přístup naplňuje takový odborný program, který je přístupný komukoli bez dalších nároků či stanovených omezení.

Základním cílem je oslovit a navázat kontakt s co největším počtem osob, které užívají drogy nebo s jejich příbuznými a kamarády. Splněním tohoto cíle je nejen zapojení zjevné drogové populace ale i latentní, což má velký význam pro protidrogovou politiku a ochranu veřejného zdraví.

Do kontaktu s nízkoprahovými službami může vstoupit v podstatě kdokoli v pracovní době. Je zachována anonymita, v případě jestli jsou známá jména, což se stává zřídka a za určitým cílem.

Nízkoprahové služby pracují s klientem tam, kde právě je, v tom stavu, v jakém je, a za podmínek, na nichž se s ním dohodnou podle jeho potřeb. Proto většina programů zajišťuje služby během poledních a večerních hodin, navíc některé z nich poskytují služby i o víkendu.

Důležitým bodem je, že každý nízkoprahový program má nenáročná stanovená pravidla pro udržení pořádku a klidu při poskytování služeb.

Významným znakem nízkoprahovosti je individuální přístup ke každému klientovi programu. Neexistuje žádný mustr pro práci s touto klientelou, pracovníci zjišťují potřeby každého uživatele, se kterým přijdou do kontaktu a dle zjištěných informací dále volí způsob intervence a hledají spolu s klientem možná řešení.

Právě tyto zásady nízkoprahového přístupu dovolují se stát pracovníkovi nízkoprahových služeb vůbec prvním odborníkem, se kterým uživatel drog hovoří o své situaci.

3.5.2.2. Nízkoprahové programy

Nízkoprahové programy je třeba chápat jako velmi důležitou součást systému péče o uživatele drog. V posledních letech je zřetelný nárůst počtu klientů v kontaktu s nízkoprahovými programy. Odhadem je s nimi v kontaktu cca 70% problémových uživatelů drog, v Praze až 80%, což znamená, že tyto programy pracují s nejširší skupinou klientů (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2012).

Díky tomu, že tyto programy pracují se všemi uživateli, kteří mají o nabízené služby zájem, vzniká tak různorodá skupina klientů-uživatelů. Proto druh a objem poskytovaných služeb se v jednotlivých nízkoprahových programech liší, nicméně každý program zaručuje minimální kvalitu služeb.

Nízkoprahové programy jsou službou prvního kontaktu. Proto úkolem pracovníků těchto programů je předat klientovi základní informace o nabízených službách a obecně o samotném programu. Důležitým bodem je dosažení cíle nabídnout klientovi důvod, proč a za jakých podmínek může program využívat nadále, čímž se dá udržet klienta v kontaktu se službou a tím sloužit tak zvanou „bránou“ do dalších složek systému péče o uživatele drog. Do adiktologických služeb spadá zejména substituční programy, ambulantní a rezidenční léčebné programy. Dalšími službami jsou sociální a zprostředkování odborné lékařské pomoci.

V rámci nízkoprahových služeb v ČR jsou harm reduction opatření realizována především pomocí výměny injekčního materiálu, distribuce kondomů, poskytování/zprostředkování testování na infekční choroby a distribuce informací o rizicích spojených s užíváním drog. Cílovou populací nízkoprahových zařízení jsou problémoví uživatelé drog, experimentátoři a jejich rodiny a blízcí (Mravčík et al., 2011).

Mezi základní cíle nízkoprahových programů patří zvyšování informovanosti klientů o účincích drog, snižování počtu předávkování, omezení šíření infekčních onemocnění, zvyšování motivace klientů k méně rizikovému chování a ke změně životního stylu směrem k abstinenci (Kalina et al., 2008).

Sítí nízkoprahových programů v ČR tvoří kontaktní centra a terénní programy. Jejich počet je v posledních letech relativně stabilní, v roce 2011 jich působilo celkem 99 (Mravčík et al., 2011). Většina nízkoprahových programů v ČR používá stejný systém sběru dat, kdy klientovi přidělen kód a na jeho základě jsou dále sledována a sbírána data o populaci klientů a o využívání služeb. K uchování a zpracování dat je používána databáze FreeBase (www.freebase.drogy-info.cz).

3.5.3. Terénní programy

Podle Standardů odborné způsobilosti terénní programy jsou služby prvního kontaktu v terénu včetně komplexního programu „harm reduction“ s cílem ovlivnit motivaci pacienta/klienta ke změně životního stylu, rizikového chování a k vyhledání příslušných odborných zařízení (Standardy služeb pro uživatele drog, 2013).

Terénní programy jsou realizovány přímo „na ulici“, tedy tam, kde se klienti pohybují. Klientům jsou poskytovány aktuální informace o rizicích spojených s užíváním drog a o možnostech jejich snižování, probíhá výměna stříkaček a jehel, distribuce kondomů a dezinfekčních prostředků. Navíc jsou klientům poskytovány informace o dostupných programech péče a léčby (Matoušek et al., 2005).

Specifikem terénního programu je to, že služby uživatelům jsou nabízeny aktivně, pracovníci vyhledávají a oslovují potenciální klienty. Cílem terénní práce je tedy vyjít vstříc cílové skupině populace.

Pracovník za klientem přichází do jeho přirozeného prostředí a díky tomuto, pracovník terénních programů tak mohou pružně reagovat na přesun cílové skupiny do jiné lokality.

Terénní práce se snaží oslovit co nejvíce „skrytých“ uživatelů drog a poskytnout jim potřebné prostředky a ovlivnit je s cílem: a) podpořit změny chování, a b) udržet tyto změny, jakmile nastanou.

Cílovou populací terénního programu jsou uživatelé drog, kteří nejsou v kontaktu se zdravotním a sociálním zařízeními, uživatelé drog s rizikem získání infekce HIV a hepatitid, nezletilé a mladistvé uživatele drog, prostituující uživatelé drog, bezdomovci, etnické menšiny a další populace se zvýšeným rizikem (Standardy služeb pro uživatele drog, 2013).

Výběr cílové populace by měl být proveden na základě potřeby jednotlivců z hlediska služeb, nikoli pouze na základě jejich statutu „uživatelů drog“ nebo „nitrožilních uživatelů drog“ nebo proto, že jsou snadno dosažitelní. Hlavním smyslem terénní práce je navázat nové kontakty právě s těmi uživateli drog, kteří tyto služby nejvíc potřebují (Rhodes, 1999).

Terénní programy poskytují služby (Kalina et al., 2008):

- výměna injekčního materiálu,
- informační servis,
- sociální a zdravotní poradenství,
- poradenství a krizová intervence, asistenční služba

3.5.4. Kontaktní centra

Podle zákona 108/2006Sb. – o sociálních službách, § 59: kontaktní centra jsou nízkoprahová zařízení poskytující ambulantní, popřípadě terénní služby osobám ohroženým závislostí na návykových látkách. Cílem služby je snižování sociálních a zdravotních rizik spojených se zneužíváním návykových látek.

Standardy odborné způsobilosti definují kontaktní centra jako kontaktní služby, které zahrnují poradenství a motivační trénink, programy „harm reduction“, diferenciatně diagnostický filtr a zprostředkování léčby v nízkoprahových kontaktních centrech, poradenských a preventivních centrech.

Důležitým momentem je, že kontaktní centra jsou určena klientům s nízkou motivací k léčbě. Abstinence není podmínkou spolupráce klienta se zařízením. Podstatným principem je respektování volby klienta: ať se rozhodne pro abstinenci nebo pro život s drogou, vždy je třeba mu nabídnout terapeutickou intervenci, zdravotní a sociální pomoc. Kontaktní centra jsou charakterizována nízkoprahovostí, teda je tam zaručena anonymita, čímž dochází k odbourání stigmatizace z návštěvy odborné instituce, dochází k navazování kontaktu a budování důvěry mezi klientem a pracovníky (Kalina et al., 2003).

Spektrum služeb v kontaktních centrech zahrnuje:

- kontaktní práce

Navázání a prohlubování kontaktu s uživateli drog, minimalizace zdravotních a sociálních rizik, spojených s užíváním drog (předávání informací, nabídka kontaktů, nabídka asistenční služby – doprovodu, poskytování informací o stavu klienta, rizicích spojených s užíváním návykových látek, edukace o bezpečnějším užívání drog).

- výměnný program
- základní zdravotní péče

Základní zdravotní ošetření drobných poranění, lehčích forem abscesů, běžných virových onemocnění, testování na HIV, VHB, VHC.

- základní poradenství

Situační poradenství (např. nařízení k výkonu trestu obecně prospěšných prací)

- strukturované poradenství a motivační trénink
- sociální práce

- doplňkové služby, včetně kterých je hygienický servis, potravinový servis, vitaminový servis.

Součástí služeb je zhodnocení psychosociálního stavu klienta, stanovení individuálního plánu péče a cílů práce, uzavření kontaktu a jeho průběžné revidování.

Významným je postavení kontaktních center v systému adiktologických služeb, které spočívá v tom, že jsou „dveřmi do systému služeb“. Kontaktní centra mohou hodnotit aktuální stav uživatele, vybrat pro něj vhodnou léčbu, případně mu zprostředkovat nástup do léčby.

3.5.5. Další programy spojované s přístupem Harm reduction

Kromě dvou základních programů, které jsou spojovány s přístupem minimalizace škod (terénní služby a kontaktní centra), z tohoto přístupu vychází substituční programy, terénní práce na tanečních akcích a aplikační místnosti.

Aplikační místnosti byly definovány jako chráněná místa pro hygienickou aplikaci přinesených drog v nehodnotícím prostředí a pod dohledem školeného personálu. V současné době v ČR zatím nebyla taková aplikační místnost zřízena, i když například Praha takové zařízení mohla využít. Aplikační místnosti v dnešní době existují v Australii, Kanadě, Švýcarsku, Nizozemsku, Španělsku, Norsku a Lucembursku (Kalina et al., 2008).

4. Problémové užívání – epidemiologie

Problémové užívání drog zahrnuje podle definice Evropského monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti (EMCDDA) injekční užívání drog a/nebo dlouhodobé či pravidelné užívání opiátů a/nebo drog amfetaminového typu a/nebo kokainu. V ČR ze skupiny amfetaminů se vyskytuje téměř výhradně pervitin (metamfetamin), opiáty zahrnutými v ČR do odhadů problémového užívání jsou především heroin a zneužívaný buprenorfin. Kromě toho se v menší míře mezi problémovými uživateli drog vyskytuje užívání surového opia a narůstá zneužívání analgetik obsahujících opiáty/opioidy, jako je fentanyl či morfin. Kokain není v ČR do odhadů problémového užívání drog vzhledem ke stále velmi nízkým počtům uživatelů kokainu zachycených v léčbě či jiných informačních zdrojích (Chomynová et al., 2012).

Počet problémových uživatelů drog odhadovaný multiplikací počtu klientů nízkoprahových programů v roce 2011 dosáhl 40,2 tis. osob. Na nárůstu se podílejí především uživatelé pervitinu (30,9 tis.), u opiátů došlo k dalšímu poklesu (na 9,3 tis.). Odhadovaný počet injekčních uživatelů drog se zvýšil na cca 38,6 tis.

Kraji s nejvyšším počtem problémových uživatelů drog a zároveň s nejvyšším počtem uživatelů opiátů jsou jako obvykle Hlavní město Praha a Ústecký kraj. Zejména v Praze a v dalších krajích Čech je rozšířeno injekční užívání buprenorfinu (zejména Subutexu). Běžné je také kombinování pervitinu a opiátů (Mravčík et al., 2012).

4.1. Odhady prevalence problémového užívání drog

V roce 2011 stejně jako v minulých letech byl proveden odhad počtu problémových uživatelů drog v ČR multiplikační metodou s použitím dat o klientech v nízkoprahových programech.

Multiplikační metoda spočívá v co nejpřesnějším zjištění velikosti definované podskupiny populace problémových uživatelů drog, zjištění poměru mezi velikostí celé této populace a podskupiny a jeho vztažení na tuto populaci v měřítku širším (www.drogy-info.cz).

V roce 2011 bylo v ČR přibližně 40 200 problémových uživatelů drog, z toho 30 900 (29 900 – 31 900) uživatelů pervitinu, 4700 uživatelů heroinu a 4600 (4300 – 4850) uživatelů buprenorfinu (především Subutexu). Uživatelů opiátů bylo tedy odhadnuto celkem 9300 (8800 – 9750). Počet injekčních uživatelů byl odhadnut na 38 600 (37 300 – 39 900) – tabulka 1.

Nově byl proveden prevalenční odhad problémového užívání drog pomocí metody zpětného záchytu za rok 2006 a 2007 s použitím dat z léčebných zdrojů – databáze Všeobecné zdravotní

pojišťovny, dat u Národního registru uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek a dat z informačního systému Infekční nemoci. Pro rok 2006 bylo odhadnuto cca 23,9 tis. a pro rok 2007 cca 31 tis. problémových uživatelů drog. Ukázalo se, že odhady jsou statisticky srovnatelné s odhady získanými multiplikační metodou z dat z nízkoprahových zařízení (Mravčík et al., 2012).

Trendy v roce 2002 – 2011 zachycuje tabulka 1. Celkový počet problémových uživatelů drog se v roce 2011 statisticky nevýznamně zvýšil. Statisticky významné změny lze však pozorovat u jednotlivých drog – u opiátů/opioidů došlo k dalšímu významnému meziročnímu poklesu a u pervitinu k dalšímu nárůstu. V průběhu 4 let tak došlo k nárůstu středního odhadu počtu uživatelů pervitinu přibližně o třetinu a statisticky významný je v tomto období i celkový nárůst problémového užívání drog.

Tabulka 1: Střední hodnoty prevalenčních odhadů problémového užívání drog provedených multiplikační metodou za použití dat z nízkoprahových programů v l. 2002–2011 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2012a)

Rok	Problémoví uživatelé drog celkem		Problémoví uživatelé opiátů/opioidů				Problémoví uživatelé pervitinu		Injekční uživatelé drog	
	Počet	Na 1 000 os. 15–64 let	Uživatelé heroinu	Uživatelé buprenorfinu	Celkem	Celkem na 1 000 os. 15–64 let	Počet	Na 1 000 os. 15–64 let	Počet	Na 1 000 os. 15–64 let
2002	35 100	4,89	-	-	13 000	1,85	21 800	3,04	31 700	4,41
2003	29 000	4,02	-	-	10 200	1,41	18 800	2,61	27 800	3,86
2004	30 000	4,14	-	-	9 700	1,34	20 300	2,80	27 000	3,73
2005	31 800	4,37	-	-	11 300	1,55	20 500	2,82	29 800	4,10
2006	30 200	4,13	6200	4300	10 500	1,44	19 700	2,69	29 000	3,97
2007	30 900	4,20	5750	4250	10 000	1,36	20 900	2,84	29 500	4,01
2008	32 500	4,39	6400	4900	11 300	1,52	21 200	2,87	31 200	4,21
2009	37 400	5,04	7100	5100	12 100	1,63	25 300	3,40	35 300	4,75
2010	39 200	5,30	6000	5000	11 000	1,48	28 200	3,81	37 200	5,03
2011	40 200	5,51	4700	4600	9 300	1,27	30 900	4,24	38 600	5,29

Zdroj: Mravčík et al., 2012; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice za rok 2011

Prevalenční odhady problémového užívání drog podle krajů zobrazuje tabulka 2. Nejvyšší relativní počet problémových uživatelů drog je tradičně odhadován v Praze a Ústeckém kraji, tedy současně v oblastech s vysokým výskytem problémových uživatelů opiátů.

Tabulka 2: Prevalenční odhady problémových uživatelů drog v ČR v r. 2011 podle krajů – střední hodnoty (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2012a; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2011a)

Kraj	Počet problémových uživatelů celkem	Počet uživatelů opiátů			Počet uživatelů pervitinu	Počet IUD
		Heroin	Subutex	Celkem		
Hl. m. Praha	10 900	2 200	3 300	5 500	5 400	10 900
Středočeský	2 100	200	500	700	1 450	2 150
Jihočeský	1 300	50	150	150	1 150	1 300
Plzeňský	1 900	350	50	400	1 500	1 850
Karlovarský	1 200	50	0	50	1 150	1 200
Ústecký	6 200	500	450	1 000	5 200	6 200
Liberecký	2 800	<50	<50	<50	2 750	2 700
Královéhradecký	1 100	50	50	100	950	1 050
Pardubický	400	<50	<50	50	400	400
Vysočina	600	50	50	50	550	550
Jihomoravský	4 000	1 100	<50	1 100	2 900	3 700
Olomoucký	3 200	50	0	50	3 150	2 700
Zlínský	2 500	<50	<50	<50	2 500	2 150
Moravskoslezský	2 000	150	<50	150	1 850	1 750
Celkem ČR	40 200	4 700	4 600	9 300	30 900	38 600

Zdroj: Mravčík et al., 2012; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice za rok 2011

4.2. Žádosti o léčbu u uživatelů drog (dle Mravčík et al., 2012).

V roce 2011 do Registru žádostí o léčbu nahlásilo údaje o svých klientech 205 zařízení (65 nízkoprahových programů, 70 zdravotnických ambulancí, 23 nezdravotnických ambulancí a 47 pobytových zařízení) z celkem 273 registrovaných. Nejvíce navštěvovanějším typem zařízení byla nízkoprahová centra, jejichž klienti tvořili stejně jako v minulých letech více než polovinu registrovaných (více než 58% prvožadatelů a 53% všech žadatelů).

V roce 2011 bylo nahlášeno celkem 9284 uživatelů drog, tj. o 279 více než v roce 2010. Z toho 4512 osob požádalo o léčbu poprvé, což je o 150 prvožadatelů více než v roce 2010.

Mezi nově evidovanými uživateli drog bylo 3089 mužů (68,5%) a 1412 žen (31,2%), u 11 osob nebylo pohlaví uvedeno. Mezi všemi léčenými klienty bylo 6348 mužů (68,4%) a 2908 žen (31,3%), u 28 osob nebylo pohlaví uvedeno.

Mezi prvožadateli jsou nejčastěji užívanými drogami stimulantia (69,3% ze všech nově evidovaných klientů), zejména pervitin (69,1%). Dalšími nejčastějšími drogami byly kanabinoidy (18,6%) a opiáty (9,8%), zejména heroin (6,0%).

Mezi všemi klienty léčenými v průběhu roka 2011 byly nejčastěji užívanými drogami také stimulantia (64,9%), zejména pervitin (64,6%). Druhou nejčastěji užívanou drogou byly opiáty (19,3%), především heroin (12,1%).

Nejvyšší počet žadatelů v přepočtu na 100 tisíc obyvatel byl evidován v Olomouckém kraji (177,5 na 100 tisíc obyvatel), dále v Ústeckém kraji (151,4), na Vysočině (139,0) a v Praze (121,1).

Zastoupení mužů a žen je mezi žadateli o léčbu dlouhodobě stabilní a odpovídá poměru 2:1. Muži vykazují nejvyšší podíl mezi všemi léčenými uživateli konopných látek (76%) a těkavých látek (73%). Ženy vykazují nejvyšší podíl ve skupině uživatelů sedativ a hypnotik (39%).

Průměrný věk byl v roce 2011 u prvožadatelů 25,7 roku a 27,4 roku u všech žadatelů o léčbu.

V roce 2011 bylo mezi žadateli o léčbu 8368 (90,1%) a mezi prvožadateli 3884 (86,1%) problémových uživatelů drog. Přetrvává vysoký podíl injekčních uživatelů drog mezi žadateli o léčbu – injekční aplikaci drogy uvedlo 6155 (66,3%) všech žadatelů a 2578 (57,1%) prvožadatelů o léčbu, což oproti roku 2010 představuje mírný pokles.

Denní užívání drogy uvedlo 2591 žadatelů, dalších 2205 užilo drogu 2 až 6krát týdně (27,9%, resp., 23,8%). Drogu užívalo denně 37,0% uživatelů heroinu, 21,0% uživatelů pervitinu a 65,6% uživatelů buprenorfinu.

Tabulka 3: Vybrané charakteristiky prvožadatelů v l. 2002–2011 a všech žadatelů o léčbu v l. 2002–2011 (Studničková and Petrášová, 2012)

Rok	Počet klientů celkem	Z toho v %			
		Problémoví uživatelé drog	Injekční uživatelé drog	Osoby do 19 let	Ženy
Prvožadatelé					
2002	4 719	73,6	58,5	42,4	32,7
2003	4 158	76,9	60,5	43,5	32,7
2004	4 600	80,5	64,9	36,0	32,7
2005	4 372	82,3	64,0	34,4	31,6
2006	4 119	84,4	62,5	32,3	33,6
2007	4 346	78,9	63,3	30,7	33,3
2008	3 981	86,1	62,0	29,8	33,8
2009	4 318	83,5	55,6	27,0	32,6
2010	4 363	87,7	61,8	22,3	31,2
2011	4 512	86,1	57,1	23,4	31,3
Všichni žadatelé					
2002	9 237	80,6	67,4	30,0	31,3
2003	8 522	82,9	70,0	29,8	31,0
2004	8 845	84,5	72,0	26,3	30,6
2005	8 534	86,4	71,8	24,2	30,5
2006	8 366	89,1	72,4	21,6	31,7
2007	8 487	84,1	72,0	21,1	32,6
2008	8 279	90,5	72,3	19,6	32,2
2009	8 763	89,1	66,6	18,3	32,3
2010	9 005	91,4	69,8	15,2	31,8
2011	9 284	90,1	66,3	15,8	31,3

Zdroj: Mravčík et al., 2012; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice za rok 2011

5. Distribuce injekčního materiálu intravenózním uživatelům drog v ČR

Je známo, že distribuce čistého injekčního materiálu injekčním uživatelům drog patří mezi ověřené metody prevence šíření infekci mezi uživateli drog. Její účinnost byla potvrzena zejména u prevence přenosu HIV (Wodak a Cooney, 2004; Hunt a kol, 2003; Ball, 2007), navíc poslední údaje hovoří o účinnosti programů distribuce injekčního materiálu i u VHC (Hunt a kol, 2003; Wright a Tompkins, 2006). Distribuce čistého injekčního materiálu se od svých počátku v polovině 80. let minulého století stále etablovanou součástí dalších účinných běžně používaných poradenských a léčebných přístupů vůči uživatelům drog (Gossop, 2006; Heddrich a kol., 2008).

5.1. Výměnné programy injekčních stříkaček a jehel.

V rámci většiny projektů, které se orientují na nitrožilní uživatele drog, jsou distribuovány injekční stříkačky a jehly. Výměnný program stříkaček a jehel v roce 2011 poskytovalo všech 99 nízkoprahových programů. Množství distribuovaného materiálu kontinuálně roste, počet distribuovaných stříkaček a jehel v roce 2011 poprvé překročil hranici 5 mil. ks.

Podle dostupných informací ze závěrečných zpráv si každý injekční uživatel, který navštívil nízkoprahové zařízení v roce 2011, vyměnil za rok průměrně více než devětkrát a obdržel zhruba 190 sterilních stříkaček či jehel (Mravčík et al., 2012).

Srovnání počtu programů a počtu distribuovaných injekčních stříkaček v r. 2002 – 2011 uvádí tabulka 4.

Tabulka 4: Výměnné programy v ČR v l. 2002–2011 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2012h)

Rok	Počet výměnných programů	Počet výměnných stříkaček a jehel
2002	88	1 469 224
2003	87	1 777 957
2004	86	2 355 536
2005	88	3 271 624
2006	93	3 868 880
2007	107	4 457 008
2008	98	4 644 314
2009	95	4 859 100
2010	96	4 942 816
2011	99	5 292 614

Zdroj: Mravčík et al., 2012;
Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti.

5.2. Lékárny ČR (dle Gabrhelik et al., 2009)

Vzhledem k tomu, že populace IUD představuje velmi významnou cílovou skupinu pro odpovídající veřejnozdravotní intervence, lékárny a jejich intenzivnější zapojování do systému prevence infekčních a dalších typů onemocnění a jejich přínos ke zlepšení kompliance léčených uživatelů drog představuje velmi aktuální téma.

Bezpečný a zaručený přístup ke sterilnímu injekčnímu náčiní je považován za jeden z neefektivnějších způsobů prevence šíření HIV, VHC a VHB mezi intravenózními uživateli drog. Účinnost a ekonomická výhodnost výměnných programů je vědecky dostatečně prokázána.

Na rozdíl od ČR, v zemích EU a Norska výměnné programy injekčních stříkaček a jehel jsou realizovány za využití nízkoprahových programů, lékáren, zdravotnických zařízení a zařízení sociálních služeb i mobilních výměnných míst (autobusů s příslušným vybavením) a speciálních automatů (EMCDDA, 2005). V ČR existuje funkční síť terénních programů. Další způsoby mobilní výměny (např. „drogové autobusy“) nejsou v rámci ČR využívány.

Stejně jako některé typy léčiv jsou pro injekční uživatele drog atraktivní i pomůcky pro injekční aplikaci drog. V lékárnách prodávají či vydávají injekční materiál bez předpisu uživatelům drog ve všech státech Evropy, s výjimkou Švédska (EMCDDA, 2007). V letech 2002–2007 byly z celkem osmi států EU a Norska hlášeny odhady počtu výměnných programů v lékárnách a vydaného injekčního materiálu (EMCDDA, 2008). Dle odhadů lékárníků navštíví každou lékárnou týdně průměrně čtyři různí uživatelé drog, při 2 603 lékárnách by to znamenalo 8 435 až 12 908 jednotlivých návštěv uživatelů drog ve všech lékárnách v České republice v jednom týdnu (Gabrhelík, Miovský, 2008). Odhady průměrného počtu kusů, vydaného injekčního materiálu všemi lékárnami v ČR za jeden rok pohybují v rozmezí 1 173 032 až 1 929 975 kusů (i bid, 008). Vedle studií Mravčíka a Zábranského (2001) a Gabrhelíka et al. (2008) realizovaných na národní úrovni nejsou v ČR k dispozici žádné další studie podobného rozsahu. Někteří poskytovatelé nízkoprahových služeb provádí regionální průzkumy v lékárnách České republiky s cílem získat informace o injekční drogové scéně, vydaných injekčních stříkačkách a jehlách nebo prodaných léčích.

Je zřejmé, že lékárny, podobně jako nízkoprahové služby (terénní programy a kontaktní centra), jsou zdrojem sterilního injekčního náčiní a dalších služeb určených pro IUD. Za jeden ze základních předpokladů pro využití služeb harm reduction lze považovat odpovídající územní dostupnost nabízených služeb pro samotné IUD. Zavedením nebo zvýšením prodeje injekčního materiálu IUD v lékárnách lze dosáhnout lepší dostupnosti nabízeného materiálu a služeb, a tedy geografického pokrytí na sledovaném území.

Lékárny a lékárníci představují perspektivní a velmi důležitý a efektivní článek, který může při adekvátním nastavení významně přispívat k veřejnozdravotnímu přístupu v péči o injekční uživatele drog v České republice. Navázání systematické, intenzivní spolupráce s Českou lékárnickou komorou v oblasti rozšiřování a implementace nových typů specifických adiktologických služeb v lékárnách ČR představuje jeden ze zásadních a v podstatě nezbytných kroků dalšího adekvátního rozvoje na odborné i systémové úrovni.

6. Spotřeba injekčního materiálu užívateli návykových látek

6.1. Zkoumaný soubor a proces získávání dat

Jako zkoumaný soubor jsem si vybrala klienty terénních programů a kontaktních center, tzn. intravenózní uživatele drog, kteří jsou nejširší skupinou klientů nízkoprahových služeb v Praze. Pro svůj výzkum jsem potřebovala získat data i od pracovníků těchto organizací.

Pro lepší orientaci v daném problému jsem se podrobněji seznámila s literaturou, týkající se harm reduction a injekčního užívání, jestli jsou nějaké výzkumy na dané téma a jsou-li nějaké vzorce užívání podle druhu návykové látky. Také jsem se seznámila se strukturou práce nízkoprahových zařízení a tím pádem jsem si mohla vybrat určité organizace pro účel výzkumu.

Dalším krokem bylo oslovení vybraných nízkoprahových služeb, za účelem sběru dat u klientů pomocí dotazníků. Oslovila jsem celkem šest nízkoprahových zařízení v Praze pomocí e-mailu s žádostí o možnost sbírat dotazníky spolu s pracovníky u intravenózních uživatelů drog. Se spoluprací souhlasila tři zařízení: terénní program Drop In, kontaktní centrum Drop In, kontaktní centrum Sananim. S těmito zařízeními jsem si dohodla konzultace ohledně způsobu a frekvence sbírání dat.

Posledním krokem získávání potřebných informací bylo oslovení samotných pracovníků nízkoprahových zařízení s cílem sebrat data pro expertní odhady pomocí zvláštních dotazníků přes e-mail.

6.2. Metoda výzkumu

6.2.1. Užité metody

Pro kvantitativní výzkum jsem zvolila explorační výzkumnou metodu k získávání informací prostřednictvím výpovědí dotazovaných osob. K výzkumnému šetření byly vypracovány celkem dva strukturované dotazníky. Dotazníky jsem vytvořila ve spolupráci s vedoucím mé bakalářské práce. Jeden dotazník byl určen pro klienty, druhý pro pracovníky nízkoprahových služeb. Dotazník pro klienty obsahoval celkem 12 otázek, ze kterých bylo 5 otázek uzavřených s nabídkovou škálou odpovědí a 7 otázek otevřených. Dotazník pro pracovníky obsahoval celkem 4 otázky. V úvodu obou dotazníků byla informace o skutečnosti, že je vyplnění dotazníku zcela anonymní, dobrovolné. Také zde byly zmíněny účely dotazníků a poděkování. Při tvorbě dotazníků byla stručnost, jasnost a věcnost mou prioritou, aby respondenty příliš neunavoval, položky jsem formulovala tak, aby jim respondenti rozuměli, a v souvislosti s uzavřenými otázkami jsem dbala, aby byly vyčerpány všechny alternativy možných odpovědí.

Vzhledem k tomu, že cílová populace mého výzkumu (intravenózní uživatelé drog), byla většinou nemotivována k vyplňování různých dotazníků, byla jsem nucena najít nějaký stimul pro sběr potřebných informací. Klienty jsem k vyplnění dotazníku motivovala nabídnutím sušenek. Celkem jsem zakoupila 120 sušenek, celkem za cca 800 Kč.

6.2.2. Respondenti dotazníkové studie

Skupinu respondentů tvořili klienti a odborníci nízkoprahových zařízení v Praze.

Pro respondenty – klienty nízkoprahových služeb byl cílový počet 120 vyplněných dotazníků. Výběr respondentů byl příležitostný, dotazník vyplňoval každý klient, který byl k dispozici v danou chvíli a byl ochoten.

Respondentům – pracovníkům nízkoprahových programů bylo rozesláno celkem 6 dotazníků pomocí e-mailu do 6 nízkoprahových služeb. Respondenti byli vybráni formou absolutního výběru. Z celkového počtu 6 dotazníků se žádný nevrátil, návratnost dotazníků byla tedy nulová.

Celkem 117 odpovědí bylo vyhodnoceno jako validních. Celková bilance proto bude počítána ze 117 dotazníků, jež vyplnilo 95 mužů (81 %) a 22 žen (19 %). Tabulka č. 5. ukazuje věkovou hranici respondentů, kteří dotazník vyplnili. Nejmladší respondent uvedl věk 18 let, nejstarší 63 let. Více než polovina respondentů uvedla věk 25–34 let, druhou nejpočetnější skupinou byli respondenti ve věku 35–44 let. Průměrný věk tedy činí 34 let.

Tabulka č. 5. Věkové rozmezí respondentů

Věk	Počet	Počet v %
18–24	11	9%
25–34	63	54%
35–44	32	27%
45–54	9	8%
55–63	2	2%
Celkem	117	100%

Dotazovaní byli různého vzdělání i zaměstnání. Největší skupinu, tedy 90 (77 %) dotazovaných tvořili nezaměstnaní, z nichž 45 (37,5 %) s podporou v nezaměstnanosti a přesně tolik bylo i neevidovaných na úřadu práce. 6 (5 %) z dotazovaných vypovědělo, že pobírá nějaký důchod, dávky nebo sociální zabezpečení. Stálé zaměstnání má 9 (8 %) respondentů a zbylých 12

(10 %) účastníků je v nějakém jiném pracovním poměru (práce bez smlouvy, brigády, dohody, práce na dohodu).

Dle výpovědí účastníků 66,7 %, tedy 78 z dotazovaných, má dokončené středoškolské vzdělání, z nichž 52 osob, což je 44,5 %, má učební obor bez maturity a 22,2 %, tedy 26 respondentů, má maturitu. Základní vzdělání má 34 (29,1 %) respondentů, 3,4%, což jsou 4 osoby, má vzdělání vysokoškolské. Jeden účastník dotazníkového šetření uvedl, že nemá žádné vzdělání (tabulka č. 6). Podle mého názoru budou tyto výpovědi podle všeho zkreslené, jelikož se dá předpokládat, že s pochopením termínu „dosažené vzdělání“ mohlo mít obtíže více respondentů.

Tabulka č. 6. Dosažené vzdělání respondentů

Dosažené vzdělání	Počet	Počet v %
Základní škola	34	29,1%
Učební obor bez maturity	52	44,5%
Středoškolské s maturitou	26	22,2%
Vysoká škola	4	3,4%
Žádné vzdělání	1	0,9%

6.2.3. Zpracování

Jednotlivá data jsem rozdělila v rámci popisné statistiky do tabulek, data jsem hodnotila dle jednotlivých 12 odpovědí respondentů – klientů. Tato data jsem zpracovávala do tabulek MS Excel, následně jsem zpracovala vyhodnocená data do jednotlivých tabulek a grafů v MS Excel.

6.3. **Výsledky výzkumu**

Průměrná délka užívání návykových látek se pohybuje kolem 12,3 let. Nejdelší doba užívání je 36 let, nejkratší je 2 měsíce.

Přibližně 50 %, což je 58 osob, uvedlo metamfetamin jako primární nebo sekundární drogu. Heroin užívalo 10 respondentů, tedy 9 %. Druhá nejpočetnější skupina, tedy 42 %, což je 49 respondentů, užívala jako primární nebo sekundární drogu subutex. Jak ukazuje tabulka č. 7., zhruba 38 %, tudíž 44 dotazovaných, užívá jenom jednu návykovou látku, zatímco ostatních 73 dotazovaných, tedy 62 %, drogy kombinuje a nebo užívá několik typu drog současně.

Tabulka č. 7. Počet IUD – respondentů dle typu návykové látky

Droga	Základní droga		Počet IUD, kteří užívají jenom jednu (primární) drogu		Počet IUD, kteří užívají víc než jednu drogu	
	Počet	%	Absolutní čísla	%	Absolutní čísla	%
Pervitin	58	50	35/58	60	23/58	40
Heroin	10	9	1/10	10	9/58	90
Subutex	49	42	8/49	16	41/58	84
Celkem	117	100	44/117	38	73/117	62

Poměr podle pohlaví a případné kombinace drog ukazuje tabulka č. 8. Z 44 respondentů jen jednu drogu užívá 32 mužů (73 %) a 12 žen (27 %). Více než jednu drogu užívá 63 mužů (86 %) a 10 žen (14 %).

Zajímavá je kombinace jednotlivých drog (tabulka č. 8). Nejčastěji se současně užívá subutex a pervitin, což uvedlo 74 %, tedy 54 respondentů, přičemž subutex v tomto páru vystupoval jako základní droga. A tato kombinace byla populární jak u mužů (47 – 75 % z celkového počtu mužů, užívajících více než jednu drogu), tak i u žen (7 – 70 % z celkového počtu žen, užívajících více než jednu drogu).

Tabulka č. 8. Počet IUD – respondentů dle typu návykové látky a pohlaví

Kombinace drog	Muži (N=95)		Ženy (N=22)		Celkem (N=117)	
	Absolutní čísla	%	Absolutní čísla	%	Absolutní čísla	%
Uživatelé jen jedné drogy	32/95	34	12/22	55	44/117	38
Uživatelé víc, než jedné drogy	63/95	66	10/22	45	73/117	62
Pervitin a subutex	47/63	75	7/10	70	54/73	74
Pervitin a heroin	8/63	13	-	-	8/73	11
Heroin a subutex	1/63	2	-	-	1/73	1
Pervitin, heroin, subutex	3/63	5	2/10	20	5/73	7
Pervitin, heroin, jiná (braun)	3/63	5	-	-	3/73	4
Pervitin, heroin, subutex, jiná (braun)	1/63	2	1/10	10	2/73	3

Otázka č. 1. Jaký je celkový počet injekčních aplikací užívateli drog dle typu návykové látky v období jednoho měsíce?

K zodpovězení otázky jsem vypracovala tabulku (tabulka č. 9), která ukazuje celkový počet injekčních aplikací respondenty dotazníkového šetření dle typu návykové látky. Počet injekčních aplikací je rozdělen dle primárně užívané drogy - pervitinu, heroinu a subutexu.

Tabulka č. 9. Celkový počet injekčních aplikací dle typu návykové látky v období posledního měsíce

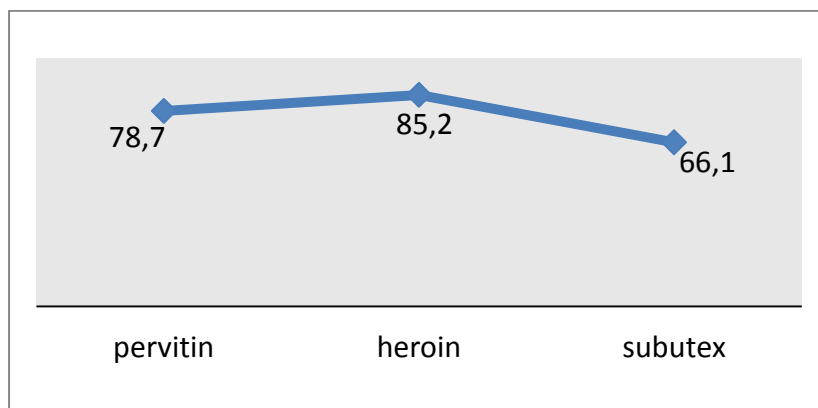
Droga	Počet podle primární drogy
Pervitin	4 565
Heroin	852
Subutex	3 238
Jiná (braun)	-
Celkem	8 655

Otázka č. 2. Jaký je průměrný počet injekčních aplikací užívateli drog dle typu návykové látky v období jednoho měsíce?

Průměrný počet injekčních aplikací užívateli drog jsem vypočítávala podle základní drogy proto, aby bylo možné odhadnout, kolikrát v průměru dochází k intravenózní aplikaci v průběhu dne u jednotlivé, tedy základní návykové látky.

Zjištěný průměrný počet injekčních aplikací u pervitinu je 78,7 za poslední měsíc. U heroinu je tato hodnota v průměru 85,2 injekčních aplikací. Subutex si průměrný respondent intravenózně aplikoval 66,1krát v posledním měsíci (graf č. 1).

Graf č. 1. Průměrný počet injekčních aplikací užívateli drog dle typu návykové látky v období jednoho měsíce

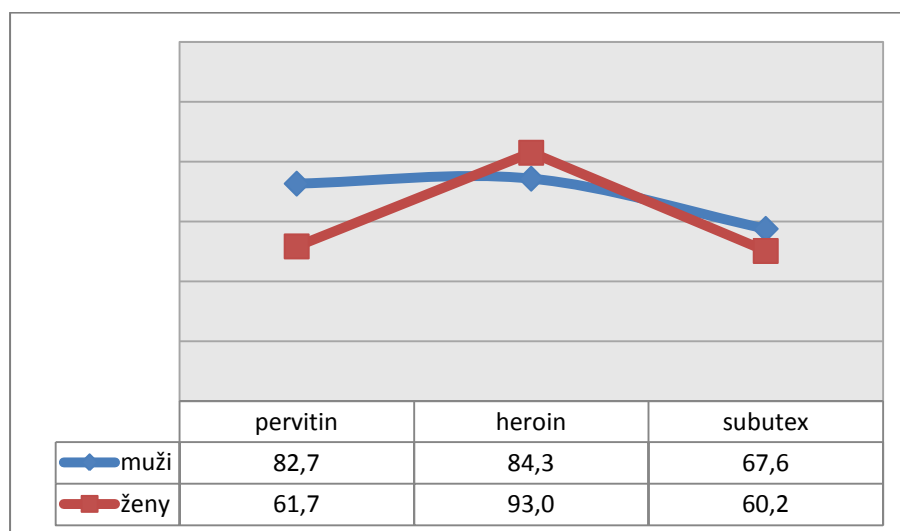


Otázka č. 3. Zdá se průměrný počet injekčních aplikací liší u různých návykových látek?

Jak vyplývá z grafu č. 1, je patrné, že průměrný respondent, jehož základní droga je heroin, užíval intravenózně nejčastěji. Dá se předpokládat, že průměrný uživatel, jehož primární droga je heroin, si aplikuje průměrně 2,8 krát za den. Mírně nižší je frekvence injekčních aplikací u pervitinu, který průměrný účastník výzkumu užívá intravenózně 2,5 krát denně. Respondenti, jejichž základní užívanou drogou je subutex, jej užíjí intravenózně přibližně 2 krát denně.

Podle pohlaví se průměrný počet injekčních aplikací nejvíce liší u pervitinu, u kterého ženy mají o jednu aplikaci méně než průměrný muž. Téměř stejně často dochází k injekčnímu užívání subutexu, což v průměru činí přibližně dvě aplikace denně pro obě pohlaví. Heroin ženy podle výpovědí injekčně užívají častěji než muži, a to 3 krát denně, přičemž u mužů se tato hodnota pohybuje kolem 2,7 injekčních aplikací za den.

Graf č. 2. Průměrný počet injekčních aplikací podle pohlaví (dle primární drogy) v období jednoho měsíce

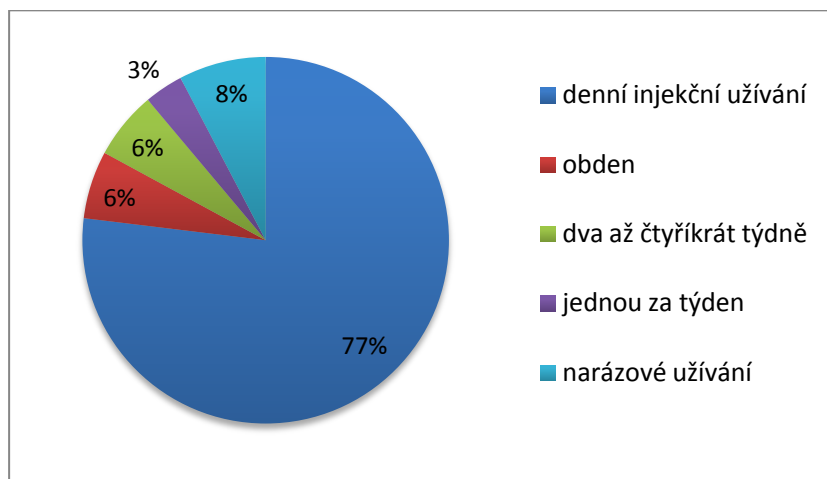


Otázka č. 4. Kolísají-li injekční aplikace užívateli drog v různých obdobích jednoho měsíce?

Pro zodpovězení na tuto otázku, jsem vyplněné dotazníky protřídila dle jednotlivých vzorců užívání. Respondenty dotazníkového šetření lze rozdělit do pěti kategorií podle frekvence a průměrné délky užívání (graf č. 3). Osoby v první kategorii dle výpočtu dat užívají intravenózně návykové látky nárazově, to znamená, že 8 %, tedy 9 dotazovaných, injekčně aplikovalo drogu několikrát za měsíc a to v jedné epizodě. Průměrná délka užívání u této skupiny kolísá kolem 5 let. Další kategorii tvořili respondenti užívající drogy injekčně jednou za týden, průměrná délka užívání v této kategorii se pohybuje okolo 15 let. Dva až čtyřikrát týdně si injekčně aplikuje drogu

6 %, což je 7 dotazovaných, a přesně tolik respondentů užívá drogy intravenózně obden. V průměru se délka užívání ve skupině s frekvencí dva až čtyři krát týdně variuje okolo 16,4 let. Délka průměrného užívání, v kategorii respondentů, kteří si aplikují drogu obden, je přibližně 5,6 let. Nejvíce respondentů, což je 90, tedy 77 %, užívá drogy injekčně každý den a průměrná délka užívání v této kategorii je 13 let.

Graf č. 3. Frekvence užívání návykových látek v období posledního měsíce.



Otázka č. 5. Zdá distribuce injekčního materiálu intravenózním uživatelům drog odpovídat spotřebě?

Tabulka č. 2 (str. 19) zobrazuje prevalenční odhady problémového užívání drog podle krajů za rok 2011. Nejvyšší počet problémových uživatelů drog je odhadován v Praze a Ústeckém kraji. Vzhledem k tomu, že jsem pro svou práci získávala potřebné informace v hlavním městě, pracovala jsem s daty z Výroční zprávy (Mravčík et al., 2012), vztahující se jenom k Praze. Takže podle odhadu prevalence problémového užívání, je počet uživatelů opiátů v Praze odhadován na 5 500 osob, z toho 2 200 uživatelů heroinu a 3 300 subutexu. Počet uživatelů pervitinu je odhadován na 5 400 osob. Podle dostupných informací ze závěrečných zpráv si každý injekční uživatel, který navštívil nízkoprahové zařízení, v roce 2011 vyměnil za rok průměrně více, než 9 krát a obdržel zhruba 190 kusů sterilního injekčního náčiní.

Pro odhad spotřeby stříkaček injekčními uživateli drog jsem použila výše uvedená data a vzorek svého výzkumu, respektive zjištěné průměrné užívání drog dle návykové látky. Odhad spotřeby stříkaček a jehel jsem vypočítávala za jeden rok. Jak vyplývá z tabulky č. 10, dá se předpokládat, že nejvíce injekčního materiálu spotřebuje průměrný uživatel pervitinu. Uživatelé subutexu v průměru spotřebují o 368 280 více stříkaček a jehel než uživatelé heroinu.

Tabulka č. 10. Odhad spotřeby stříkaček na jeden rok

Droga	Pervitin	Heroin	Subutex	Celkem
Počet	5 099 760	2 249 280	2 617 560	9 966 600

Počet distribuovaných jehel a stříkaček ve výměnných programech v roce 2011 v Praze je 2 198 651. Celkem v České republice v roce 2011 bylo distribuováno 5 292 614 injekčního materiálu.

Jak ukazuje tabulka č. 11, dá se říct, že nepokrytá spotřeba stříkaček a jehel v Praze je odhadem zhruba 3 krát větší než distribuce injekčního materiálu výměnnými programy, tedy 7 767 949.

Tabulka č. 11. Odhad nepokryté spotřeby injekčního materiálu užívateli návykových látek

Celková spotřeba injekčního materiálu	Pokrytí výdeje injekčního materiálu NZP	Nepokrytá spotřeba injekčního materiálu.
9 966 600	2 198 651	7 767 949

7. Diskuse

Cílem mé bakalářské práce bylo zjištění průměrného počtu injekčních aplikací užívateli drog nízkoprahových služeb v Praze dle typu návykové látky v období jednoho měsíce. A z výše uvedených výsledků je patrné, že se mi podařilo splnit hlavní cíl mé práce. Zjistila jsem průměrný počet injekčních aplikací podle typu drog, a tím pádem se mi podařilo odhadnout spotřebu injekčního náčiní užívateli návykových látek za jeden rok.

Cílovou skupinu tvořilo 117 klientů nízkoprahových služeb, z toho 95 (81 %) mužů a 22 (19 %) žen. Průměrný věk respondentů je 34 let, průměrná délka intravenózního užívání je 12,3 let.

Co se týče sociodemografické skladby – respondentů studie, neodpovídají rozložením populaci uživatelů drog v ČR. Zatímco na drogové scéně se poměr pohybuje okolo 2 mužů: 1 ženě, mezi klienty služeb pro uživatele drog je to již 3 muži: 1 ženě (www.odrogach.cz), zatímco v daném výzkumu tento poměr je 4,5 : 1 ve prospěch mužů. Průměrný věk respondentů je vyšší než u klientů nízkoprahových zařízení. Podle Výroční zprávy (Mravčík et al., 2012) byl průměrný věk uživatelů drog využívajících služeb nízkoprahových zařízení nižší než u respondentů studie – 28,1 let v roce 2011. Lze konstatovat, že složení respondentů studie z hlediska sociodemografického neodpovídá populaci českých uživatelů drog v kontaktu s nízkoprahovými službami.

Poměr uživatelů dle základních typů drog mezi respondenty studie odpovídá prevalenčním odhadům problémového užívání drog v Praze (tabulka č. 2, str. 19). V Praze se poměr pohybuje okolo 1 uživatel pervitinu: 1 uživateli opiátů, mezi respondenty studie je to také 1 uživatel pervitinu: 1 uživateli opiátů (tabulka č. 7).

Většina respondentů užívá více než jednu drogu. Jenom jednu drogu užívá tedy 44 dotazovaných, a z nich 35 jsou uživatelé pervitinu. Zajímavé je to, že většina mužů – respondentů výzkumu užívá více než jednu drogu, zatímco u žen je to naopak. Jestliže ženy drogy kombinují, nejvíce z nich uvedlo současné užívání pervitinu a subutexu, a stejná dvojice se nejčastěji vyskytovala i u mužů. Navzdory tomu, že heroin a subutex jsou opiáty, kombinace těchto drog uvedl jenom jeden respondent - muž. Pozoruhodný je výskyt v odpovědích respondentů užívání braunu. Pět dotazovaných uvedlo braun jako další užívanou drogu vedle základních návykových látek. V roce 2011 policie ČR odhalila 3 varny braunu. Dosud poslední záchyt braunu byl zaznamenán v roce 1991. (Mravčík et al., 2012).

Z hlediska frekvence užívání návykových látek nejvíce respondentů, tj. 90 (77 %), injekčně užívá drogy každý den. Ostatních 27 respondentů užívá návykové látky s nižší frekvencí, buď obden, několikrát týdně nebo několikrát za měsíc.

Průměrný počet denních dávek jednoho uživatele byl zjišťován v rámci studie NMS z roku 2005, zaměřené na spotřebu drog problémovými uživateli (Petroše et al., 2005). Dle výsledku této studie 48 % problémových uživatelů metamfetaminu užívá drogu v průměru dva a více krát denně, 43 % osob užívá v průměru více než dvakrát denně heroin a více než 50 % problémových uživatelů subutexu s týdenní frekvencí 14 krát a více. Dle výsledků tohoto výzkumu zjištěný průměrný počet injekčních aplikací se podle typu primární návykové látky moc neliší. Průměrný respondent – uživatel pervitinu si aplikuje drogu 2,5 krát denně, uživatel heroinu 2,7 krát, uživatel subutexu 2 krát. Co se týče rozdílu podle pohlaví, ženy užívají častěji heroin, a méně často pervitin a subutex, než muži. Dá se předpokládat, že tento rozdíl může být dán malým zastoupením respondentů, jejichž základní droga je heroin. S ohledem na absenci studií, které by se tomuto tématu věnovaly, jsou výsledky naší studie prvním vážnějším pokusem o zmapování průměrného počtu injekčních aplikací mezi IDU v České republice.

Jak již bylo zmíněno, podle dostupných informací ze závěrečných zpráv si každý injekční uživatel, který navštívil nízkoprahové zařízení v roce 2011, vyměnil za rok průměrně více, než 9 krát a obdržel zhruba 190 kusů sterilního injekčního náčiní. Z výsledků této studie však vyplývá, že spotřeba injekčního materiálu je mnohem vyšší než distribuce výměnnými programy. Nepokrytá spotřeba injekčního materiálu v Praze je tedy 3,5 krát větší, než počet vydaného náčiní. Současně však musíme mít na paměti, že naše studie má své limity. Limitem z hlediska všeobecné platnosti výsledků byl výběr respondentů. Výběr nebyl náhodný – dotazník vyplňovali všichni uživatelé splňující inkluzní kritérium, tedy injekční užívání návykových látek. Dalším problémem byl celkový počet zúčastněných respondentů, totiž příliš malý vzorek pro reprezentativní výzkum.

Další z možných příčin tak velkého rozdílu může být nepřesný odhad počtu injekčních aplikací respondenty výzkumu. Dále, většina dotazníků byla vyplněna klienty nízkoprahového programu Drop In, jež se vyznačuje více těžšími uživateli drog s delší drogovou kariérou. Je také možné, že více respondentů mělo obtíže s pochopením termínu „četnost injekčních aplikací“ a vzhledem k tomu, že otázka ohledně použití již použitou vlastní stříkačkou či jehlou byla zaměřena retrospektivně, mnohdy se tyto údaje mohly být zapomenuté samotnými respondenty. Dalším důvodem může také být nenahlášené sdílení injekčního materiálu s někým jiným. V neposlední řadě jednou z příčin může být užívání více drog v rámci jedné injekční aplikace, tzv. speedball – heroin užitý společně s pervitinem. Je tedy možné, že více respondentů uvádělo počet injekčních aplikací pro každou z těchto drog zvlášť, přičemž aplikace injekční stříkačkou proběhla jen jednou.

Jako významný údaj se ukázal být podíl využívání výměnných programů a lékáren uživateli drog pro získávání injekčního materiálu. Z celkového počtu 80 %, tedy 94 respondentů, uvedlo jako jediný zdroj injekčního náčiní výměnné programy, tedy terénní služby a kontaktní centra. Tato data buďto potvrzují vysoké pokrytí nízkoprahových služeb a jejich vysokou efektivitu. Nebo poukazují na nízkou popularitu lékáren, což může být spojeno s jejich nízkou dostupností a nízkou ochotou lékáren poskytovat injekční náčiní intravenózním uživatelům drog (Gabrhelík et al., 2009). Na druhou stranu to, že většina respondentů využívá, byť jen výměnné programy, vypovídá o fungování přístupu minimalizace škod a ochrany veřejného zdraví. A nejvyužívanější službou v nízkoprahových programech je výměna injekčního náčiní a parafernálií, což je pochopitelné vzhledem k historicky vysokému počtu intravenózních uživatelů drog v ČR mezi klienty harm reduction programu (Mravčík et al., 2012). I když výměnné programy hrají velkou roli v síti adiktologických služeb, je zapotřebí vést v patnosti, že lékárny a lékárníci představují perspektivní a velmi důležitý a efektivní článek, který může při adekvátním nastavení významně přispívat k veřejnému zdravotnímu přístupu v péči o injekční uživatele drog v České republice (Gabrhelík et al., 2009).

Výsledky této studie je třeba interpretovat se zvýšenou opatrností s ohledem na již diskutované limity (tj., výzkum byl prováděn jednak na nereprezentativním počtu respondentů, sběr dat byl prováděn v průběhu jednoho měsíce atd.). Dalším limitem studie byla absence expertních odhadů, posudků a názorů pracovníků nízkoprahových služeb ohledně frekvence a četností užívání návykových látek intravenózními uživateli drog. Nedostatek mohl být ve vytvořeném dotazníku pro pracovníky, jenž obsahoval podle slov respondentů – pracovníků otázky, na které bylo těžko odpovídat i když se jednalo spíše o odhady a vlastní názory vyplňujících. Možná, že spíše než nedostatky v nástroji, můžeme spekulovat, že sami pracovníci neznají údaje, o které jsme se v této studii zajímali. Nehledě na minusy výzkumu, daná studie je první svého druhu, jejíž výsledky naznačily průměrný počet injekčních aplikací a odhad možná reálné potřeby injekčního materiálu pro uživatele návykových látek.

Do budoucna se domnívám, že by bylo přínosné výzkum opakovat s vylepšenou metodologií, včetně konstrukce reprezentativního vzorku. Pro tyto účely navrhuji vylepšení dotazníku pro klienty nízkoprahových služeb, hlavně některých otázek týkajících se četností injekčních aplikací a upřesnění co si představují pod pojmem „primární (základní) návyková látka“. Byla by to jedna z možností, jak zjistit reálnou spotřebu injekčního náčiní. Tato zjištění by pak mohla přispět ke zvýšení efektivity preventivních opatření v oblasti krví přenosných nemocí.

Dále by mohla pomoci lépe pochopit různé vzorce užívání podle průměrného počtu injekčních aplikací a dle typu drog. Na základě znalosti vzorců by bylo možno navrhnout efektivnější harm reduction strategie při práci s IUD.

8. Závěr

Předpokládám, že ve své bakalářské práci se mi podařilo odpovědět na stanovené otázky, odhalující a rozvíjející hlavní cíl. Navíc díky tomu se vynořila další témata, která by stála za hlubší zkoumáním.

Průměrný intravenózní uživatel drog podle výsledků si aplikuje drogu minimálně dvakrát denně. A je zcela možné, že spotřeba injekčního materiálu je několikrát vyšší než pokrytí výměnnými programy. Jak se ukázalo, hlavním zdrojem sterilního injekčního náčiní pro intravenózní uživatele drog jsou nízkoprahové služby. Tento fakt je pravděpodobně spojen s nízkou dostupností dalšího zdroje programu harm reduction v podobě lékáren. Avšak vcelku nízký počet vydaného injekčního materiálu v lékárnách zároveň svědčí o dobře rozpracovaném systému nízkoprahových programů, kde výdej sterilních stříkaček a jehel s každým rokem stoupá (tabulka č. 4, str. 22). Nicméně v regionech, kde je pokrytí adiktologickými službami nedostatečné a zároveň nejsou k dispozici lékárny poskytující výměnný program, představují vysoké riziko nejen pro samotné uživatele drog ale i pro veřejnost.

Podle mého názoru je velmi významná spolupráce mezi zástupci adiktologických služeb a zástupci lékáren, nýbrž lékárny představují velký potenciál a perspektivu ve smyslu ohraničení šíření infekcí prostřednictvím injekčního náčiní a celkové minimalizace škod způsobené sdílením stříkaček či jehel.

9. Použitá literatura

Chomynová, P., & Grolmusová, L. (2012). Situace ve věcech drog v České republice v roce 2011. *Zaostřeno na drogy*, 6.

Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (2006). *Komentář - drogová problematika v Evropě*. Retrieved from Úřad pro úřední tisky Evropských společenství website: <http://ar2006.emcdda.europa.eu/cs/page004-cs.html>. [2013-03-03].

Gabrhelík, R., Miovský, M. (2009). Možnosti a meze současného využití sítě lékáren z hlediska jejich participace na nízkoprahových veřejnozdravotních intervencích v rámci adiktologických služeb. *Adiktologie* (9)2, 00–00.

Hunt, N, Ashton, M, Lenton S, Mitcheson L, Nelles B, Stimson G (2003). *A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use*. London: Forward Thinkihg on Drugs.

Janíková, B. (2008). Harm reduction: časné intervence v nízkoprahových službách. In K. Kalina et al. (Eds.), *Základy klinické adiktologie* (pp. 99-109). Praha, ČR: Grada.

Janouškovec, V., & Mravčík, V. (2009). Výdejní automaty na harm reduction materiál. *Zaostřeno na drogy*, 3.

Kalina, K., et al. (2003). Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách. Verze 7.2. revize. Praha: RVKPP/Úřad vlády ČR.

Koříšová, B., & Drug in focus 4 (2004). Injkeční užívání drog. *ZAOSTŘENO NA DROGY*, 2.

Libra, J. (2003). Nízkoprahová kontaktní centra. In K. Kalina (Ed.), *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup* (pp. 165-171). Praha, ČR: Úřad vlády České republiky.

Minařík, J. (2008). Přehled psychotropních látek a jejich účinků. In K. Kalina et al. (Eds.), *Základy klinické adiktologie* (p. 339). Praha, Česká republika: Grada.

Minařík, J., & Hobstová, J. (2003). 4/3 Somatické komplikace a komorbidita 1 - místní a celkové infekce, orgánová postižení. In K. Kalina et al. (Eds.), *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup* (pp. 224). Praha, ČR: Úřad vlády České republiky.

Minařík, J., & Hobstová, J. (2003). 4/3 Somatické komplikace a komorbidita 1 - místní a celkové infekce, orgánová postižení. In K. Kalina et al. (Eds.), *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup* (pp. 223-227). Praha, ČR: Úřad vlády České republiky.

Minařík, J., & Řehák, V. (2008). Somatické komplikce a komorbidita. In K. Kalina et al. (Eds.), *Základy klinické adiktologie* (p. 90-92). Praha, ČR: Grada.

Minařík, J., & Řehák, V. (2008). Somatické komplikce a komorbidita. In K. Kalina et al. (Eds.), *Základy klinické adiktologie* (p. 93-95). Praha, ČR: Grada.

Mravčík, V., Grohmannová, K., Chomynová, P., Nečas, V., Grolmusová, L., Kiššová, L., Nechanská, B., Fidesová, H., Kalina, K., Vopravil, J., Kostecká, L., & Jurystová, L. (2012). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2011*. Praha, ČR: Úřad vlády České republiky.

Mravčík, V., Pešek, R., Horáková, M., Nečas, V., Škařupová, K., Šťastná, L., Škrdlantová, E., Kiššová, L., Běláčková, V., Fidesová, H., Nechanská, B., Vopravil, J., Kalina, K., Gabrhelík, R., & Zabranský, T. (2010). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2009*. Praha, ČR: Úřad vlády České republiky.

Müllerová, P., Matoušek, O., & Vondrášková, A. (2005). Sociální práce s uživateli drog. In O. Matoušek, P. Kodymová, & J. Koláčková (Eds.), *Sociální práce v praxi: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi* (pp. 211-226). Praha, ČR: Portál.

NMS (2012). *Epidemiologická situace v užívání drog a jeho následcích v ČR – učební texty*. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti

Odhady prevalence problémového užívání drog - metodický souhrn/prevalenční odhady/ Klíčové indikátory O nás/drogy-info.cz. (2003, February 23). Retrieved from http://www.drogy-info.cz/index.php/o_nas/klicove_indikatory/prevaleneni_odhady_1/odhady_prevalence_problem_oveho_uzivani_drog_metodicky_souhrn. [2013-03-15].

Petroš, O., Mravčík, V., & Korčíšová, B. (2005). *Spotřeba drog problémovými uživateli*. Praha, ČR: NMS.

Rhodes, T., & Krchová, J. (1999). *Terénní práce s uživateli drog: Zásady a praxe*. Boskovice, ČR: Albert.

Vobořil, J. (2013). *odrogach.cz - Rozdíly dle pohlaví*. Retrieved from <http://www.odrogach.cz/skola/rizikove-jevny/uzivani-navykovych-latek/zavislost/rozdily-dle-pohlavi.html>. [2013-04-19]

Zabranský, T. (2003). *Drogová epidemiologie*. Olomouc, Česká republika: Univerzita Palackého.

Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. In sbírka zákonů České republiky (n.d.).
Retrieved from website: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>. [2013-03-11].

Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník. In Sbírka zákonů České republiky (n.d.). Retrieved
from website: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-40>. [2013-02-18].

10. Příloha

Dotazník pro klienty nízkoprahových služeb

Dobrý den. Jmenuji se Gaziza Toxanbayeva, jsem studentkou 3. ročníku bakalářského oboru Adiktologie na 1. lékařské fakultě univerzity Karlovy. Chtěla bych Vás požádat o spolupráci při vyplnění následujícího dotazníku. Získané údaje mi poslouží jako podklad k mé bakalářské práci, která je zaměřena na Zmapování četnosti injekční aplikace dle typu návykové látky v období jednoho měsíce u klientů nízkoprahových služeb. Prosím, abyste na uvedené položky odpovídali co nejpravdivěji. Dotazník je anonymní a Vámi poskytnuté údaje budou sloužit jen pro potřebu mé bakalářské práce. Předem Vám děkuji za čas a ochotu, které budete věnovat vyplnění tohoto dotazníku.

- Kód Pohlaví muž/žena Věk
- Užíváte drogy injekčně? Ano Ne
- Jak dlouho injekčně?
- Jaká je vaše hlavní (primární) droga, kterou užíváte injekčně? (pouze jedna odpověď)
Pervitin Heroin Subutex jiná droga, jaká
- Jaké další drogy užíváte injekčně (i v kombinaci s primární drogou)? (možno více odpovědí)
Pervitin Heroin Subutex jiná droga, jaká

6. Vyplňte prosím tuto tabulku: Do prvního sloupce vyplňte drogy, které jste užíval (a) a dle datumu označte dny Vašeho užívání podle toho to pravidla: Čárka za každou aplikaci nebo číslice. Prosím pište čitelně.

Droga ↓	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

7. Odhadněte, kolikrát jste během posledních 30 dnů použil/a k aplikaci již použitou stříkačku (inzulinku)?
8. A kolikrát z toho to byla stříkačka (inzulinka) použitá již někým jiným?
9. Kolik dnů z měsíce injekčně vůbec neberete?
10. V kolika % jste použil (a) při aplikaci drogy jehlu a stříkačku z lékárny a v kolika z KC či TP (drogový program)?
Lékárna Drogový program

11. Nejvyšší dosažené vzdělání:
Základní škola Učební obor bez maturity Středoškolské s maturitou VŠ

12. Ekonomická aktivita v posledním měsíci:
Stále zaměstnání Důchody, dávky, sociální zabezpečení
Příležitostní práce Práce na černo
Nezaměstnaný s podporou v nezaměstnanosti Žena/muž v domácnosti
Nezaměstnaný (nevidován) Studium