

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Bc. Dominika Čížková

**Závislost na jehle v souvislosti s psychopatologickými charakteristikami a mírou
rizikového chování u injekčních uživatelů drog**

Needle fixation in relation to psychopathological characteristics and risk behaviour
of injecting drug users

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Jaroslav Šejvl

Praha, 2020

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, 16. 7. 2020

Bc. Dominika Čížková

Poděkování:

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucímu své diplomové práce, Mgr. Jaroslavu Šejvlovi, za odborné vedení a trpělivost. Dále bych chtěla poděkovat všem službám zapojeným do výzkumu a především respondentům, z řad klientů těchto služeb, kteří ochotně a trpělivě odpovídali na mé otázky. Velké díky patří také petřinskému osazenstvu a mým kolegům, celému týmu TP Beroun – Magdaléna, o. p. s., za laskavost, podporu záhadnému světu statistiky, děkuji Hynku Walnerovi.

Identifikační záznam:

ČÍŽKOVSKÁ, Dominika. *Závislost na jehle v souvislosti s psychopatologickými charakteristikami a mírou rizikového chování u injekčních uživatelů. Needle fixation in relation to psychopathological characteristics and risk behaviour of injecting drug users.* Praha, 2020. 104 stran, 6 příloh., 26 tabulek, 6 grafů. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova, 1. Lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí práce Mgr. Jaroslav Šejvl.

Abstrakt:

Východiska: V momentě, kdy se injekční aplikace stále jeví nejčastějším způsobem aplikace mezi problémovými uživateli drog a dlouhodobě nedochází ke změně, navzdory dlouholeté tradici HR služeb, je důležité zkoumat souvislosti této problematiky a snažit se o její bližší pochopení, potažmo o pochopení fenoménu závislosti na jehle.

Cíle: Prvním cílem je tedy zjistit, zda se liší míra rizikového chování uživatelů, kteří vykazují znaky závislosti oproti uživatelům, kteří tyto znaky nevykazují. Dále pak prozkoumat, zda existuje souvislost mezi psychopatologickými charakteristikami injekčních uživatelů a fixací na jehle, případně jaké konkrétní psychopatologické charakteristiky se objevují, tyto charakteristiky porovnat s uživateli bez známek závislosti na jehle. Třetím cílem práce je zjistit, zda a případně jak se liší míra rizikového chování u uživatelů, kteří vykazují závislost na jehle, v kontextu jejich psychopatologických charakteristik.

Použité metody: Zvolenou metodou sběru dat byla baterie dotazníků: IN-COME dotazník, BBV-TRAQ, SCL- 90 a NEFPRO. Baterie dotazníku byla administrována za účasti výzkumníka. Jako metody pro testování na základě výzkumných otázek vedle deskriptivních statistických metod zvolen Mann-Whitneyho test (4 testy), Chí-kvadrát test (11 testů) a Spearmanův korelační koeficient. Výzkumný soubor je tvořen 60 respondenty.

Výsledky a závěr: Nebyl zjištěn statisticky signifikantní rozdíl v míře žádné z forem rizikového chování u sledovaných skupin. U uživatelů, kteří vykazují znaky závislosti na jehle, se v nejvyšší míře objevují následující psychopatologické charakteristiky: Hostilita (16 respondentů; 69,6 %), Paranoidní myšlení (15 respondentů; 65, 2 %), dále dimenze Obsese – kompulze (14 respondentů; 60,9 %) a Deprese (13 respondentů; 56,5 %). Souhrnná míra distresu nad hranicí psychopatologie je přítomna u 52,2 % (12 respondentů). Mezi skupinami nebyl prokázán statisticky signifikantní rozdíl v žádné z testovaných dimenzí dotazníku SCL-90. Lze tedy konstatovat, že zmíněné charakteristiky se v porovnání u obou skupin nijak neliší. U závislých na jehle nebyla u dimenzí somatizace, interpersonální senzitivita a nezařazené položky prokázána korelace mezi danou dimenzí a celkovou mírou rizikového chování, v kladném ani záporném směru. Oproti tomu u dimenzí Fobická úzkost a Psychoticismus byla prokázána slabá míra kladné korelace mezi danou dimenzí a celkovou mírou rizikového chování. U dimenzí Obsese, Deprese a Úzkost dokonce střední míra kladné korelace. Zároveň z výsledků vyplývá, že také Celková míra distresu ve střední míře kladně koreluje s celkovou mírou rizikového chování. Na základě výsledků usuzuji, že z hlediska harm reduction intervencí není třeba rozlišovat uživatele se závislostí na jehle od ostatních injekčních uživatelů.

Klíčová slova: závislost na jehle psychopatologické charakteristiky – rizikové chování – injekční uživatelé drog - harm reduction

Abstract:

Background: At the point, when injecting still seems to be the most common use among problem drug users and there has been no change in the long term, despite the long tradition of harm reduction services in the Czech Republic, it is important to examine the context of this issue and try to understand it more closely, and therefore understanding the phenomenon of needle fixation.

Aims: The paper seeks to address whether the risky behaviour level of the needle-fixated drug users differs from those who are not needle-fixated. The second aim is to examine a possible connection between the injecting users psychopathological characteristics and the phenomenon of needle fixation. The third intention of the work is to find out whether and possibly how the level of risky behaviour differs among needle-fixated drug users in the context of their psychopathological characteristics.

Methods: The chosen method of data collection was a battery of questionnaires: IN-COME questionnaire, BBV-TRAQ, SCL-90 and NEFPRO. The battery of the questionnaire was administered with the participation of the researcher. In addition to descriptive statistical methods, the Mann-Whitney test (4 tests), the Chi-square test (11 tests) and the Spearman correlation coefficient were chosen as methods for testing based on research questions. The research sample consisted of 60 participants.

Results and conclusion: There was no statistically significant difference between the groups in the risk behaviour level. Psychopathological characteristics appear in the group of needle-fixated users. The following are prevalent to the greatest extent: Hostility (16 participants; 69.6 %), Paranoid ideation (15 participants; 65.2 %), then the dimensions of Obsession - Compulsion (14 participants; 60.9 %) and Depression (13 participants; 56.5 %). The overall rate of distress above the limit of psychopathology is present in 52.2 % (12 participants). There was no statistically significant difference between the groups in any of the tested dimensions of the SCL-90. It can be stated that the mentioned characteristics do not differ in compared groups. The needle-fixated ones, the dimensions of somatization, interpersonal sensitivity, and additional items did not show a correlation between given dimension and the overall level of risk behaviour, in either positive or negative directions. In contrast, the Phobic anxiety and Psychoticism dimensions showed a weak positive correlation between the dimension and the overall level of risky behaviour. For the Obsession, Depression, and Anxiety dimensions, even a moderate degree of positive correlation was proved. At the same time, the results show the overall degree of distress also moderately positively correlates with the overall level of risky behaviour. Based on the results, I conclude that in terms of harm reduction interventions, it is not necessary to distinguish needle-fixated users from other injecting drug users.

Keywords: needle fixation – psychopathological characteristics - risk behaviour – injecting drug users - harm reduction

Obsah

ÚVOD.....	5
TEORETICKÁ ČÁST	6
1 Problémové užívání drog.....	7
1.1 Injekční užívání drog.....	7
1.1.1 Historie injekční aplikace	7
1.1.2 Injekční užívání drog	8
1.1.3 Injekční užívání drog v České republice	9
1.1.4 Motivace uživatelů pro injekční aplikaci.....	10
2 Závislost na jehle	13
2.1 Rituální složka závislosti	13
2.2 Definice závislosti na jehle	14
2.3 Sekundární zisky spojené s injekční aplikací	15
2.3.1 Sexuální asociace v souvislosti s injekčním užíváním drog.....	15
2.3.2 Prožitek bolesti	16
2.3.3 Sociální status související s dovedností injekční aplikace.....	17
2.3.4 Klasické a operantní podmiňování.....	17
2.4 Léčba závislosti na jehle	17
2.5 Kritika teorie závislosti na jehle	19
3 Rizikové chování uživatelů drog	20
3.1 Rizikové chování související s injekční aplikací	20
3.2 Rizikové chování v oblasti sexu	22
3.3 Další rizikové chování z hlediska přenosu HCV, HBV a HIV.....	22
3.4 Zdravotní souvislosti a důsledky užívání drog.....	23
3.4.1 HIV/AIDS.....	24
3.4.2 HBV.....	24
3.4.3 HCV.....	25
4 Psychopatologické charakteristiky	27
4.1 Psychopatologické charakteristiky uživatelů NL.....	27
5 Psychopatologické charakteristiky a rizikové chování	29

6	Charakteristiky uživatelů vykazujících závislost na jehle.....	31
	PRAKTICKÁ ČÁST	32
7	Použité metody.....	33
7.1	Cíle a výzkumné otázky	33
7.2	Základní a výzkumný soubor	34
7.3	Základní soubor	34
7.4	Výzkumný soubor	34
7.5	Metody tvorby dat	36
7.5.1	Pilotáž.....	40
7.6	Analýza dat	42
7.7	Praktický průběh realizace	45
7.8	Etika.....	46
8	Interpretace výsledků	47
8.1	Základní charakteristiky výzkumného souboru	47
8.1.1	Sociodemografické údaje.....	47
8.1.2	Užívání návykových látek	48
8.2	Míra rizikového chování.....	53
8.3	Psychopatologické charakteristiky.....	53
8.4	Závislost na jehle	55
8.5	Odpovědi na výzkumné otázky	58
9	DISKUZE A ZÁVĚRY	68
9.1	Obecné a metodologické poznámky.....	68
9.2	Diskuze výsledků	70
10	Závěr	75
	ZDROJE	78
	PŘÍLOHY.....	I
	Seznam příloh	I
	Seznam tabulek	I
	Seznam grafů	II
	Příloha č. 1 – IN – COME dotazník.....	III

Příloha č. 2 - NEFPRO.....	IV
Příloha č. 3 – SCL – 90.....	V
Příloha č. 4 - BBV - TRAQ.....	VIII
Příloha č. 5 – Prohlášení tazatele	XIV
Příloha č. 6 – Prohlášení zájemce o nahlédnutí do závěrečné práce.....	XV

ÚVOD

V rámci své diplomové práce se zaměřuji na fenomén závislosti na jehle jako na jeden z možných důvodů preference injekční aplikace uživateli a na možné souvislosti spojené s tímto jevem, konkrétně na rizikové chování injekčních uživatelů a jejich psychopatologické charakteristiky. Téma práce vychází z vlastní zkušenosti z praxe terénního programu a faktu, že navzdory dlouholeté tradici harm reduction programů v České republice, nedochází dlouhodobě ke snížení počtu injekčních uživatelů a přechodu na méně rizikovou aplikaci. Naopak průměrný věk injekčních uživatelů se zvyšuje a zdá se, že se zhoršuje jak somatický, tak i psychický stav této populace (Kalina & Minařík, 2015, Füleová, Zónová & Antošová, 2016). V momentě, kdy se injekční aplikace stále jeví nejčastějším způsobem aplikace mezi injekčními uživateli a dlouhodobě nedochází ke změně, je důležité zkoumat souvislosti této problematiky a snažit se o její bližší pochopení, potažmo o pochopení fenoménu závislosti na jehle. Jako první se v České republice k tématu přiblížil již na přelomu 80. a 90. let MUDr. Karel Hampl při studii intravenózního užívání rozpuštěných tablet Alnagonu, znovu potom při popisu rituální složky závislosti a jejích rozdílů od cravingu u pacientů v metadonové substituci (Hampl, 2001). Zároveň je také závislost na jehle v současné době u českých uživatelů návykových látek zřetelnější, především z důvodu rozšíření injekčního zneužívání substitučních preparátů, především Subutexu a následně také Suboxonu (Kalina, 2003, Sklenář, 2014). Navzdory tomu, že se s touto problematikou v praxi pravidelně setkáváme, není v rámci české odborné veřejnosti příliš diskutována. Závislost na jehle ovlivňuje zdraví osob z hlediska přenosu infekčních onemocnění a dalších zdravotních komplikací, jejich sebepojetí nebo může bránit přechodu na méně rizikovou aplikaci (Pates et al., 2009, Pešek, 2013, Sklenář, 2014). Zároveň se ukazuje, že uživatelé s určitými rysy osobnosti, především obsedantními, jsou fenoménem závislosti na jehle více ohroženi (Wooldridge, 2016). V současné době také víme, že např. u osob s disociální poruchou osobnosti se prokazuje větší tendence k používání cizích jehel (Nešpor, 2003, Kidorf et al., 2004). V tomto kontextu se tedy nabízí otázka, jaké jsou souvislosti mezi fenoménem závislosti na jehle, osobnostní psychopatií a rizikovým chováním injekčních uživatelů návykových látek v České republice. Bližší zkoumání fenoménu závislosti na jehle a jeho souvislostí (rizikové chování při injekční aplikaci, psychopatologické charakteristiky) může mít význam pro přímou práci především v kontextu harm reduction služeb (ať už jde o nízkoprahové služby nebo substituční léčbu) např. v rámci zaměření intervencí, konkrétně u motivace k méně rizikové aplikaci nebo v lepší identifikaci jedinců, kteří by tímto fenoménem mohli být ohroženi a následně včasné intervenci (Wooldridge, 2016).

TEORETICKÁ ČÁST

1 Problémové užívání drog

Problémové užívání drog je definováno jako injekční a/nebo dlouhodobé a pravidelné užívání drog opiátového a/nebo amfetaminového a/nebo kokainového typu (EMCDDA, 2009). Definice byla v roce 2013 rozšířena o další látky, které jsou užívány s vysokou frekvencí nebo přináší uživateli zdravotní či sociální problémy (Thanki a Vicente, 2013).

V roce 2018 bylo v České republice Národním monitorovacím střediskem odhadnuto 43,7 tisíc problémových uživatelů drog. Z celkového počtu se jedná o 33,5 tisíc uživatelů pervitinu, 5,2 tisíc uživatelů buprenorfinu, 3,4 tisíc uživatelů heroinu a 1,7 tisíc uživatelů jiných opioidů. Prevalence problémového užívání drog je tedy v České republice odhadnuta na 0,65 % obyvatel ve věku od 15 do 64 let a meziročně dochází k mírnému nárůstu této populace, ať už se jedná o uživatele pervitinu nebo opioidů (Mravčík et al., 2019). Z porovnání dat o problémovém užívání v dalších evropských státech (viz tabulka 1) je zřejmé, že Česká republika se v tomto směru drží poměrně vysoko. Data jsou v současné době dostupná u 12 států v různých letech.

Tabulka 1: Počet případů PUD na 1000 obyvatel (EMCDDA, 2020)

Země	Rok odhadu	Počet případů na 1000 obyvatel (15-64 let)
Portugalsko	2015	10,12
Lotyšsko	2011	9,37
Spojené Království	2009 - 12	9,16
Česko	2017	6,91
Francie	2013/2014	6,86
Rakousko	2017	6,28
Finsko	2012	6,2
Lucembursko	2015	5,79
Bulharsko	2016	3,75
Polsko	2014	3,73
Chorvatsko	2012	3,48
Kypr	2017	2,83

1.1 Injekční užívání drog

1.1.1 Historie injekční aplikace

Injekční aplikace jako taková je velmi starou technikou, která v sobě spojuje dva principy: distribuci látky do organismu a mechanismus podobný pumpě, kdy je tekutina podtlakem nasávána do stříkačky. Injekční stříkačka je hydraulickým zařízením a princip jejího fungování stojí tedy na pravidlech Pascalova zákona, pokud síla působící na kapalinu

vyvolá změnu tlaku, tlak se šíří rovnoměrně celou kapalinou. Nejstarší explicitní záznam o použití metody injekční aplikace pochází z konce 15. století, kdy byla použita krevní transfúze v rámci léčby papeže Innocenta VIII., lze ale předpokládat používání této metody již mnohem dříve (Pates & Wichter, 2005).

S injekční aplikací experimentoval v 17. století Christopher Wren, který intravenózně aplikoval opium psům, ve snaze porovnat účinky injekční aplikace s orální, nicméně injekční stříkačka ve spojení s dutou jehlou, byla jako obecně známý nástroj definována až počátkem 19. století (Dorrington & Poole, 2013). K vynálezu hypodermické stříkačky dochází v roce 1853. Následně v průběhu druhé poloviny 19. století se tento princip začíná používat také v rámci aplikace léků, nejčastěji morfinu, dochází k poměrně rychlému rozšíření této technologie. Morfin se používá např. k léčbě srdečních chorob, astmatu nebo lokální bolesti. V roce 1878 upozorňuje Levinstein na závislost na morfinu, v souvislosti s jeho injekční aplikací, a navrhuje zastavení používání injekčních stříkaček pro jiné než medicínské účely. Před rokem 1925 bylo ve Spojených státech hlavním způsobem užívání drog jejich kouření, šňupání, případně orální aplikace. Injekční aplikace ve formě podkožní aplikace je do té doby využívána především pro léčebné účely a závislí, aplikující si návykové látky touto cestou, vychází tedy primárně z řad pacientů léčených pro zdravotní obtíže. K rozvoji intravenózní aplikace mezi uživateli dochází poměrně rychle. V roce 1935 již intravenózně aplikuje přibližně polovina závislých, po roce 1945 se intravenózní aplikace stává preferovanou cestou. V počátcích šlo spíše o náhodné natrefení na žílu v rámci podkožního aplikování, což vedlo v některých případech k fatálním následkům vzhledem k tehdejšímu užívání enormních dávek. Na základě menší dostupnosti drog a tedy užívání menších dávek došlo v rámci subkultury závislých k rozšíření intravenózní aplikace jako ekonomičtější a účinnější cesty s prožitkem „nájezdu“ (Pates & Wichter, 2005).

V Evropě dochází k rozvoji intravenózní aplikace přibližně od roku 1960. V polovině 80. let 20. století se potom v reakci na šíření epidemie HIV a hepatitid mezi injekčními uživateli v Evropě, i jinde ve světě, začíná objevovat koncept harm reduction a spolu s ním začínají vznikat první výměnné programy injekčních jehel a stříkaček. První takový formální program vzniká v roce 1984 v Nizozemsku. V průběhu 90. let se harm reduction stává nedílnou součástí protidrogové politiky Evropy (EMCDDA, 2010).

1.1.2 Injekční užívání drog

Injekční užívání drog zastřešuje tři způsoby nelékařského aplikování návykové látky, a to aplikaci intravenózní, intramuskulární a subkutánní (Kalina et al., 2001).

1.1.3 Injekční užívání drog v České republice

V současnosti patří injekční aplikace v České republice stabilně k nejčastějšímu způsobu aplikace mezi problémovými uživateli návykových látek. Aktuálně je v této populaci její četnost odhadována na 90 % (Mravčík et al., 2019). Zároveň je injekční aplikace nejrizikovější formou užívání z hlediska šíření krví přenosných onemocnění a dalších zdravotních komplikací (Minařík & Řehák, 2015, Mravčík et al., 2009, Pates, Arnold & McBride, 2009). Většina zdravotních komplikací, se kterými se u uživatelů návykových látek setkáváme, je spojena právě s injekční aplikací, a tyto komplikace mohou mít leckdy fatálnější důsledky než závislost sama o sobě. Jedná se především o krví přenosná onemocnění, lokální komplikace spojené s aplikací, hnisavé procesy, orgánová a systémová poškození, onemocnění spojená s životním stylem uživatelů a v neposlední řadě také psychopatologické komplikace (Minařík & Řehák, 2015). Zdravotními komplikacemi souvisejícími s injekční aplikací se blíže zabývám v kapitole *Zdravotní souvislosti a důsledky užívání drog*.

Injekční uživatelé převažují mezi klienty nízkoprahových služeb (90 %). Zároveň je míra injekčního užívání dlouhodobě vysoká i mezi žadateli o léčbu, nejčastěji se jedná o injekční aplikaci pervitinu, heroinu a buprenorfinu. Celoživotní prevalenci injekční aplikace mezi klienty nízkoprahových služeb uvedlo 97,2 %, injekční aplikaci během posledních 30 dní potom 90,8 % klientů, průměrný počet injekčních aplikací za toto období je 44,5. První zkušenost s injekční aplikací mají klienti nízkoprahových služeb průměrně ve věku 20 let (Mravčík et al., 2019).

Odhady injekčního užívání drog jsou od roku 2012 v rámci dat sbíraných Evropským monitorovacím střediskem pro drogy a drogovou závislost dostupné u 16 států v různých letech (viz tabulka 2). Tyto odhady se pohybují od méně než jednoho po více než deset případů na tisíc obyvatel ve věkové skupině od 15 do 64 let (EMCDDA, 2019).

Tabulka 2: Počet případů injekčního užívání na 100 obyvatel (EMCDDA, 2020)

Země	Rok odhadu	Počet případů na 1000 obyvatel (15-64 let)
Estonsko	2015	9,01-11,25
Česko	2017	6,18-6,47
Lotyšsko	2016	5,31-6,83
Finsko	2012	4,1-6,7
Litva	2016	4,37-4,89
Lucembursko	2015	3,77
Belgie	2015	2,32-4,61
Francie	2017	2,58-3,29
Norsko	2016	2,15-3,04
Chorvatsko	2015	1,79-2,87

Portugalsko	2015	1,00-4,46
Maďarsko	2015	0,98
Řecko	2017	0,43-0,68
Španělsko	2016	0,25-0,57
Kypr	2017	0,38-0,59
Nizozemsko	2015	0,07-0,09

Navzdory faktu, že data nejsou sesbírána ve všech státech Evropské unie a ve stejných letech, z výše uvedeného je zřejmé, že Česká republika se pohybuje spolu s baltskými státy na prvních příčkách. Nejčastěji je injekční užívání drog v evropském kontextu spojováno s opioidy. Stimulancia jsou jako primární injekční droga hlášena pouze ve 4 státech, jde o Maďarsko (syntetické katinony), Francii (kokain), Lotyšsko (amfetamin) a Českou republiku (metamfetamin) (EMCDDA, 2019). Česká republika se tedy v tomto směru velmi odlišuje od evropských trendů, kde dominuje především injekční užívání opioidů.

1.1.4 Motivace uživatelů pro injekční aplikaci

Jak již bylo zmíněno, injekční aplikace nadále zůstává nejčastějším způsobem aplikace mezi problémovými uživateli drog. Z dat národního monitorovacího střediska víme, že průměrný věk populace injekčních uživatelů roste (Mravčík et al., 2018), z čehož lze vyvozovat, že k přechodu na méně rizikovou aplikaci u uživatelů nedochází příliš často. Nabízí se otázka co, i přes zdravotní rizika a komplikace, uživatele k injekční aplikaci vede. Nejčastěji se jako hlavní motivace pro injekční užívání jeví „nájezd“ a efektivita spojená právě s injekční aplikací, tedy rychlý nástup, silný účinek a minimální ztráty (Pešek, 2013).

K podobným závěrům ve své studii dochází také autoři Giddings, Christo a Davy (2003), kteří sledovali motivy pro pokračování v injekční aplikaci u dlouhodobých uživatelů heroinu, u těch se nejčastěji objevuje prožitek „nájezdu“, dále potom ekonomické důvody, pocit chybějící alternativy užití, sebepoškození, rituál a sebe obraz. V menší míře se zde objevuje také téma závislosti na jehle (Giddings, Christo & Davy, 2003):

1. Prožitek „nájezdu“

Prožitek „nájezdu“ a sním související euforie, je přímo úměrný míře nárůstu heroinu v krvi a obvykle trvá řádově několik desítek vteřin. V momentě, kdy dojde ke stabilizaci koncentrace, stává se prožitek srovnatelný s alternativními způsoby aplikace. Prožitek také postupně snižuje na intenzitě, nicméně u uživatelů nadále přetrvává víra, že injekční aplikace je lepší a přirozenější. I přes rozvoj tolerance, zažívají uživatelé vzrušení z očekávání prožitku „nájezdu“.

2. Ekonomická efektivita

Ekonomická efektivita spočívá ve snaze maximalizovat účinek dané dávky. Proti motivu ekonomické efektivy stojí předpoklad, že pokud by uživatelé měli dostatek financí na potřebné množství látky, došlo by k přechodu na méně rizikovou aplikaci, nicméně množství peněz změnu tímto směrem nijak neovlivňuje.

3. Absence alternativy

Někteří uživatelé s přechodem k méně rizikovému způsobu aplikace nepočítají jako s možným řešením své situace. Jako možná varianta vedle pokračování v injekční aplikaci přichází často až trvalá abstinence. Do té doby přetrvává snaha o injekční aplikaci, navzdory zdravotním komplikacím.

4. Sebeпоškození

Pro některé uživatele z uživatelů může být injekční aplikace spojená s nutkáním sebeпоškození, které může stát na vzteku na blízké osoby, internalizovaném vzteku, dlouhodobých pocitech frustrace. Uživatelé si jsou v tomto případě vědomi rizik, která s sebou injekční aplikace nese, navzdory tomu v ní pokračují. V extrémních případech může jít skrze přetrvávání v injekční aplikaci o volání o pomoc, sebevražedné sklony, posouvání hranic. V pozadí zůstává neustálá úzkost z abstinenčních příznaků s vědomím, že injekční aplikace je bez prodlevy může ukončit.

5. Rituál

Užívání cestou injekční aplikace může symbolizovat prožitek „nájezdu“ samo o sobě. Pro určitou skupinu uživatelů představuje rituál spojený s injekční aplikací větší význam než samotný účinek látky. Dovednost dobře připravit dávku může také posilovat sebevědomí uživatelů.

6. Sebeobraz

Injekční způsob aplikace jako nejrizikovější způsob užívání drog může posilovat sociální vazby a sounáležitost v rámci komunity injekčních uživatelů, která je většinovou společností odmítána. Zároveň může symbolizovat vyhranění se právě vůči většinové společnosti.

7. Závislost na jehle (Giddings et al., 2003).

Pates, McBride a Arnold (2005) shrnují motivy pro injekční aplikaci následovně:

- uživatelé, pro které je injekční aplikace nejvíce efektivním způsobem užití dané látky;
- uživatelé, pro které je nejvýznamnější „nájezd“, který zpočátku následoval po injekční aplikaci. Tito uživatelé se snaží znovu dojít k prožitku „nájezdu“ jako v počátcích užívání;
- uživatelé, u kterých je rituál aplikace důležitým prvkem užívání anebo u nich hraje roli hrdost na dovednost injekční aplikace, což je může udržovat u preference injekční aplikace;
- uživatelé, kteří mohou být označeni jako závislí na jehle. Vykazují chování, které je spojeno se závislostí na jehle (viz níže), a popisují sekundární zisky z injekční aplikace. Přítomny mohou být také znaky psychologických problémů jako obsedantně-kompulzivní chování.

Vzhledem k tématu diplomové práce se nadále zaměřuji především na poslední z výše popsaných skupin uživatelů a na problematiku závislosti na jehle.

2 Závislost na jehle

2.1 Rituální složka závislosti

Rituální chování je stereotypním chováním, jehož průběh a výsledek je poměrně fixní a předvídatelný, a ve kterém symbolický význam (ne nutně sakrální) může mít převahu nad jeho technickou účelností. Často může být spojeno s plněním každodenních potřeb. Jednotlivci pomáhá rozhodovat motivační konflikty, snižuje strach a úzkost, posiluje sebedůvěru, pomáhá se zaměřením pozornosti, tím také vyvolává potěšení. Ve skupině může potom rituál posilovat její kohezi, má funkci svazujícího mechanismu a pomáhá vytvářet solidaritu (Grund, 1993).

Je známo, že rituály spojené s užíváním návykových látek, mají pro uživatele velký význam, mnohdy dokonce větší než samotný účinek látky (Grund, 1993, Hampl, 2001). Účinek látky a rituál spojený s její aplikací jsou velmi těsně provázány a rituál se tak stává jednou ze složek závislosti, vedle složky somatické a psychické. Tyto rituály můžeme pozorovat u legálních i nelegálních látek, v rámci jednotlivců i skupin. Pro injekční uživatele je cesta od přípravy drogy a injekčního náčiní až po samotnou aplikaci obzvlášť významná a bez absolvování celého rituálu se může stát, že se u uživatele nedostaví dostatečný prožitek (Hampl, 2001). Hampl dále uvádí, že právě rituální složka závislosti může být u injekčních uživatelů natolik silná, že samotný rituál může postačit k uspokojení v případě nedostupnosti drogy. Rituální složka závislosti se sama o sobě může stát příčinou relapsu, jak zmiňuje Hampl: *„Pacienti na optimální dávce metadonu bez syndromu z odnětí, abstinující, ale za určité sociální situace podlehnou nutkání píchnout se jehlou do žíly. Nejde o chuť na drogu, nejde o craving, jde hlavně o rituál spočívající v přípravě drogy, jehly, stříkačky, v injekčním užití...Většinou se jedná o symbolickou dávku, které by nebyla schopna odstranit případný craving,“* (Hampl, 2001, s. 271). Téma rituálu jako složky závislosti se vyskytuje nejen v souvislosti s metadonovou substitucí, ale již v 80. letech 20. století v souvislosti s injekčním zneužíváním Alnagonu. Téma závislosti na jehle a významu rituální složky závislosti se v České republice znovu objevuje v souvislosti se zneužíváním substitučních preparátů na bázi buprenorfinu (Kalina, 2003), konkrétně Subutexu a následně také Suboxonu. Vzhledem k rozsáhlému zneužívání těchto preparátů formou injekční aplikace je tato problematika v posledních letech zřetelnější (Pešek, 2013, Sklenář, 2014). Nákup látky, její příprava spolu s potřebnými paraferáliemi (lžice, filtry, alkoholové tampony), hledání vhodné žíly a samotný proces injekční aplikace zahrnuje sekvenci událostí, které předchází potěšení z „nájezdu“ a zdá se, že pro některé uživatele může mít tento proces význam sám o sobě a přinášet pocity uspokojení bez ohledu na účinek látky. Wooldridge (2016) uvádí, že na rituálu aplikace se podílí také okolí

uživatelé (přátelé, odborníci), kteří radí, jak nejlépe aplikovat. Právě rituály spojené s injekční aplikací mohou u některých uživatelů vést k závislosti na jehle.

2.2 Definice závislosti na jehle

Fenoménem závislosti na jehle se podrobně dosud zabývala především výzkumná skupina ze střediska pro závislosti v Cardiffu (McBride et al., 2001; Pates, 2001, 2004, Pates et al., 2001, 2005, 2009; Pates&Gray, 2009). Na základě výzkumů definovali závislost na jehle jako: „*Opakující se propichování kůže injekcí s nebo bez aplikace psychoaktivní látky cestou intravenózní, subkutánní nebo intramuskulární a to bez ohledu na aplikovanou drogu nebo drogy anebo očekávaný účinek drogy,*“ (Pates et al., 2005, s. 47). Vedle definice fenoménu a jeho psychologické teorie vyvinula skupina v průběhu let také screeningový klinický nástroj pro identifikaci závislosti na jehle (NEFPRO).

V českém prostředí se o definici tohoto fenoménu pokusil v rámci své diplomové práce Sklenář:

Závislost na jehle je fenomén, který se může u injekčních uživatelů drog objevit v různém stadiu závislosti či během abstinence. Primárně se jedná o neovladatelné nutkání porušovat integritu kůže injekcí, či jiným ostrým předmětem, s frekvencí v řádu jednotek až desítek vpichů během jednoho dne. Součástí tohoto aktu může, ale nemusí být aplikace psychoaktivní látky, a to cestou žilní, podkožní nebo svalovou. Injekční aplikace může probíhat bez vazby na očekávaný účinek, který způsobuje účinná látka. V některých případech to znamená, že získaná zkušenost s předchozí pravidelnou injekční aplikací drog způsobí snahu o dosažení psychické či fyzické úlevy pouze díky jehle. V jiných případech může být závislost na jehle spojena s vlastní identifikací se skupinou a životním stylem IUD (Sklenář, 2014, s. 94).

Souhrnně lze říci, že v případě závislosti na jehle nejde jen o jeden typ chování, nýbrž o souhrn různých projevů chování, které kladou větší důraz na aplikaci jako takovou než na samotný účinek látky (Pešek, 2013), tyto projevy, které mohou poukazovat na závislost na jehle, jsou dle autorů Patese, McBrida, Balla a Arnolda (2001) následující:

1. injekční aplikace jiných látek než drog – substituce (můžeme se setkat s injekční aplikací samotné vody, ale také alkoholu, šamponu nebo čokolády);
2. snaha o injekční aplikaci, i přes komplikace a navzdory alternativním způsobům užití (příkladem mohou být několikahodinové snahy uživatelů najít vhodnou žílu, opakovaná aplikace do stejného místa i přes dlouhodobé nezhojení rány, apod.);
3. dělení drogy na menší množství pro častější injekční aplikaci, i přes menší efektivní účinky;

4. booting/ flushing.

Pojmy booting a flushing znamenají opakovanou aspiraci, tedy opakované nebo protahované natahování krve do stříkačky a zpět do těla, nad rámec ověření toho, zda uživatel našel žílu (Pešek, 2013). Jedním z vysvětlení tohoto jednání je přesvědčení uživatelů, že po aplikaci zůstávají zbytky látky uvnitř těla stříkačky (McBride et al., 2001, McElrath, 2006). Druhým důvodem je přesvědčení, že booting/flushing zvyšuje účinek látky a umocňuje prožitek „nájezdu“ (McElarath, 2006, Wooldridge, 2016). Třetím důvodem je potom fascinace jehlami a injekční aplikací (Pates, 2001, McElarath, 2006).

2.3 Sekundární zisky spojené s injekční aplikací

Mimo chování poukazující na závislost na jehle uvádí Pates et al. (2001) také 3 základní sekundární zisky z injekční aplikace, které vedou u některých uživatelů k fixaci na jehle, a to:

1. sexuální asociace v souvislosti s injekčním užíváním;
2. prožívání bolesti;
3. sociální status související s dovedností injekční aplikace.

McBride (2001) v této souvislosti popisuje dvě kategorie injekčních uživatelů. První skupina má přímý vztah k farmakologickému účinku látky na základě injekční aplikace. Urputnost v hledání vhodné žíly s očekáváním prožitku „nájezdu“ takového, jakým byl na počátku injekčního užívání a celá ritualizace procesu aplikace, může být u této skupiny nahlížena jako podmíněná odpověď na látkou aktivovaný systém odměn. Pro druhou skupinu uživatelů přináší samotný proces injekční aplikace určitý zisk. Injekční aplikace potom vedle spojení s účinkem látky funguje také jako spouštěč sekundárních zisků, které se mohou stát dominantními v rámci celého procesu. Ty následně upevňují setrvávání v injekční aplikaci.

2.3.1 Sexuální asociace v souvislosti s injekčním užíváním drog

Pates (2004) ve své disertační práci popisuje tři možné způsoby, ve kterých můžeme spatřit určité propojení mezi sexuálním uspokojením a injekční aplikací.

1. Injekční aplikace, kdy dochází k penetraci kůže jehlou falického tvaru s následným prožitkem „nájezdu“, který někteří uživatelé přirovnávají k orgasmu, jako analogie pro sexuální akt, avšak bez sexuálního obsahu. Celý proces injekční aplikace může být v tomto smyslu přirovnán také k sadomasochistické formě sexu. Tyto dvě oblasti spojuje zjevný sadomasochismus, symbolika penetrace kůže jehlou a přítomnost rituálu. Obě skupiny spojuje také vyhýbání se konvenčním praktikám, které vedou k sexuálnímu uspokojení (Lacan in Pates, 1977, 2004).

2. Injekční aplikace jako přímá náhrada sexu ve smyslu uvolnění sexuální touhy/naplnění potřeby skrze injekční aplikaci.
3. Injekční aplikace vyvolává sexuální potěšení/uspokojení (Pates, 2004), může fungovat jako předehra mezi partnery nebo může fungovat jako přijatelný důvod pro vytvoření intimity (McBride, 2001).

Navzdory tomu, že souvislost mezi injekční aplikací a sexem se zdá být zřejmá, minimálně na úrovni vzájemného ovlivnění prožitků, téma sexu stále zůstává i mezi uživateli citlivým a často nejsou ochotni o možných souvislostech mezi injekční aplikací a sexem diskutovat. Je také třeba brát v potaz, že není snadné oddělit použití sexu jako metaforu pro prožitek „nájezdu“ a prožitku sexuálních pocitů jako samostatného jevu vyvolaného injekční aplikací (McBride, 2001).

2.3.2 Prožitek bolesti

Bolest je s injekční aplikací přirozeně a neodmyslitelně spojená kvůli nutnosti proniknout jehlou skrze kůži do žíly. Pro většinu uživatelů je tento akt zřejmě pouze nezbytným postupem, jak co nejefektivněji dosáhnout „nájezdu“ a skrze něj prožitku libosti (Pates, 2005). Příkladem může být výpověď jedné z respondentek studie McBrida (2001): *„Bolí to, nemám tu bolest ráda, ale je to prostě něco, co se musí stát, když chci ten pocit. Prostě to pořád dělám.“*

Pro určitou skupinu IUD může ale bolest prožívaná v rámci injekční aplikace tyto pocity přinášet sama a sobě a být tak samostatným (sekundárním) ziskem. U některých uživatelů se objevuje podobný prožitek jako v případě sebepoškozování (Pates, 2004). Sebepoškozování je autoagresivním chováním, jehož důsledkem je poškození tělesné integrity, bez záměru spáchání sebevraždy. Jde o maladaptivní odpověď na akutní nebo chronický stres (Platznerová, 2009). Hlavním cílem je tedy prožitek uvolnění od tenze, psychické bolesti, negativních emocí, případně pocitu nereálnosti (ukončení disociačního stavu). Vytékající krev z rány může potom symbolizovat odplavení negativních emocí ven z těla a mít tak pro jedince očišťující charakter (Krieglová, 2008). Právě pocit úlevy při pohledu na krev po narušení tělesné integrity v případě sebepoškozování přirovnává Pates (2004) k prožitkům některých uživatelů při pohledu na krev v injekční stříkačce. Někteří jedinci mohou také injekční aplikaci a s ní spojenou bolest nahlížet jako formu sebe trestání, která přináší okamžitou úlevu (Howard Borges in Pates, 1971, 2005). McBride (2001) uvádí v tomto kontextu výpověď jedné z respondentek své studie, která bolest způsobenou injekční aplikací přímo přirovnává k formě sebepoškozování: *„Mnoho závislých užívá drogy, protože mají rádi bolest. Protože v podstatě žijí v bolesti. Mnoho závislých si samo ubližuje, je to propojené, je to způsob, jak si ublížit.“*

2.3.3 Sociální status související s dovedností injekční aplikace

Sama dovednost injekční aplikace může uživateli v rámci komunity přinášet určitý sociální status. Schopnost injekčně si aplikovat může mít vliv na sebevědomí uživatele, schopnost aplikovat může ovlivňovat také roli a sociální postavení v rámci komunity.

2.3.4 Klasické a operantní podmiňování

Předpokládá se, že závislost na jehle vzniká v důsledku klasického a operantního podmiňování na základě prožitku „nájezdu“ (Pates et al., 2001). „Klasické podmiňování je založeno na vytváření spojů mezi základním nepodmíněným podnětem a podnětem podmíněným. Operantní podmiňování je způsob učení, ve kterém pravděpodobnost, že se určité chování bude nebo nebude opakovat, závisí na povaze následků, jež vyvolává. Dochází k němu tím spíše, když je může jedinec ovlivňovat nebo řídit, odměnou je úspěch,“ (Hartl & Hartlová, 2000, s. 412).

V klasickém modelu podmiňování je užívání látky (nepodmíněný podnět) spojeno s faktorem prostředí – akt injekční aplikace nebo samotná jehla (podmíněný podnět). To vyvolá podmíněnou odpověď skrze propojení faktoru prostředí (podmíněný podnět) s farmakologickým účinkem látky (nepodmíněná odpověď). Tímto způsobem se vytvoří podmíněná odpověď v momentě, kdy se injekční užití spojí s potěšením z užití, toto potěšení může přinášet sekundární zisky, ty se potom mohou stát dominantními v rámci injekční aplikace (McBride et al., 2001). Injekční aplikace vede oproti jiným způsobům užívání k okamžitému prožitku „nájezdu“. Dojde tedy k propojení injekčního užívání a prožitku „nájezdu“ a s ním souvisejícími libými pocity, opakováním se celá asociace pozitivně upevňuje (Pešek, 2013).

2.4 Léčba závislosti na jehle

Závislost na jehle hraje roli v léčbě závislosti jako takové, především potom v rámci pokračování v injekční aplikaci. V léčebném procesu je tedy třeba s tímto fenoménem pracovat (McBride et al., 2001). Vedle zdravotních komplikací spojených s injekčním užíváním ovlivňuje závislost na jehle také vlastní sebepojetí uživatele, může působit jako překážka ve vyhledání odborné pomoci nebo také úspěšné léčby, v případě kdy nebude strategie zvládnutí zařazena do léčebného plánu (Sklenář, 2014).

V současné době existuje jen málo evidence-based důkazů o účinných léčebných strategiích závislosti na jehle. Je ale zřejmé, že se jedná především o psychologický problém a spadá do kategorie behaviorálních závislostí, na základě toho by měla být závislost na jehle léčena (Hinton, Signal & Ghea, 2013). Jako jedna z možností se tak jeví expoziční terapie (cue exposure), kde bude jako spouštěč použito injekční náčiní, ve spojení se systematickou desenzibilací za současné kognitivně behaviorální terapie

a detailní analýzy chování vedoucího k injikování. V neposlední řadě je důležité správně nastavení dávky v případě souběžné substituční léčby (Pates, 2005).

V roce 2010 popsali autoři Treffurth a Pal na případové studii pacienta s antisociální poruchou osobnosti, léčbu závislosti na jehle pomocí fluoxetinu.

Fluoxetin je antidepresivum ze skupiny SSRI (selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu), které se primárně využívá k léčbě depresivních epizod, obsedantně kompulzivní poruchy a mentální bulimie (Příbalová informace pro uživatele, 2018). Pacient dlouhodobě injikoval několikrát denně, pokaždé k aplikaci používal sterilní náčiní. Primárně injikoval vodu určenou k injekční aplikaci, heroin potom pouze dvakrát týdně. Pocity před aplikací zahrnovaly napětí a touhu po jehle, k uvolnění došlo v rámci injekční aplikace. Celý proces byl pacientem popisován jako atraktivnější než samotný účinek heroinu. Pokusy o rozptýlení a přesměrování pozornosti (příprava čaje, poslech hudby, komunikace s okolím) se ukázaly jako neúčinné. Pacientovi byl podáván fluoxetin v dávce 20 mgv kombinaci s metadonovou udržovací léčbou po dobu 6 týdnů. V průběhu léčby se nutkání injikovat výrazně snížilo, problémy se po vysazení fluoxetinu znovu objevily (Treffurth & Pal, 2010).

Treffurth a Pal (2010) shrnují poznatky o závislosti na jehle v následujících bodech:

- fenomén fixace na jehle je v rámci klinické praxe často opomíjen;
- fenomén fixace na jehle je spojen se závažnými zdravotními komplikacemi (tromboembolie, sepse, krví přenosná onemocnění);
- účinná léčba fixace na jehle není dosud k dispozici;
- léčba závislosti na jehle může pomoci zlepšit výsledek léčby injekčního užívání drog;
- v léčbě závislosti na jehle mohou hrát roli selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu.

Ani v České republice neexistuje dosud jednotný přístup k problematice závislosti na jehle. Někteří pracovníci používají motivační rozhovory, exploraci spojenou s následnou relaxací nebo také analýzu injekčního užívání (Sklenář, 2014).

Vzhledem k tomu, že fenomén fixace na jehle je neodmyslitelně spjatý s injekční aplikací, která je zároveň nejrizikovějším způsobem užívání návykových látek, je důležité se v tomto kontextu zabývat také riziky, která s sebou užívání drog, a především injekční aplikace přináší.

2.5 Kritika teorie závislosti na jehle

V reakci na práci cardiffské výzkumné skupiny (McBride et al., 2001; Pates, 2001, 2004, Pates et al., 2001, 2005, 2009; Pates&Gray, 2009) se v rámci odborné veřejnosti objevují také kritické pohledy na existenci fenoménu závislosti na jehle. Například Al-Adwani (2001) popisuje skupinu uživatelů, kteří se pod záminkou závislosti na jehle snažili udržet v substituční léčbě injekčně podávaného diamorfinu a metadonu a vyhnout se přechodu na orální podávání substitučních látek. Autoři Fraser et al. (2004) upozorňují, že pojem závislost na jehle můžeme chápat jako produkt diskursu a jako takový potom může být sám o sobě faktem i fikcí. Závislost na jehle může být tedy v tomto smyslu spíše kulturním konstruktem. Tak, jak je definována Patesem, zahrnuje velmi odlišné chování a vzhledem k tomu je v některých ohledech omezující a má negativní konotace. Následkem toho by používání pojmu závislosti na jehle mohlo být „nálepkou“ prohlubující stigmatizaci a marginalizaci (sociální vyloučení) injekčních uživatelů. Předtím než bude pojem závislost na jehle používán jako diagnostický a terapeutický nástroj, měla by mu být, s ohledem na výše zmíněná rizika, věnována patřičná pozornost. Z kvantitativní studie autorů u uživatelů, kteří si injekčně aplikují metadon, vyplývá, že význam, který dávají uživatelé pojmu závislost na jehle, obsahuje jak prvky Patesovy definice, ale také řadu dalších vysvětlení. Objevuje se mnohostranné, v některých případech také protichůdné chápání tohoto pojmu a často je používán i bez pochopení jeho významu. Pohled na injekční aplikaci jako na iracionální jednání a její další patologizace může vést k překrytí účinných mechanismů snižujících poškození, které uživatelé používají. Přidělení „nálepek“ fixace na jehle může také povzbuzovat jedince, aby považoval užívání způsobem injekční aplikace jako nevyhnutelné a neřešitelné, což jej zbavuje kompetencí svou situaci řešit. Tato poloha není výhodným výchozím bodem pro případnou léčbu. Autoři vyzdvihují, že v konečném důsledku není důležité, zda fenomén fixace na jehle mezi uživateli skutečně existuje, ale podstatnou otázkou je, zda je používání tohoto pojmu užitečným a prospěšným nástrojem v rámci pomoci uživatelům drog (Fraser et al., 2004). Rowe (2009) nahlíží na definici závislosti na jehle, tak jak je definována cardiffskou skupinou, jako na „ateoretickou“ a již v základu chybnou. Z jeho pohledu jedinci, kteří opakovaně injekčně užívají návykové látky a další substance (včetně nepsychoaktivních) tak činí čistě z důvodu očekávání „nájezdu“.

3 Rizikové chování uživatelů drog

Zastřešující a obecná definice popisuje rizikové chování jako takové chování, které má negativní dopady na zdravotní, sociální nebo psychologické chování jedince anebo ohrožuje jeho sociální okolí. Užívání návykových látek se z hlediska této definice pohybuje na její hranici a hranici patologického chování. Zároveň se lze ale nad problematikou zamýšlet z hlediska rizikového chování osob s již diagnostikovanou patologií (Širůčková, 2015). Tímto směrem můžeme uvažovat právě rizikové chování aktivních uživatelů návykových látek.

V rámci uživatelů návykových látek chápeme tedy rizikové chování jako takové chování nebo způsob užívání, který s sebou nese vyšší pravděpodobnost zdravotního a sociálního poškození v důsledku užívání (Kalina et al., 2001). Mezi rizikové chování uživatelů drog obecně je možné zařadit také např. trestnou činnost spojenou s opatřováním látky nebo finančních prostředků na látku, nevhodnou přípravu látky, rizikové chování v dopravě atd. (Strnad, 2012). Za nejrizikovější způsob užívání návykových látek je obecně považována právě injekční aplikace. U injekčních uživatelů je potom pojem často zužován na sdílení jehel, stříkaček a dalších parafernálií.

V případě, kdy dochází k rizikovému chování ve smyslu risku pro okolí, můžeme mluvit také o hazardním chování/užívání, rozumíme tím chování, které je z pohledu public health rizikové v rámci přenosu infekčních onemocnění, tedy sdílení jehel, stříkaček, parafernálií a rizikové chování v oblasti sexu (Kalina et al., 2001). Rizikovým chováním v oblasti sexu je ve vztahu k přenosu infekčních onemocnění nechráněný pohlavní styk. Další faktory, které ovlivňují riziko přenosu infekčních onemocnění, jsou počet sexuálních partnerů, rizikové sexuální praktiky, znalost zdravotního stavu partnera a používání bariérové antikoncepce (WHO, 2009).

Vzhledem k velmi širokému rozpětí tématu rizikového chování se v rámci své práce na rizikové chování injekčních uživatelů budu dívat právě optikou konceptu public health, chápu ho tedy jako takové chování, které je rizikové z hlediska přenosu HCV, HBV a HIV. Konkrétně potom jako rizikové chování související s injekční aplikací, rizikové chování v oblasti sexu a další rizikové chování z hlediska přenosu HCV, HBV a HIV.

3.1 Rizikové chování související s injekční aplikací

Za nejrizikovější způsob užívání návykových látek je obecně považována právě injekční aplikace. Vedle samotné injekční aplikace je důležité i chování a návyky uživatele spojené s přípravou, rituálem a užitím návykové látky, tedy např. dodržování zásad „bezpečnější aplikace“.

Bezpečnější aplikací se v tomto kontextu rozumí méně riziková injekční aplikace, díky které je možné některá rizika spojená s injekčním užíváním snížit. Právě rizikové chování spojené s injekční aplikací může mít často horší následky než samotné účinky užívané látky (Binder & Vavřínková, 2007). Jde především o úmrtí v důsledku předávkování, přenos infekčních onemocnění a poškození žilního systému (Strnad, 2012). Hlavním rizikovým faktorem z hlediska možného přenosu krví přenosných nemocí je sdílení injekčních stříkaček a dalšího náčiní, potřebného k injekční aplikaci. Je běžné, že kromě injekčních stříkaček, sdílí mezi sebou uživatelé také materiál potřebný k přípravě drogy před aplikací, tedy vodu, „rozdělačky“, filtry, atd. a k poškození dochází tedy také díky používání nesterilního materiálu (NMS, 2012).

Jako prevence je důležité poskytování dostatečného množství sterilního materiálu sloužícího k injekční aplikaci, tak aby bylo možné vše použít pouze jednou. Distribuce by měla být bezplatná a dostupná. Zároveň by uživatelé měli být nabádáni k navrácení použitého injekčního materiálu a to v zájmu např. eliminace poranění o jehlu dalším okolím. V neposlední řadě je důležitá edukace ohledně správného použití injekčního náčiní a péče o rány, tedy dostatečný informační servis, případně zdravotní ošetření (NMS, 2012). Mezi faktory, které ovlivňují rizikové chování uživatelů návykových látek, patří znalosti, postoje, chování a podmínky (Strnad, 2012).

Z dat NMS z posledních let vyplývá, že dlouhodobě dochází k poklesu sdílení jehel a stříkaček mezi uživateli, při poslední aplikaci uvádí použití nesterilní jehly 9,7 % IUD (57 respondentů) z řad klientů nízkoprahových služeb, v posledních 30 dnech uvádí sdílení jehel a stříkaček 21,8 % (143 respondentů) a parafernálií 40,6 % (265 respondentů), nicméně, zdá se, že míra používání sterilního náčiní k injekční aplikaci má v průběhu let zvyšující tendenci. Zároveň z výsledků studie *Séroprevalence VHC u injekčních uživatelů 2018* vyplývá, že valná většina uživatelů shledává dostupnost sterilního náčiní jako snadnou. Nadále narůstá počet vyměněného injekčního materiálu distribuovaného nízkoprahovými službami, v roce 2018 bylo vydáno 6,9 mil injekčních setů a množství vydaného injekčního materiálu tak představuje 176 kusů ročně na jednoho injekčního uživatele, dle WHO se tedy v rámci prevence přenosu HIV nacházíme v pásmu středního pokrytí (Mravčík et al., 2019).

Injekční aplikace, s ní spojená zdravotní rizika, a fenomén závislosti na jehle spolu úzce souvisí. Nicméně ukazuje se, že např. booting/flushing jako jeden z možných znaků s sebou nese poměrně nízké riziko přenosu HIV, HBV nebo HCV, za předpokladu dodržování zásad „bezpečné“ aplikace (McElrath, 2006).

3.2 Rizikové chování v oblasti sexu

V kontextu rizika přenosu infekčních onemocnění je v souvislosti s injekčním užíváním návykových látek nejčastěji zmiňováno sdílení injekčních stříkaček a jehel, parafernálií nebo riziková injekční aplikace. Samotní uživatelé NL často vnímají hepatitidy jako přirozené riziko spojené se sdílením injekčního náčiní, nikoliv s nechráněným sexem (Hulík, Žáková & Sadílková, 2011). Rizikové chování v oblasti sexu je ale v tomto směru neméně významné. Za rizikové chování v oblasti sexu považujeme takové chování, které má jednoznačný negativní dopad na zdravotní, sociální a další faktory jedince. Není výjimkou, že dochází ke kombinaci více rizikových aktivit současně (Miovský et al., 2010). Tímto směrem můžeme uvažovat rizikové chování v oblasti sexu u injekčních uživatelů. „*Užívání drog může být tedy příčinou, ale také následkem zkušeností a událostí v oblasti sexuality a jejího prožívání,*“ (Žáková, 2011, str. 36). Užívání psychoaktivních látek má obecně vliv na sexualitu uživatelů a může být také spouštěčem samotného rizikového sexuálního chování, užívání NL tedy může mít vliv na rozhodnutí jedince v otázce bezpečného sexuálního chování. Je ale třeba brát na vědomí, že přímá kauzalita mezi užíváním návykových látek a rizikovým chováním v oblasti sexu je těžce prokazatelná a existuje předpoklad, že rizikové sexuální chování a užívání návykových látek je vystavěno na společných sociálních a osobnostních základech (Žáková, 2010). Zároveň skrze užívání návykových látek i sexu lze poměrně snadno a rychle dosáhnout saturace potřeb (Skasková, Toman, 2011).

Nicméně ukazuje se, že ve vztahu k sexu se problémoví uživatelé návykových látek chovají výrazně rizikověji ve srovnání s běžnou populací. Počátek sexuálního života začíná u PUD v průměru o tři roky dříve, častěji dochází k onemocnění pohlavně přenosnými chorobami (kapavka, HCV, HBV) a méně často používají bariérovou antikoncepci (Žáková, 2011). Nepoužití bariérové antikoncepce při posledním styku uvádí 80,4 % respondentů výzkumu *Séroprevalence VHC u injekčních uživatelů 2018* (Mravčík et al., 2019). Zároveň se zdá, že rizikové chování v oblasti sexu nesouvisí ani tak s typem užívané látky a jejími účinky, ale se samotným užíváním jako takovým a s ním spojeným životním stylem (Žáková, 2011). Za rizikové sexuální chování ve vztahu k přenosu krví přenosných onemocnění (HIV, HBV, HCV) rozumíme nechráněný pohlavní styk, rizikové sexuální praktiky. V praxi se často setkáváme s postojem klientů, kdy nenahlíží nechráněný pohlavní styk s partnerem jako na rizikový, podobně jako v případě sdílení injekčního náčiní. Pro snížení rizika přenosu jsou nízkoprahovými programy distribuovány kondomy a lubrikační gely.

3.3 Další rizikové chování z hlediska přenosu HCV, HBV a HIV

Vedle injekční aplikace a rizikového chování v oblasti sexu je nezbytné zmínit také existenci rizika nákazy krví přenosnými onemocněními cestou tetování nebo piercingu,

především v případě neprofesionálního provedení za použití nesterilního materiálu. Velmi rizikové je v tomto směru tetování ve věznicích. Tetování nebo piercing uvádí 70,4 % respondentů studie *Séroprevalence VHC u injekčních uživatelů 2018*. Vlastní zkušenost s pobytem ve vězení má 41,4 % klientů nízkoprahových služeb, z nich se přibližně polovina ve vězení nechala tetovat a přibližně třetina opakovaně (Mravčík et al., 2019). Dalšími možnými způsoby přenosu je také používání cizích hygienických potřeb (holící strojek, kartáček na zuby, hřeben, žiletka, atd.).

3.4 Zdravotní souvislosti a důsledky užívání drog

Zdravotní komplikace spojené s užíváním návykových látek mohou být často závažnějším problémem než závislost jako taková. Většina zdravotních komplikací, se kterými se u uživatelů návykových látek setkáváme, jak již bylo zmíněno, je spojena právě s injekční aplikací. Obecně u injekční aplikace dochází k lokálním komplikacím, hnisavým procesům (abscesy, flegmony, impetigo, sepse). Ty jsou často způsobeny bakteriemi, které se běžně vyskytují na kůži, jejich hustota je často u uživatelů drog vyšší oproti běžné populaci vzhledem ke špatným hygienickým podmínkám. Dále dochází k orgánovým a systémovým poškozením. V rámci poškození kardiovaskulárního systému může dojít k poškození cévního a žilního systému (tromboflebitida, bércové vředy, zasažení tepny v případě aplikace do třísel), bakteriální endokarditidě, kdy dochází k mechanickému poškození chlopně, následnému vzniku trombu a usazení bakterií. V důsledku užívání stimulantů se může objevit arytmie a další funkční srdeční poruchy. Poškození dýchacího systému se vyskytuje v podobě akutního nebo chronického poškození plic, pneumonií (především u uživatelů opioidů) nebo embolizace plicních kapilár. S embolizací souvisí také riziko poškození centrálního nervového systému, konkrétně vznik mozkových abscesů nebo cévní mozková příhoda. U uživatelů drog se často setkáváme s poškozením jater, které může být způsobeno infekčními onemocněními ale také samotnou hepatotoxicitou látek. Injekční užívání návykových látek s sebou přináší riziko infekce krví přenosných onemocnění (HIV/AIDS, HBV, HCV). Svou roli hrají také fyzikálně-chemické vlivy látek, např. poškození cév v případě injikovaných roztoků s nesprávným osmotickým tlakem a pH, v případě nevhodného skladování může být užívaná látka kontaminována bakteriemi (Minařík & Řehák in Kalina et al., 2015), příkladem může být užívání rozpuštěných tablet na bázi buprenorfinu (Minařík, 2011). V neposlední řadě hraje v otázce zdraví uživatelů návykových látek vliv také celkový životní styl, užívání je často nedostatečnou výživou, nízkým hygienickým standardem, psychickou traumatizací, stresem, apod., to vše může následně ovlivňovat zdravotní stav (Minařík & Řehák in Kalina et al., 2015).

3.4.1 HIV/AIDS

Virus HIV, vyvolávající syndrom AIDS, napadá v lidském těle buňky imunitního systému, vyskytuje se ve dvou typech (HIV-1, HIV-2). Virus tedy způsobuje snížení nebo oslabení schopnosti organismu bránit se infekcím (NMS, 2019). Plnému rozvinutí onemocnění předchází dlouhé bezpříznakové období, nicméně riziko přenosu nastává prakticky okamžitě po vniknutí viru do organismu, ještě před rozvinutím akutní primoinfekce (cca 3 týdny). Syndrom AIDS se objevuje 10-12 let po nákaze. U plně rozvinutého onemocnění dochází k poruše imunity s výskytem oportunních infekcí a nádorů. Postižení se může objevovat ve většině orgánových systémů (Minařík & Řehák, 2015). Onemocnění je v současné době nevyléčitelné, riziko přenosu potom celoživotně závisí na míře virové nálože, pokud je virová nálož u jedince nedetekovatelná, nemůže dojít k přenosu. Pokud dojde k včasnému zahájení léčby antiretrovirotky, je v současné době možné výrazně oddálit pozdní stádia onemocnění a dosáhnout tak statisticky průměrné střední délky života (NMS, 2019). K přenosu infekce může dojít krevní cestou, pohlavním stykem a vertikálně. Virus HIV je citlivý na zevní podmínky, což napomáhá při snaze omezit šíření viru za pomoci výměnných programů pro uživatele návykových látek. Vedle používání sterilního materiálu pro injekční aplikaci je důležité dodržování zásad bezpečného sexu, tedy především používání bariérové antikoncepce.

Incidence HIV mezi injekčními uživateli je dlouhodobě nízká (Mravčík et al., 2019). Z dat SZÚ za rok 2019 vyplývá, že k přenosu stále dochází nejčastěji sexuální cestou, v roce 2019 bylo zjištěno 207 nových případů (93,2 %), přičemž dominantním rysem výskytu HIV v České republice je potom dlouhodobě přenos mezi muži mající sex s muži. K přenosu prostřednictvím injekčního užívání došlo v roce 2019 pouze u 6 případů (2,7%). Celkem bylo v roce 2019 zachyceno 222 nových případů infekce HIV, Česká republika zůstává zemí s nízkou úrovní infekce HIV/AIDS a to jak z pohledu počtu nových případů, tak z kumulativního počtu HIV infekcí (SZÚ, 2020).

3.4.2 HBV

Virus HBV ve většině případů vyvolává akutní zánět jater projevující se únavou, chřipkovými symptomy, světlou močí, tmavou stolicí a v cca 50 % případů rozvojem ikteru. Průměrná inkubační doba trvá 2 měsíce, nemocný je ale infekční prakticky od okamžiku nákazy. U většiny nakažených dojde k vyléčení během několika měsíců. V 2 – 5 % případů dochází k přechodu do chronického stádia, chronické onemocnění bývá často dlouhodobě bezpříznakové. Pozdní následky onemocnění jako jaterní cirhóza, jaterní selhání a rakovina jater, se mohou objevit v rozmezí 10 -30 let od nakažení. Akutní fáze onemocnění se léčí symptomaticky. V případě chronického onemocnění se k léčbě v současné době používají léky tenofovir a entekavir, nicméně není možné virus z organismu úplně vymýt a virus se tedy může v případě oslabení imunity znovu množit

v jaterních buňkách (IKEM, 2020). Vzhledem k možnosti očkování má ČR v posledních letech klesající trend výskytu (Minařík & Řehák, 2015). V roce 2001 bylo zavedeno celoplošné povinné očkování všech narozených dětí a dětí do 12 let věku, plošnou imunizací by tedy měli být chráněni všichni narození v roce 1989 a později (NMS, 2019). Rizikovou skupinou ale zůstávají starší uživatelé drog. K přenosu infekce dochází krevní, sexuální a vertikální cestou. V rámci prevence onemocnění je možné doporučit vakcinaci (Minařík & Řehák, 2015), dodržování zásad bezpečné aplikace a používání bariérové antikoncepce.

V roce 2018 bylo evidováno 54 nových případů infekce HBV, z toho pouze 5 (9,3 %) případů nákazy cestou injekční aplikace. Počet nové hlášených případů má od zavedení povinného očkování jak celkově, tak i mezi injekčními uživateli, klesající tendenci (Mravčík et al., 2019).

3.4.3 HCV

Virová hepatitida typu C je onemocnění jater, kdy dochází k napadení jaterních buněk virem HCV. Ten se vyskytuje v šesti základních genotypech (1-6), v České republice jde nejčastěji o genotyp 1 (70 %) a genotyp 3, ostatní se v našem prostředí vyskytují výjimečně. Virus se v jaterních buňkách reprodukuje, čímž v nich dochází ke změnám a v důsledku k narušení funkce celého orgánu. Virus způsobuje akutní i chronickou hepatitidu (NMS, 2019). V akutní fázi bývá často přítomna pouze únava a necharakteristické symptomy. Onemocnění je tedy charakterizováno bezpříznakovým průběhem a častým přechodem do chronicity (cca 70 % případů). Za chronickou hepatitidu se onemocnění považuje, pokud replikace viru v organismu přetrvává déle než 6 měsíců (Minařík & Řehák, 2015). U přibližně třetiny infikovaných dojde působením imunitního systému ke spontánnímu zbavení se viru do 6 měsíců od nakažení bez podstoupení léčby (NMS, 2019). Pozdní následky onemocnění jako jaterní cirhóza, jaterní selhání a rakovina jater, se objevují obvykle během 15 – 40 let. Postup onemocnění výrazně urychluje současná konzumace alkoholu (Minařík & Řehák, 2015). Inkubační doba onemocnění se pohybuje v rozmezí od 2 do 24 týdnů. Léčba probíhá v současné době za pomoci přímo působících antivirotik (DAA), trvá přibližně 12 týdnů a je úspěšná u 95 – 100 % případů (NMS, 2019). Virus hepatitidy typu C je přenosný krevní cestou, nejčastěji tedy sdílením injekčních stříkaček a jehel. Riziko přenosu vaginálním pohlavním stykem je nízké, ale může narůstat při poranění nebo poškození sliznic za současné přítomnosti pohlavních chorob. Anální pohlavní styk nese oproti vaginálnímu vyšší míru rizika. Vertikální přenos se vyskytuje pouze u 2-5 % případů (Minařík & Řehák, 2015). Vedle uvedených cest může dojít k přenosu také při sdílení holících potřeb, zubních kartáčků nebo jiných předmětů, které mohou být kontaminovány krví infikovaného člověka (NMS,

2019). V neposlední řadě je také třeba zmínit riziko přenosu v případě tetování v amatérských podmínkách, kdy nejsou zachovány aseptické podmínky.

V roce 2018 bylo nově hlášeno 1050 případů nákazy HCV, z toho 533 (50,8 %) u injekčních uživatelů drog, injekční uživatelé tvoří dlouhodobě více než polovinu všech nakažených. V roce 2018 také proběhla studie *Séroprevalence VHC u injekčních uživatelů drog 2018*, jejímž cílem bylo zjistit prevalenci VHC u aktivních IUD a identifikovat faktory, které výskyt ovlivňují. Dotazníková studie spojená s rychlým imunochemickým testem na přítomnost protilátek byla realizována na výzkumném souboru čítajícím 709 klientů nízkoprahových služeb. Z výsledků vyplývá, že séroprevalence VHC u IUD dosahuje 37,1 %. Oproti poslední séroprevalenční studii z let 2002-2005, kdy dosahovala 35 %, došlo tedy k nárůstu (Mravčík et al., 2019).

4 Psychopatologické charakteristiky

Normalita je obtížně definovatelným pojmem a její hranice není konstantní, lze ji chápat jako „jev, který odpovídá předem stanovenému očekávání, normě,“ (Hartl & Hartlová, 2000, s. 360). Každá společnost má danou svou vlastní sociální normu, tedy typ osobnosti, který je z jejího pohledu všeobecně přijímán, je reprezentativní a ke kterému je jedinec sociálními tlaky směřován (Vágnerová, 2002). Normalitu osobnosti charakterizují následující znaky: přiměřené vnímání reality, přiměřené sebepoznání, schopnost ovládat vlastní chování, přiměřené sebevědomí a sebeúcta, schopnost vytvářet a udržovat citové vztahy a činnost (Hartl & Hartlová, 2000). Z hlediska psychopatologie ji můžeme zjišťovat subjektivním hodnocením jedince, názorem sociálního okolí, psychiatrickou diagnózou, z hlediska odchylky od statistické normy nebo funkčně, tedy podle jednání jedince v dané situaci. Osobnost funguje jako jednotný celek, který je individuální a pro každého jedince typický a relativně stabilní v charakteristických rysech. Osobnost potom během života může procházet proměnou psychických vlastností a procesů (Vágnerová, 2002), „Osobnost jsou ty charakteristiky člověka, které jsou podkladem konzistentních vzorců chování, přičemž těmito charakteristikami se rozumí myšlenky, city a pozorovatelné chování,“ (Pervin, 1996; in Blatný et al., 2010, s. 12).

Rysy osobnosti jsou vrozené nebo získané charakteristiky, mohou být čímkoliv, čím se jedna osoba liší od druhé (Wollman, 1973; in Blatný et al., 2010). Abnormalitu lze potom nahlížet jako neobvyklost nebo odchylku od normy, tedy odchylku povahovou nebo v chování, která vzniká na podkladě psychického, emočního strádání (Hartl & Hartlová, 2000). Symptodem rozumíme projev nebo příznak duševní nemoci, syndrom je potom souborem těchto symptomů (Probostová & Pěč, 2014). Každá osobnost je tedy tvořena určitými jedinečnými charakteristikami, které mohou a nemusí vykazovat patologii.

4.1 Psychopatologické charakteristiky uživatelů NL

Problematika koexistence duševních onemocnění a užívání návykových látek nabývá v posledních letech na zřeteli. V případě souběhu poruchy z užívání návykových látek a jiné psychické poruchy mluvíme o duálních diagnózách. Jejich prevalence mezi uživateli návykových látek se pohybuje mezi 30–50 % a zdá se, že duševní stav populace uživatelů návykových látek se v posledních letech zhoršuje. Nicméně zůstává otázkou, zda duálních diagnóz mezi uživateli skutečně přibývá, nebo zda se tato problematika pouze dostává do oblasti zájmu adiktologických/psychiatrických služeb a výzkumů (Kalina & Minařík, s. 213; in Kalina et al., 2015). Faktem ale je, že se v přímé práci s klienty, ať už s diagnostikovanou duální diagnózou nebo přidruženými psychickými problémy, ne zřídka setkáváme.

V kontextu uživatelů návykových látek uvádí Jeřábek (2008), na základě svého výzkumu u 90 hospitalizovaných adiktologických pacientů, následující osobnostní charakteristiky, kterými se projevuje osobnostní toxikomanická dispozice:

- nízká integrace identity ega (sebepojetí a sebeúčinnosti);
- narušená internalizace objektových vztahů (nejistota ve vztazích, nízká frustrační tolerance);
- vývojově nízká úroveň defenzivní organizace;
- nízká integrace superega (a s tím související problémy s prožíváním pocitů viny a studu, paranoidní tendence, touha po obdivu);
- nízká integrace emocí (včetně schopnosti jejich vědomého prožívání – emoční labilita, nepřiměřenost);
- distorze percepčně kognitivního zpracování reality;
- motivační distorze, inkongruence a ambivalence.

Výše uvedené dimenze tvoří pak adiktivně disponovanou osobnost, která je primárně osobnostní patologií nijak nekorelující s délkou abúzu nebo typem užívané látky (Jeřábek, 2008).

Proti tomuto tvrzení stojí výzkum Dvořákové a Procházky (2020), kteří zkoumali organizaci osobnosti u jednotlivých typů závislosti u 211 adiktologických pacientů z různých typů zařízení pro léčbu závislosti. Z jejich výsledků vyplývá, že lze uvažovat větší závažnost osobnostní psychopatologie u kombinované závislosti, u patologického hráčství a v nižší míře také u drogové závislosti v porovnání se závislostí na alkoholu. Oproti závislosti na alkoholu se u patologického hráčství, kombinované závislosti a drogové závislosti objevuje zvýšený výskyt nezralých obranných mechanismů a difúze identity a zhoršené testování reality. Objevují se také zvýšené rysy pro jednotlivé poruchy osobnosti. Lidé závislí na alkoholu oproti tomu vykazují častěji neurotické obrany (Dvořáková & Procházka, 2020).

5 Psychopatologické charakteristiky a rizikové chování

Je zřejmé, že duševní zdraví a užívání návykových látek spolu úzce souvisí. Na základě propojení těchto fenoménů lze předpokládat, že duševní zdraví a osobnost uživatelů bude mít vliv také na jejich chování ve vztahu k užívání, potažmo jejich rizikovému chování. Prevalence duševních onemocnění mezi uživateli drog, jak již bylo zmíněno, je poměrně vysoká, a zejména injekční uživatelé, kteří mají vysoké riziko krví přenosných onemocnění, mají vedle problémů s užíváním návykových látek také závažné psychologické a sociální problémy (Hartgers et al., 1992). Hlubší porozumění psychologickým charakteristikám uživatelů návykových látek, potažmo charakteristikám injekčních uživatelů, může pomoci k zaměření vhodných intervencí pro tuto populaci (Hartgers et al., 1992, Dinwiddie et al., 1996, Kidorf et al. 2004). Koexistence užívání návykových látek a duševních problémů s sebou obecně nese zvýšení rizika poškození sebe a okolí (Kidorf et al. 2004), somatické komplikace, nízkou sebe-péči, zvýšené riziko sebevražedného jednání, zvýšenou agresivitu, trestnou činnost (Buckley, 2006) nebo rizikové sexuální chování (Heaphy et al., 2010). Všechny tyto faktory přispívají k větší zátěži jedince (Buckley, 2006).

Ukazuje se, že vyšší míra psychopatologických symptomů a distresu souvisí s vyšší mírou užívání (Kidorf et al. 2004), častější injekční aplikací kombinací látek a vyšší mírou rizikového chování ve vztahu k přenosu krví přenosných onemocnění (Hartgers et al., 1992, Woody, 1997, Disney et al., 2006).

Spolu s injekčním užíváním návykových látek se nejčastěji objevují afektivní poruchy (deprese, dystimie), úzkostné poruchy (post traumatická stresová porucha, fobie) a poruchy osobnosti (disociální porucha osobnosti). Úzkostné poruchy se potom častěji objevují u žen, především v souvislosti s post traumatickou stresovou poruchou, disociální (antisociální) porucha osobnosti se častěji objevuje u mužů a je spojována s vyšší mírou rizikového chování ve vztahu k přenosu krví přenosných onemocnění (Kidorf et al., 2004). Výzkum Mezinárodní společnosti AIDS spojuje sdílení injekčních jehel a stříkaček především s úzkostnými projevy (Lundgren, Amodeo & Chassler, 2006). Podobné výsledky nabízí také studie psychiatrických souvislostí rizikového chování u mladých injekčních uživatelů v Chicagu, z níž vyplývá, že vyšší míra sdílení injekčních jehel a stříkaček je spojena s těžkou depresí a hraniční poruchou osobnosti (Mackesy-Amity, Donenberg & Ouellet, 2014).

Z portugalského výzkumu rizikového chování injekčních uživatelů vyplývá, že sdílení injekčních jehel, stříkaček se častěji objevuje u žen, u jedinců s nízkou úrovní vzdělání, u jedinců žijících o samotě, nezaměstnaných, delší dobou užívání, vyšší mírou distresu a psychopatologických symptomů, především obsese-kompulze, a nižší úrovní

znalostí rizik spojených s krví přenosnými onemocněními. Podobné výsledky se objevují také u sdílení dalších materiálu potřebných pro injekční aplikaci, v rámci psychopatologických charakteristik jde potom především o somatizaci. Spojení rizikového chování a somatizace dávají autoři výzkumu do souvislosti s cravingem, případně s důsledkem chronické závislosti, symptomy obsese – kompulze spojují s nutkáním vyhledávání užívané látky. Zdá se, že ve spojení závislosti a sociálního vyloučení, jsou nejzranitelnější skupinou rizikovým chováním při injekční aplikaci ženy (Costa et al., 2015).

Psychosociální a psychologické faktory jsou vzájemně propojeny a ovlivňují míru rizikového chování injekčních uživatelů. Existence vzájemných vztahů mezi těmito faktory zapadá do bio-psycho-socio-spirituálního rámce drogové závislosti. Chronické užívání drog může mít škodlivé účinky na fyziologické funkce mozku, zejména na systém odměn, což vede k nutkání drogu opakovaně užít, vyšší alostatické zátěži a somatickým komplikacím. Závislost také ovlivňuje psychosociální adaptaci, může vést k většímu sociálnímu vyloučení a zvyšuje psychologické obtíže. Uživatelé se mohou snažit tuto zátěž dalším užíváním vyrovnat, což je spojeno s dalším rizikovým chováním (Costa et al., 2015). Koexistence psychopatologie a užívání látek může tedy zvýšit pravděpodobnost rizikového chování (Hartgers et al., 1992, Lundgren et al., 2006)

Zdá se, že podpora duševního zdraví injekčních uživatelů spolu s intervencemi zaměřenými na psychologické komplikace, mohou pomoci snížit jejich rizikové chování ve vztahu k přenosu krví přenosných onemocnění. Programy snižování rizik by měly zvažovat roli psychopatologie a pracovat s touto problematikou v rámci intervencí (Hartgers et al., 1992, Lundgren et al., 2006).

6 Charakteristiky uživatelů vykazujících závislost na jehle

V současné době neexistuje mnoho výzkumů zaměřených na specifické rysy uživatelů, kteří vykazují znaky fixace na jehle, ani na jejich rizikové chování. Jedním z důvodů může být fakt, že prevalence tohoto jevu mezi uživateli je dosud neznámá (Wooldridge, 2016) a zároveň existující předpoklad, že tento fenomén není u uživatelů příliš rozšířený (Pates et al., 2005). Nicméně ke komplexnějšímu pochopení problematiky závislosti na jehle je třeba dalších výzkumů, které se zaměří mimo jiné na zkoumání psychiatrických a psychologických charakteristik této skupiny a hledat případné vztahy mezi těmito jevy (Pates, 2004).

Z dosavadních výzkumů vyplývá, že mezi uživateli vykazujícími fixaci na jehle a těmi, kteří ji nevykazují, nejsou výrazné rozdíly, co se týče pohlaví; sexuální orientace; zaměstnanosti; primární užívané látky; primárního místa vpichu; emočního, fyzického nebo sexuálního zneužívání v minulosti; ani oblasti sociodemografických údajů (věk, věk dokončení vzdělání, věk počátku užívání, délka injekčního užívání, počet injekčních aplikací (Pates&Gray, 2009). Dále se ukazuje, že závislost na jehle nijak nespojuje s mírou závislosti a není tedy důsledkem jejího vyššího stupně, v jejím rozvoji hrají roli tedy i další faktory a charakteristiky. Zkoumání těchto charakteristik a faktorů může pomoci v rámci intervencí zaměřených na šíření krví přenosných onemocnění a dalších zdravotních komplikací spojených s injekčním užíváním (Hinton et al., 2013). Jehla tedy není pro jedince se závislostí na jehle pouze prostředkem k užití látky, ale může být prostředkem seberealizace (Welsh, 2014). Pates (2004) uvádí, že závislost na jehle skrze záměrné, opakující se a rituální chování, které je provázeno nutkáním zapadá do konceptu kompulzivního chování. U osob vykazujících známky na závislosti na jehle byly následně nalezeny některé obsedantně kompulzivní rysy (Pates & Gray, 2009). Zároveň, jak již bylo zmíněno v úvodu, z britského výzkumu Wooldridge (2016) vyplývá, že určité charakterové rysy vykazují souvislost s fenoménem fixace na jehle, konkrétně tedy obsedantní rysy a pověřivost, dále potom o nejisté vazby. Právě tyto vlastnosti mohou zvýšit pravděpodobnost rozvoje závislosti na jehle. Zároveň mnoho ze znaků až obsedantně – kompulzivního chování souvisí u uživatelů s udržováním čistoty. Vzhledem k tomu, že injekční aplikace jako taková je riziková z hlediska přenosu infekčních onemocnění, může se stát, že rituály vyvinuté k zajištění čistoty během aplikace si následně uživatelé přenášejí v podobě obsedantně-kompulzivních sklonů (časté mytí rukou, uklízení, čištění) do každodenního života. Co se týče souvislosti mezi dalšími osobnostními dispozicemi fenoménem fixace na jehle, zdá se, že v udržování fixace na jehle u injekčních uživatelů hraje roli jejich vysoká míra impulzivity (Hinton et al., 2013).

PRAKTICKÁ ČÁST

7 Použité metody

7.1 Cíle a výzkumné otázky

Obecně si práce klade za cíl najít a blíže popsat souvislosti mezi fenoménem fixace na jehle, rizikovým chováním injekčních uživatelů a jejich psychopatologickými charakteristikami. Cílem práce není uvést obecný závěr, který by bylo možné generalizovat na všechny injekční uživatele, jde o mapování problematiky, o které není v prostředí ČR dostupné velké množství informací.

Prvním cílem práce je zjistit, jaká je souvislost mezi fenoménem fixace na jehle a rizikovým chováním injekčních uživatelů, zda se liší míra rizikového chování uživatelů, kteří znaky závislosti na jehle vykazují, v porovnání s uživateli, kteří znaky závislosti na jehle nevykazují.

Druhým cílem je prozkoumat, zda existuje souvislost mezi psychopatologickými charakteristikami injekčních uživatelů a fenoménem fixace na jehle, případně jaké konkrétní psychopatologické charakteristiky se objevují. Dílčím cílem je potom zjistit, jak se liší v porovnání s psychopatologickými charakteristikami u uživatelů bez závislosti na jehle.

Třetím cílem práce je zjistit, zda a případně jak se liší míra rizikového chování u uživatelů, kteří vykazují závislost na jehle, v kontextu jejich psychopatologických charakteristik.

Z výše uvedených cílů vyplývají následující výzkumné otázky:

1. Liší se míra rizikového chování u uživatelů, kteří vykazují znaky fixace na jehle v porovnání s uživateli, kteří fixaci na jehle nevykazují? Pokud ano, jak?
2. Vyskytují se u uživatelů, kteří vykazují znaky fixace na jehle, psychopatologické charakteristiky? Pokud ano, jaké?
 - 2.1. Jak se tyto charakteristiky liší v porovnání s uživateli, kteří závislost na jehle nevykazují?
3. Liší se míra rizikového chování u uživatelů vykazujících fixaci na jehle dle jejich psychopatologických charakteristik? Pokud ano, jak?

7.2 Základní a výzkumný soubor

7.3 Základní soubor

Vzhledem k tématu práce a jeho spojením s fenoménem fixace na jehlu tvoří základní soubor injekční uživatelé drog v České republice. V roce 2018 bylo Národním monitorovacím střediskem pro drogy a závislosti odhadnuto 39,5 tisíc injekčních uživatelů návykových látek a meziročně dochází k mírnému nárůstu (Mravčík et al., 2019), injekční aplikace spadá pod definici problémových uživatelů a je hlavním způsobem aplikace drog (90%) mezi problémovými uživateli (43,7 tisíc). Z odhadu počtu problémových uživatelů lze odvodit, že ve většině se jedná o uživatele metamfetaminu, v menší míře potom o uživatele opioidů, z nichž nejčastěji buprenorfinu a v menší míře heroinu. Zároveň je velmi časté polymorfní užívání. S injekčními uživateli drog se nejčastěji setkáváme v rámci nízkoprahových programů, kde se jejich počet pohybuje dlouhodobě kolem 80 %. Nadále pokračuje trend nárůstu průměrného věku klientů nízkoprahových center. V roce 2019 byl, na základě průzkumu mezi problémovými uživateli pervitinu a opioidů, zjištěn průměrný věk 34, 8 let. Průměrný věk mužů činil 36,2 let a 31,7 let u žen (Mravčík et al., 2019).

7.4 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor je utvořen formou záměrného výběru přes instituce, kdy je využito určitého typu služby, jež je určená pro cílovou skupinu, která nás v rámci výzkumu zajímá (Miovský, 2006). S ohledem na základní soubor byly o zapojení do výzkumu požádány nízkoprahové služby pro aktivní uživatele návykových látek následujících organizací: Magdaléna, o. p. s., Prostor plus o. p. s., Drop IN, o. p. s., Sananim z. ú., Progressive o. p. s., Semiramis z.ú., Renarkon o. p. s. a Podané ruce o. p. s.

Konkrétní služby zapojené do výzkumu na základě souhlasu se spoluprací jsou následující:

- Terénní program Beroun – Magdaléna, o. p. s., Havlíčkova 1732, Beroun;
- CAS Benešov - Magdaléna, o. p. s., Nová Pražská 399, Benešov;
- CAS Příbram - Magdaléna, o. p. s., Žežická 193, Příbram VII;
- Středisko prevence a léčby drogových závislostí – Drop IN, o. p. s., Karolíny Světlé 268/18, Praha;
- Terénní program - Drop IN, o. p. s., Karolíny Světlé 268/18, Praha;
- Pracovní resocializace uživatelů návykových látek FIX point – Progressive o. p. s., Janáčkovo nábřeží 43, Praha 5;
- Kontaktní centrum v Brně – Podané ruce o. p. s., U Červeného mlýna 1, 612 00 Brno.

Tato metoda a výše zmíněné služby byly vybrány a osloveny na základě časové dostupnosti, možnosti navázání spolupráce s organizacemi a klienty, a především s ohledem na aktuální a nečekanou celospolečenskou situaci související s COVID - 19, která ovlivnila sběr dat k výzkumu.

Výzkumný soubor tvoří klienti uvedených služeb, kteří splnili následující kritéria pro zařazení:

- Injekční užívání trvajících alespoň 6 měsíců s četností aplikace alespoň 1x týdně;
- Souhlas s výzkumem.

Důvodem pro kritérium z hlediska doby užívání a četností aplikace předpoklad, že k vyvinutí závislosti na jehle, stejně jako jiné závislosti, je potřeba určitý čas a má určité charakteristiky. V současné době není tato oblast prozkoumána, ale ukazuje se, že k fixaci na jehle dochází postupně a časem se upevňuje (Wooldridge, 2016). Je tedy nutné myslet také na skutečnost, že v rámci výzkumu se objeví uživatelé v různých stádiích drogové kariéry a brát na tento fakt ohled při zpracování výsledků. Zároveň pravidelné užívání drogy je v rámci výzkumných prací v našem kontextu zpravidla stanoveno právě jako užívání látky minimálně jednou v týdnu (Kalina et al., 2001).

7.5 Metody tvorby dat

Ke sběru dat je použita baterie dotazníků. Dotazník je metoda využívaná s cílem získat informace o myšlenkách, pocitech, postojích a hodnotách zkoumané populace. Obsah a organizace dotazníku odráží oblasti zájmu výzkumníka, jde o univerzální nástroj k získání dat, dotazník je zpravidla vyplňován respondentem (Hendl & Remr, 2017). K sestavení baterie jsou použity dotazník IN – COME pro zachycení sociodemografických údajů a údajů o užívání návykových látek, dotazník Needle Fixation Profile pro identifikaci závislosti na jehle, standardizovaný nástroj Symptom Checklist – 90 pro určení psychopatologických charakteristik a dotazník Blood Borne Virus Transmission Risk Assessment Questionnaire pro určení míry rizikového chování v souvislosti s injekční aplikací. Data jsou získána v rámci již popsaného výzkumného souboru.

1. IN – COME dotazník (viz. Příloha č. 1), předpokládaná doba administrace: 10 minut

Pro sběr sociodemografických údajů o respondentech bude použit IN – COME dotazník, který je běžně využíván v rámci adiktologických nízkoprahových služeb pro získání základní anamnézy během prvních kontaktů a jako možnost posouzení změn v užívání u klientů služeb v průběhu času. Kromě základních údajů (pohlaví, věk, bydlení, zaměstnání atd.) mapuje tedy dotazník rovněž oblast užívání návykových látek (primární droga a četnost jejího užívání, další užívané látky, věk prvního užití dané látky, věk první zkušenosti s injekční aplikací, atd.), klientovu situaci ohledně infekčních onemocnění (HCV, HIV) a v základním rozsahu také rizikové chování v kontextu užívání návykových látek (sdílení jehel, sdílení náčiní, riziková aplikace, atd.) a sexu (nechráněný sex). V běžné praxi vyplňuje IN – COME pracovník spolu s klientem a stejně tomu bude i v rámci výzkumu.

2. Needle Fixation Profile (viz. Příloha č. 2), předpokládaná doba administrace: 15 minut

Pro identifikaci míry závislosti na jehle bude použit dotazník Needle Fixation Profile (Pates et al., 2009), který byl vyvinut jako klinický screeningový nástroj pro identifikaci faktorů poukazujících na přítomnost závislosti na jehle. Mimo to může také nastínit, který ze sekundárních zisků z injekční aplikace uživatele udržuje ve fixaci a pomoci tak v léčbě závislosti jako takové. Dotazník byl utvářen na základě rozhovorů s injekčními uživateli, ze kterých vzešly následující tematické oblasti: sexuální asociace a sexuální pocity, injekční aplikace jako součást sexuálního vztahu, farmakologie, preference injekční aplikace, rizikové chování související s injekční aplikací, pokračování v injekční aplikaci i přes komplikace, opakované natahování krve do stříkačky a zpět do těla (opakovaná aspirace), sociální status v rámci komunity injekčních uživatelů, fobie z jehel, substituce drogy jinou látkou, rituály, a prožívání bolesti. Na základě těchto oblastí

vznikl dotazník obsahující 74 otázek, který byl následně zredukován na 14 (odpovědi ve škále od silně nesouhlasím po silně souhlasím, Likertova škála). Tento dotazník zahrnoval následující oblasti: sex (asociace a pocity), sex (ostatní), bolest, substituce, rituál, opakovaná aspirace krve a preference injekční aplikace. Finální verze dotazníku se skládá z 10 otázek s možností odpovědi ano/ne, zaměřujících se na 5 oblastí:

- substituce;
- prožitek bolesti;
- opakovaná aspirace;
- probouzení pocitů sexuální povahy;
- injekční aplikace jako sexuální praktika.

Každé oblasti odpovídají dvě otázky. Pokud je některá z odpovědí ano, poukazuje to na možnou závislost na jehle u dotazovaného, čím více kladných odpovědí, tím silnější je důkaz o závislosti (Pateset al., 2009). Vzhledem k tomu, že dotazník byl vyvinut především jako klinický nástroj, nikoliv diagnostický, a vzhledem k tématu práce, budu v jeho vyhodnocování následovat australskou studii *Addicted to the needle: the relationship between needle fixation and impulsivity* (Hinton et al., 2013). V rámci této studie jsou respondenti, kteří kladně odpoví na jednu z 5 oblastí (kladná odpověď na obě otázky vztahující se k jedné oblasti), nahlíženi jako závislí na jehle.

3. Symptom Checklist – 90 (viz. Příloha č. 3), předpokládaná doba administrace: 20 minut

Ke sledování psychopatologických symptomů můžeme použít sebesposuzovací – 90 (Raboch & Pavlovský, 2012). Sebesposuzovací metody obecně lze použít pro screeningové zaznamenání sledovaných znaků či vlastností respondentů.

V rámci zjišťování psychopatologických charakteristik u respondentů bude použit nástroj Symptom Checklist (dále SCL – 90) autorů Leonarda R. Derogatis, Ronalda S. Lipmana a Lina Coviho z roku 1973. SCL – 90 je multidimenzionální sebesposuzovací škála používaná v oblasti psychiatrie, psychosomatiky (Baštecký, Šavlík & Šimek, 1993) a v současné době také jako nástroj k provádění screeningu na komorbiditu duševních a adiktologických poruch. Jde o komplexní a dostupný nástroj, který je z mé pozice možné předložit a následně vyhodnotit. Respondent může tedy dotazník vyplnit sám bez přítomnosti proškoleného odborníka (Torrens Mèlich, Mestre-Pintó, & Domingo Salvany, 2017).

Inventář se skládá z 90 položek hodnocených respondentem na pětibodové škále Likertova typu dle intenzity výskytu příznaku za časové období (Holi, 2003). Dotazník zkoumá následující dimenze: somatizace, obsese-kompulze, interpersonální senzitivita,

deprese, úzkost, hostilita, fobická úzkost, paranoidní myšlení, psychoticismus a doplňková kategorie (tzv. nezařazené položky), která může posloužit k posouzení dalších symptomů (Torrens Mèlich et al., 2017). Je důležité zmínit, že inventář neslouží k diagnostice poruchy osobnosti, nýbrž k posouzení míry aktuálních psychických symptomů (Holi, 2013).

Jednotlivé dimenze:

- Somatizace (SOM, 12 položek): dimenze odráží úzkost, která vyplývá z tělesného vnímání. Obsahuje tedy především stížnosti zaměřené na kardiovaskulární, gastrointestinální, respirační systémy, které jsou řízeny autonomním nervstvem. Mnoho z těchto symptomů je zahrnuto také v diagnostice úzkostných poruch a mají vysokou prevalenci s organickými duševními poruchami, symptomy mohou také odrážet jiné tělesné onemocnění.
- Obsese – kompulze (OBS, 10 položek): tato dimenze odráží symptomy, které jsou typické pro obsedantně kompulzivní poruchu (Holi, 2013). Objevují se opakovaně se vyskytující obsedantní myšlenky a následné ritualizované nutkavé akty (Raboch & Pavlovský, 2012), které jsou prožívány jako neodkladné, ale zároveň nejsou jedinci vlastní, což si uvědomuje. Součástí této dimenze je také zkušenost s kognitivním útlumem.
- Interpersonální senzitivita (INT, 9 položek): zahrnuje pocity osobní nedostatečnosti, méněcennosti a sebedoceňování ve srovnání s ostatními především v rámci interpersonálních interakcí.
- Deprese (DEP, 13 položek): do dimenze spadá většina typických příznaků pro depresivní poruchy dle diagnostických kritérií, jedná se o zhoršenou náladu, sníženou energii a aktivitu, podrážděnost, ztrátu motivace, pocity beznaděje, snížení zájmu o život až sebevražedné myšlenky. Dimenze zahrnuje také kognitivní a fyzické příznaky spojené s depresivními poruchami.
- Úzkost (ANX, 10 položek): se skládá ze symptomů, které jsou spojené s projevem úzkosti, jedná se o nervozitu, napětí, třes, pocity strachu, panika. Patří sem i somatické projevy úzkosti.
- Hostilita (HOS, 6 položek): do této kategorie spadají myšlenky, pocity a činy související se hněvem. Zahrnuje agresi, podrážděnost, vztek a zlost.
- Fobická úzkost (PHOB, 7 položek): fobická úzkost je v tomto smyslu definována jako přetrvávající strach v reakci na osobu, místo, objekt nebo situaci. Tento strach je iracionální a nepřiměřený danému podnětu a provází ho vyhýbavé a únikové chování. Položky této dimenze odpovídají příznakům agorafobie.
- Paranoidní myšlení (PAR, 6 položek): zde je paranoidní myšlení reprezentováno jako neuspořádaný způsob myšlení charakteristický projektivní myšlením,

nepřátelstvím, podezřívavostí, pocity grandiozity, strachu ze ztráty autonomie a bludy.

- Psychoticismus (PSY, 10 položek): tato dimenze se pohybuje na škále od mírného interpersonálního odcizení až po akutní psychózu. Položky zahrnují stažení, izolaci stejně jako příznaky schizofrenie tedy halucinace nebo vkládání myšlenek.
- Nezařazené položky (10 položek): tyto položky se počítají do celkového skóre dotazníku, ale nejsou hodnoceny samostatně jako dimenze. Jde především o problémy se spánkem a chuť k jídlu (Holi, 2013).

Konkrétní hodnota symptomové dimenze je dána součtem bodů, dosažených v dané dimenzi, děleného počtem položek dané dimenze (Baštecký et al., 1993).

Mimo výše popsané dimenze můžeme získat také index celkové závažnosti (GSI, Global Severity Index), který vyjadřuje souhrnnou míru distresu (Baštecký et al., 1993). Distres je definován jako forma stresu, který je vědomý a je subjektivně vnímán jako vlastní neschopnost vyrovnat se s nároky a je spojený s pocitem, že jedinec sám nad situací ztrácí kontrolu, což je provázeno pocitem úzkosti a beznaděje (Hartl & Hartlová, 2000). Index celkové závažnosti je součtem bodů ve všech dimenzích dělený počtem všech otázek (Baštecký et al., 1993). Pro vyhodnocení škály SCL - 90 platí následující normy (Boleloucký, 1989; in Baštecký et al., 1993):

Tabulka 3: Hranice vyhodnocení škály SCL - 90 (Boleloucký, 1989; in Baštecký et al., 1993)

DIMENZE	Hranice normy		Mezní hranice psychopatologie	
	ŽENY	MUŽÍ	ŽENY	MUŽI
Somatizace (SOM)	0,92	0,75	1,32	0,81
Obsese –kompulze (OBS)	1,26	0,99	1,39	1,07
Interpersonální senzitivita (INT)	0,88	0,65	1,28	0,99
Deprese (DEP)	0,97	0,66	1,56	0,99
Úzkost (ANX)	1,03	0,80	1,58	1,23
Hostilita (HOS)	0,68	0,71	0,98	0,78
Fobická úzkost (PFOB)	0,48	0,36	0,81	0,54
Paranoidní myšlení (PAR)	0,61	0,61	1,00	0,82
Psychoticismus (PSY)	0,32	0,34	0,56	0,50
Nezařazené (NEZ)	0,87	0,79	1,34	1,26
GSI	0,81	0,64	1,18	0,89

Na základě výše uvedených norem jsou pro potřeby práce v rámci analýzy dat vytvořeny 3 kategorie pro možné zařazení respondentů. První z kategorií je **norma**,

zahrnující respondenty s hodnotami nižšími než je hranice normy. Druhou kategorií je **ohrožení psychopatologií**, ta zahrnuje respondenty skórující nad hranicí normy a zároveň pod hranicí psychopatologie. Třetí kategorie **známky psychopatologie**, zahrnuje ty, jež skórují nad mezní hranicí psychopatologie. Toto rozdělení umožňuje, vzhledem k odlišnému vyhodnocování pro muže a ženy, společné zhodnocení všech respondentů.

4. Blood Borne Virus Transmission Risk Assessment Questionnaire, (viz příloha č. 4),
předpokládaná doba administrace: 15 min.

Pro posouzení míry rizikového chování respondentů z pohledu public health bude použit dotazník Blood Borne Virus Transmission Risk Assessment Questionnaire (dále BBV – TRAQ) autorů Fry, C., Rumbold, G., Linzeris, N. v roce 1998, který byl přeložen do češtiny Národním monitorovacím střediskem pro drogy a drogové závislosti ve spolupráci se Světovou zdravotnickou organizací. Dotazník se zaměřuje na:

- a) rizikové chování při injekční aplikaci (29 položek): max. 100 bodů;
- b) rizikové sexuální chování (8 položek): max. 40 bodů;
- c) další formy rizikového chování pro přenos VHB, VHC a HIV (9 položek): max. 30 bodů.

Maximální možné celkové skóre, které lze v rámci dotazníku získat je 170 bodů, čím více bodů, tím vyšší riziko (Fry & Linzeris, 2002). Vyhodnocování dotazníku je rozděleno do fází. BBV – TRAQ obsahuje dva typy položek, první typ se zaměřuje na rizikové chování, druhý typ na způsoby ochrany (9 položek). V první fázi je třeba překódovat skóre u všech otázek na specifické rizikové chování, na které navazuje doplňující otázka na způsob ochrany, v případech, kdy se respondent i přes rizikové chování plně chránil. Následně je možné spočítat 4 skóre a to celkový počet bodů, který odráží všechny složky rizikového chování, skóre rizikového chování při injekční aplikaci, skóre rizikového sexuálního chování a skóre dalších forem rizikového chování (Stoové & Fry, 2006).

7.5.1 Pilotáž

Před definitivní aplikací dotazníku je vhodné provést pilotáž na menším počtu zkoumaných osob, pro ověření a případné provedení úprav (Kohoutek, 2010). V rámci diplomové práce byl předvýzkum proveden na podzim roku 2019 u 2 klientů (muž a žena) TP Beroun – Magdaléna, o. p. s. Vzhledem k faktu, že autorka práce je v uvedené službě zaměstnaná jako terénní pracovník, byl mezi tazatelem a respondenty vytvořen vztah. Sestavená baterie se v obou případech ověřila jako dostačující pro naplnění cíle výzkumu. Vedlejším cílem bylo ověřit časovou náročnost sestavené baterie, vyplnění jedné baterie dotazníků trvalo s klientem v rámci předvýzkumu přibližně 40 minut, baterie byla tedy

shledána časově poměrně náročnou, nicméně reálně v praxi proveditelnou. Na základě předvýzkumu bylo také finálně rozhodnuto, že baterie dotazníků bude vyplňována za přítomnosti a asistence tazatele a to na základě následujících důvodů:

- možnosti doptat se na nejasnosti a jejich případné vysvětlení;
- možnosti vést rozhovor nad dotazníkem NEFPRO;
- udržení motivace respondenta pro dokončení baterie;
- možnosti v aktuálním čase poskytnout vhodnou intervenci v případě změny psychického stavu klienta na základě citlivosti některých otázek, především inventáře SCL – 90 (např. otázky týkající se myšlenek na smrt, psychotické stavy, apod.).

7.6 Analýza dat

Odpovědi respondentů byly zaznamenány do záznamového archu dle výše uvedené baterie dotazníků. Po sběru dotazníků proběhlo jejich jednotlivé vyhodnocení dle uvedených postupů. V dalším kroku proběhlo rozdělení respondentů do skupin na základě toho, zda vykazují/nevykazují znaky poukazující na fixaci na jehle pro možné porovnání a rozdělení respondentů dle dimenzí SCL-90. Rozdělením respondentů dle přítomnosti závislosti na jehle vznikla skupina respondentů, kteří známky na jehle vykazují a kontrolní skupina respondentů, kteří známky závislosti na jehle nevykazují. Získaná byla přenesena do programu Microsoft Excel, v rámci tohoto postupu byla převedena na kódy a analyzována pomocí deskriptivní statistické analýzy. Dále byla data převedena do statistického softwaru IBM SPSS Statistics, pomocí kterého byla následně dále analyzována, dle potřebných postupů pro jednotlivé výzkumné otázky.

Otázka č. 1: Liší se míra rizikového chování u uživatelů, kteří vykazují znaky fixace na jehle v porovnání s uživateli, kteří fixaci na jehle nevykazují? Pokud ano, jak?

První výzkumnou otázku lze chápat jako pozorování rozdílu v míře rizikového chování mezi vzorky u dvou různých populací, konkrétně potom u uživatelů, kteří vykazují znaky závislosti na jehle a u uživatelů, kteří tyto znaky nevykazují. Pro sledování míry rizikového chování byla použita data získaná pomocí dotazníku BBV-TRAQ, pro určení závislosti na jehle potom dotazník NEFPRO. Vzhledem k tomu, že u míry rizikového chování není, na základě provedení Shapiro-Wilkova testu, možné předpokládat normální rozdělení, a s ohledem na nízký počet respondentů, byl jako metoda pro verifikaci zvolen neparametrický Mann-Whitneyho test. Celkem byly provedeny 4 testy. Dále pak proběhlo doplnění pomocí výstupů z dotazníku IN-COME pomocí deskriptivní statistické analýzy.

Otázka č. 2: Vyskytují se u uživatelů, kteří vykazují znaky fixace na jehle, psychopatologické charakteristiky? Pokud ano, jaké?

Pro sledování míry psychopatologických charakteristik je použit inventář SCL- 90, potažmo hodnoty jeho jednotlivých dimenzí. Vzhledem k rozličným normám stanoveným pro muže a ženy v rámci vyhodnocování dotazníku a rozdílnému genderovému zastoupení (12 mužů, 11 žen), byly pro potřeby výzkumné otázky č. 2 a č. 2. 1. vytvořeny následující kategorie závažnosti umožňující porovnání vzorku jako celku, tak aby nedošlo ke zkreslení výsledků na základě genderových rozdílů: 1. *norma*: zahrnující respondenty s hodnotami nižšími a včetně hodnot hranice normy, 2. *ohrožení psychopatologií*: zahrnující respondenty skórující nad hodnotou hranice normy a zároveň nižšími a včetně hodnot hranice psychopatologie, 3. *známky psychopatologie*: zahrnující respondenty, kteří skórují nad mezní hranicí psychopatologie. Pro určení závislosti na jehle byla použita získaná data

pomocí dotazníku NEFPRO. Data byla následně analyzována pomocí deskriptivních statistických metod.

Otázka č. 2. 1: Jak se tyto charakteristiky liší v porovnání s uživateli, kteří závislost na jehle nevykazují?

Výzkumnou otázku č. 2. 1. lze chápat jako pozorování rozdílu v míře závažnosti jednotlivých psychopatologických charakteristik, potažmo míře aktuálních psychických symptomů, mezi vzorky dvou různých populací, konkrétně potom u uživatelů, kteří vykazují znaky závislosti na jehle a uživatelů, kteří tyto znaky nevykazují (vzniklé kontrolní skupině).

Na základě použití výše zmíněných kategorií závažnosti získala data inventáře SCL-90 charakter ordinální proměnné. S ohledem na tuto skutečnost byla závislost jednotlivých dimenzí na přítomnosti závislosti na jehle testována pomocí chí-kvadrát testu nezávislosti v kontingenční tabulce. V případě některých proměnných byla málo zastoupena kategorie *ohrožení psychopatologií*, v takovém případě byly kategorie *ohrožení psychopatologií* a *známky psychopatologie* sloučeny, na základě sloučení kategorií mohlo dojít k provedení chí-kvadrát testu. Celkem bylo provedeno 11 testů.

Otázka č. 3: Liší se míra rizikového chování u uživatelů vykazujících fixaci na jehle dle jejich psychopatologických charakteristik? Pokud ano, jak?

Poslední výzkumná otázka se zaměřuje na souvislost mezi mírou rizikového chování a jednotlivými psychopatologickými charakteristikami, potažmo mírou aktuálních psychických symptomů, u uživatelů, kteří vykazují známky závislosti na jehle. Pro sledování míry rizikového chování je použito skóre celkové míry rizikového chování, získané dotazníkem BBV-TRAQ. Pro určení míry psychopatologických charakteristik jsou použita data získaná inventářem SCL-90. V rámci 3. výzkumné otázky není, vzhledem ke zkoumání pouze jedné skupiny, použito rozdělení do kategorií *norma*, *ohrožení psychopatologií* a *známky psychopatologie*, jsou tedy použity původní naměřené hodnoty jednotlivých dimenzí SCL-90. Pro určení závislosti na jehle je stejně jako u předešlých výzkumných otázek vycházeno z dat získaných dotazníkem NEFPRO.

Jde o zkoumání korelace dvou vlastností/proměnných u vzorku jedné populace. Vzhledem k tomu, že na základě provedení Shapiro-Wilkova testu, není možné předpokládat normální rozdělení, a s ohledem na nízký počet respondentů, byl jako testová metoda zvolen neparametrický Spearmanův korelační koeficient, který měří sílu a směr vztahu mezi dvěma proměnnými. Nabývá hodnot mezi čísly -1 a 1 a indikuje směr závislosti, pokud nabývá hodnoty 0, proměnné jsou na sobě nezávislé, kladná korelace znamená rostoucí vztah, záporná korelace potom vztah záporný (Hendl & Remr, 2017).

Míra závislosti vztahu je určena: $R < 0,3$ značí slabou míru závislosti, $0,3 \leq R < 0,7$ značí střední míru závislosti, $0,7 \leq R < 1$ značí silnou míru závislosti (Hendl, 2004).

7.7 Praktický průběh realizace

Výše zmíněné služby byly seznámeny s designem výzkumu a osloveny s prosbou o spolupráci. Sběr dat probíhal za přítomnosti autorky, případně autorkou zaškoleného pracovníka služby. K zaškolení pracovníků došlo při návštěvě daného zařízení a v 1 případě, vzhledem k časové tísní, pomocí písemných instrukcí. O zařazení do výzkumu byli požádáni klienti doporučení pracovníky zařízení. Klienti nebyli doporučováni na základě předpokladu přítomnosti závislosti na jehle, ale především na základě posouzení celkového aktuálního stavu klienta pracovníkem a jeho zhodnocením, zda je vhodné klienta v danou chvíli s prosbou o účast oslovit. Do výzkumu byli následně zařazeni ti, kteří splnili výše uvedená kritéria. Vzhledem k časové náročnosti baterie dotazníků byla v rámci účasti ve výzkumu nabízena incentiva v podobě sladkostí, které byly hrazeny z vlastních zdrojů autorky (cca 500 Kč). Baterie dotazníků byla vyplňována dle prostorových možností příslušného zařízení a dle preference respondenta. Vyplnění baterie dotazníku s jedním respondentem trvalo v rozmezí od 20 minut až po průběžné vyplňování během 3 dnů a prokázalo se tedy v některých případech jako extrémně časově náročné.

Předvýzkum proběhl na podzim roku 2019, sběr dat pak dále probíhal od února 2020 do června 2020, s přestávkou od března 2020 do května 2020, způsobenou celospolečenskou situací a s tím souvisejícím omezením nízkoprahových služeb na poskytování pouze bazálních výkonů. Vzhledem k tomuto časovému omezení došlo k přehodnocení původní myšlenky realizovat výzkum pouze na aktuálním pracovišti autorky (Terénní program Beroun, Magdaléna, o. p. s.) a došlo k oslovení dalších nízkoprahových služeb a následnému rozšíření výzkumu. Zpracování spolu s analýzou dat probíhalo průběžně od dubna 2020 do července 2020.

7.8 Etika

Zapojené služby i klienti byli předem informováni o účelu výzkumu, způsobu využití dat a především o jejich anonymitě. Baterie dotazníků byla se souhlasem označena anonymním kódem ve formátu: *první 3 písmena jména matky_den narození_první 3 písmena jména klienta_měsíc narození*, běžně využívaným v rámci nízkoprahových služeb pro identifikaci klientů. V případě odmítnutí přiřazení běžně užívaného kódu, byl respondentovi udělen kód v podobě *NC_číslo*.

Souhlas respondentů s účastí ve výzkumu proběhl ústní formou. Dobrovolná účast je stvrzena písemným prohlášením autorky v příloze diplomové práce. Odpovědi respondentů nemají žádný vliv na stávající nebo budoucí využívání příslušných nízkoprahových služeb, o čemž byli respondenti informováni předem. Respondenti měli možnost účast ve výzkumu odmítnout, v průběhu dotazování od výzkumu odstoupit, případně neodpovídat na otázky, na které odpovídat nechtěli.

Před samotnou žádostí o účast ve výzkumu byl zhodnocen psychický a fyzický stav klienta služby a výzkum nebyl předřazován případným potřebným intervencím. Po dokončení baterie dotazníků byli respondenti dotázáni na aktuální rozpoložení a na situaci bylo v případě potřeby reagováno. Tento aspekt byl velmi významnou součástí dotazování.

V rámci zachování anonymity jsou všechna data vyhodnocována společně, jednotliví klienti nejsou přiřazováni k příslušným službám. Záznamové archy budou po skončení výzkumu skartovány. Někteří respondenti souhlasili s pořízením kopie dotazníku IN-COME a jejím zařazením do klientské dokumentace dané služby, tato situace nastala konkrétně u 7 případů.

8 Interpretace výsledků

Následující podkapitoly prezentují získaná data. Pro lepší přehlednost jsou získaná data prezentována mimo jiné formou tabulek a grafů. Výsledky jsou zařazeny do 4 skupin, dle jednotlivých částí použité baterie dotazníků.

8.1 Základní charakteristiky výzkumného souboru

Základní charakteristiky výzkumného souboru byly zjišťovány pomocí IN-COME dotazníku a zahrnují tedy následující oblasti: bydlení, zaměstnání a vzdělání, zkušenost s testováním na infekční onemocnění a léčbou HCV, užívání návykových látek a rizikové chování.

8.1.1 Sociodemografické údaje

Výzkumný soubor (n=60) tvoří aktivní injekční uživatelé návykových látek. Do výzkumu se zapojilo 21 žen (35 %) a 39 mužů (65 %), celkem tedy výzkumný soubor tvoří 60 respondentů. Věkové zastoupení respondentů je poměrně široké a pohybuje se v rozmezí od 19 do 61 let. Celkový průměrný věk je 36,6 let a přibližně o 2 roky tedy převyšuje průměrný věk klientů nízkoprahových služeb dle NMS, medián má hodnotu 33. Průměrný věk mužů ve výzkumném souboru je 38 let, průměrný věk žen je 34 let. Všichni respondenti pochází z České republiky. Souhrnné údaje zobrazuje následující tabulka (tabulka 4).

Tabulka 4: Souhrnné věkově složení výzkumného souboru

	N	%	Minimum	Maximum	Průměr	Medián
Muži	39	65	24	61	38	35
Ženy	21	35	19	54	34	32
Všichni	60	100	19	91	36,6	33

Co se týče otázky bydlení, 25 respondentů uvádí bydlení o samotě (41,7 %), následuje bydlení s přáteli (17 odpovědí; 28,3 %) a bydlení s partnerem (12 odpovědí; 20 %), 5 respondentů žije s rodiči/rodinou (8,3 %) a pouze 1 respondent uvádí bydlení s partnerem a dítětem. V otázce místa bydlení se nejčastěji objevuje squat (25 odpovědí; 41,7 %), dále potom vlastní byt (14 odpovědí; 23,3 %), bydlení na ulici (9 odpovědí; 15 %), ubytovna (6 odpovědí; 10 %), cizí byt (4 odpovědi; 6,7 %) a bydlení u rodičů (2 odpovědi; 3,3 %). Spolubydlení s dalším uživatelem návykových látek uvádí většina, konkrétně 38 respondentů (63,3 %). Souhrnně otázku bydlení zobrazuje následující tabulka (tabulka 5).

Tabulka 5: Otázka bydlení

		Kde klient bydlí (frekvence)					
		Celkem	Sám	S rodiči/rodinou	S přáteli	S partnerem	S partnerem a dítětem
S kým klient bydlí (frekvence)	Doma (u rodičů)	2	0	2	0	0	0
	Vlastní byt, podnájem	14	4	2	5	2	1
	Cizí byt	4	1	0	0	3	0
	Ubytovna	6	4	0	2	0	0
	Squat	25	9	0	10	6	0
	Bez domova, na ulici	9	7	1	0	1	0
	Celkem	60	25	5	17	12	1

V otázce nejvyššího dosaženého vzdělání uvádí pouze 2 respondenti neukončené základní vzdělání (3,4 %), nejčastěji se objevuje základní vzdělání (24 respondentů; 40 %), následuje střední vzdělání s výučním listem (19 respondentů; 31,6 %) a střední škola s maturitou (15 respondentů; 25 %).

Nejvíce respondentů je v současné době bez zaměstnání (19 odpovědí; 31,7 %) nebo pracuje příležitostně (18 odpovědí; 30 %). Celkem 14 respondentů je registrováno na Úřadu práce (23,3 %) a 9 uvádí pravidelné zaměstnání (15 %).

Naprostá většina respondentů byla někdy v životě testována na HCV na HIV (51 respondentů; 85 %), 2 respondenti byli testováni pouze na HCV (3,3 %), pouze 7 respondentů (11,7 %) nebylo nikdy testováno ani na jedno ze zmíněných onemocnění. Léčbu HCV absolvovalo celkem 23 respondentů (38,3 %).

8.1.2 Užívání návykových látek

Průměrný věk první zkušenosti s injekční aplikací u výzkumného souboru je 20,02 let. Rozptyl věku první zkušenosti s injekční aplikací je poměrně široký a pohybuje se od 6 do 40 let. Výzkumný soubor zahrnuje uživatele v různých fázích drogové kariéry, nejkratší doba užívání formou injekční aplikace je 2 roky, nejdelší potom 39 let. Ženy začínají s injekční aplikací v průměru o 2 roky dříve než muži.

Za délku injekčního užívání je v rámci výzkumu považována doba od první zkušenosti s injekční aplikací po současnost, v rámci výzkumu nebyly dotazovány, ani nijak statisticky zpracovány, případné přestávky v injekčním užívání (např. v rámci nástupu léčby, VTOS, těhotenství, zdravotních komplikací, apod.), tímto faktem mohou být údaje nepochybně ovlivněny. Souhrnný přehled nabízí následující tabulka.

Tabulka 6: První zkušenost s injekční aplikací a délka injekční aplikace

	Minimum	Maximum	Průměr celkem	Průměr muži	Průměr ženy
První zkušenost s injekční aplikací	6	40	20,02	21	19
Délka injekční aplikace	2	39	16,67	17	16

Jako primární užívaná látka se nejčastěji objevuje pervitin (38 respondentů, 63,3 %), následovaný opioidy (22 respondentů, 36,7 %). Z opioidů se nejčastěji jedná o látky na bázi buprenorfinu, v nižší míře potom opium a heroin. Sběr dat částečně zasahoval do sezony makových polí, kdy v rámci tohoto období dochází u některých uživatelů k přesunu z běžné užívané primární látky k užívání opia. Tento fenomén se tedy promítá do výsledků výzkumu, z toho důvodu je jako možná samostatná kategorie primární užívané látky chápána také kombinace užívání látek na bázi buprenorfinu a užívání opia v tomto období, tato kategorie čítá celkem 6 respondentů (10 %).

Celkový přehled primární užívané látky, přítomnost polymorfního užívání a další užívané látky zobrazuje následující tabulka (tabulka 7).

Tabulka 7: Primární a další užívaná látka

		Frekvence	Procenta	Další užívaná látka (frekvence)							
				Bez další drogy	Pervitin	Buprenorfin	Heroin	Kononé látky	Kokain	Alkohol	Rivotril
Primární užívaná látka	Pervitin	38	63,3	6	0	7	0	23	0	8	0
	Buprenorfin	10	16,7	1	9	0	0	3	0	0	0
	Buprenorfin/opium	6	10,0	0	4	0	1	1	0	0	1
	Opium	1	1,7	0	1	0	0	0	0	0	0
	Heroin	5	8,3	0	3	1	0	1	1	0	0
Další užívaná látka				7	17	8	1	28	1	8	1

Polymorfní užívání uvádí naprostá většina (53 respondentů, 88,3 %), pouze 7 respondentů uvádí užívání jen jedné látky (11,7 %). Souběžné užívání dvou látek uvádí 42 respondentů (70 %), souběžné užívání tří a více látek uvádí 11 respondentů (18,3 %). Z dalších užívaných látek se nejčastěji objevuje kouření konopných látek (28 respondentů; 46,6 %), nejčastěji v kombinaci s užíváním pervitinu.

Konopné látky by, vzhledem k četnosti užívání u některých respondentů, mohly být označeny za primární užívanou látku, s ohledem na povahu výzkumu byla ale vždy jako primární látka upřednostněna látka užívaná injekčně, konkrétně se jedná o 12 respondentů (20 %). Druhou nejčastěji užívanou další látkou je pervitin (17 respondentů; 28,3 %), nejčastěji vedle užívání buprenorfinu.

Nejčastěji užívanou látkou obecně je v rámci výzkumného souboru pervitin, který, ať už jako svou primární látku nebo další užívanou látku uvádí celkem 55 respondentů (91,6 %).

Co se týče četnosti injekční aplikace primární látky, nejčastěji se objevuje aplikace 2-3x denně (22 respondentů, 36,6 %), dále potom se stejnou frekvencí užívání 1x denně (13 respondentů, 21,6 %) a více než 3x denně (13 respondentů, 21,6 %). Četnost užívání v souvislosti s primární látkou nabízí následující tabulka (tabulka 8).

Tabulka 8: Četnost užívání primární látky

	Frekvence	Procenta	Primární užívaná látka (frekvence)				
			Pervitin	Buprenofrin	Buprenofrin/opium	Opium	Heroin
1x denně	13	21,7	11	1	0	0	1
2-3x denně	22	36,7	13	6	1	1	1
Více než 3x denně	13	21,7	2	3	5	0	3
1-2x týdně	9	15	9	0	0	0	0
Obden	3	5	3	0	0	0	0

Jak již bylo zmíněno, souběžné užívání dvou a více látek uvádí 53 respondentů (88,3 %). Následující tabulka (tabulka č. 9) nabízí přehled četností užívání druhé látky. Nejčastěji se objevuje užívání konopných látek 2-3 denně, následováno užíváním konopných látek obden.

Tabulka 9: Četnost užívání 2. nejčastěji užívané látky

N=53	Frekvence	Procenta	2. nejčastěji užívaná látka (frekvence)						
			Pervitin	Buprenorfin	Heroin	Konopné látky	Kokain	Alkohol	Rivotril
1x denně	16	30,2	6	1	1	4	0	3	1
2-3x denně	13	24,5	0	3	0	10	0	0	0
Více než 3x denně	1	1,9	0	0	0	1	0	0	0
1-2x týdně	9	17	4	3	0	2	0	0	0
Obden	9	17	0	0	0	8	0	1	0
Víkendově	3	5,6	2	0	0	0	1	0	0
1x měsíc	2	3,8	2	0	0	0	0	0	0

Třetí užívanou látku uvedlo celkem 11 respondentů (18,3 %), nejčastěji jde stejnou mírou, po dvou respondentech, o užívání alkoholu a konopných látek 2-3x denně, dále pak vždy po jednom respondentovi užívání 1x denně pervitinu, konopných látek a alkoholu, užívání 1-2x týdně pervitinu a alkoholu a užívání 1x měsíčně pervitinu a buprenorfinu.

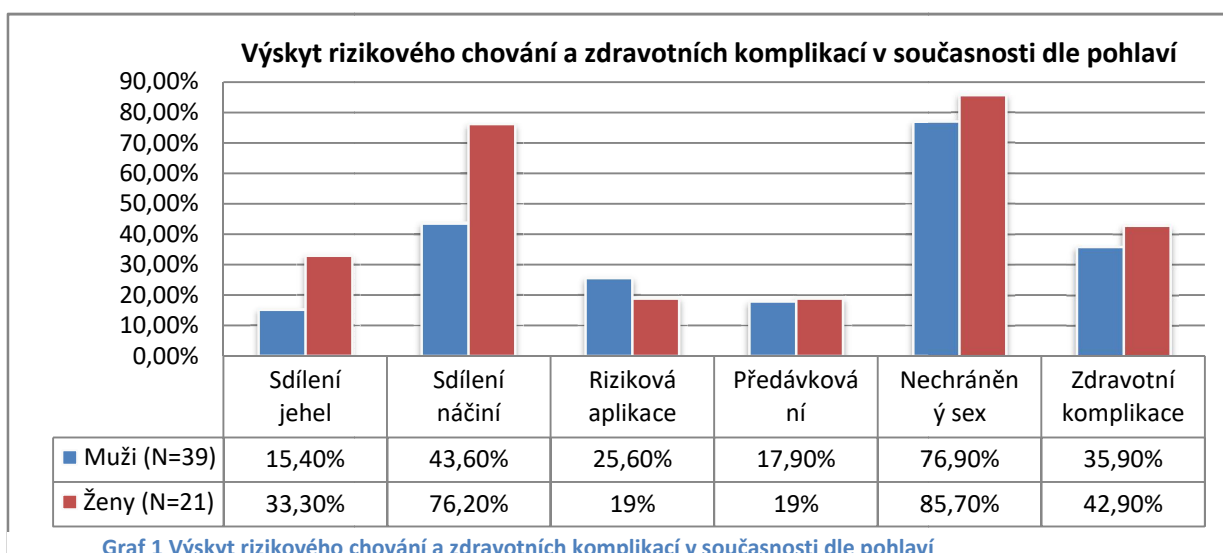
14.1.3. Rizikové chování a zdravotní komplikace v současnosti

Sdílení jehel v současnosti uvádí 13 respondentů (21,7 %), sdílení náčiní potřebného k injekční aplikaci 33 respondentů (55 %). Sdílení jehel a injekčního náčiní zároveň uvádí celkem 11 respondentů (18,3 %), nesdílení jehel ani injekčního náčiní v současné době uvádí 25 respondentů (41,7 %). Rizikovou aplikaci v současnosti (chápána v tomto smyslu jako aplikace do femorálních nebo krčních žil) uvádí 14 respondentů (23,3 %), nechráněný sex v současnosti 48 respondentů (80 %). Zkušenost s předávkováním 11 respondentů (18,3 %) a zdravotní komplikace v souvislosti s užíváním 23 respondentů (38,3 %). Sdílení jehel a injekčního náčiní a nechráněný sex v současnosti uvádí respondenti s průměrně nižším věkem a průměrnou kratší dobou injekční aplikace než respondenti, kteří toto rizikové chování neuvádí. Naopak rizikovou aplikaci, zdravotní komplikace způsobené užíváním a zkušenost s předávkováním uvádí respondenti s průměrně vyšším věkem a vyšší průměrnou dobou injekční aplikace (viz tabulka č. 10).

Tabulka 10: Výskyt rizikového chování a zdravotních komplikací v souvislosti s věkem a délkou injekční aplikace

		Frekvence	Procenta	Průměrný věk	Průměrná délka injekční aplikace
Sdílení jehel	ANO	13	21,7	34	14
	NE	47	78,3	37	17
Sdílení náčiní	ANO	33	55	34	15
	NE	27	45	39	18
Nechráněný sex	ANO	48	80	36	16
	NE	12	20	40	20
Riziková aplikace	ANO	14	23,3	40	23
	NE	46	76,7	36	15
Předávkování	ANO	11	18,3	40	22
	NE	49	81,7	36	15
Zdravotní komplikace	ANO	23	38,3	39	19
	NE	37	61,7	35	15

Co se týče porovnání mužů a žen, ve většině položek dosahují vyšších procentuálních hodnot ženy oproti mužům, výjimkou je riziková aplikace, kterou uvádí 25,6 % mužů (10 respondentů) oproti 19 % žen (4 respondentky). Shrnutí jednotlivých položek nabízí graf 1.



8.2 Míra rizikového chování

Míra rizikového chování byla zjišťována pomocí dotazníku BBV-TRAQ. Míra rizikového chování je tedy sledována ve třech oblastech: chování při injekční aplikaci, sexuální chování a jiné způsoby poškození kůže. Součtem skóre jednotlivých oblastí je potom možné získat celkovou míru rizikového chování.

Rozptyl minimálních a maximálních hodnot je velmi široký, celková minimální míra je 0, maximální celková míra rizikového chování má hodnotu 74. Průměrná míra rizikového chování u žen je ve všech oblastech vyšší než u mužů, což koresponduje se zjištěním výše zmíněných jednotlivých položek rizikového chování, zjišťovaných pomocí IN-COME dotazníku. Shrnutí minimálních, maximálních a průměrných hodnot zobrazuje tabulka 11.

Tabulka 11: Minimální, maximální a průměrné hodnoty míry rizikového chování

	Minimum	Maximum	Průměr	Průměr muži	Průměr ženy
Chování při injekční aplikaci	0	53	16	12	22
Sexuální chování	0	32	8	7	11
Jiné způsoby poškození kůže	0	14	2	2	3
Celková míra rizikového chování	0	74	26	21	35

Co se týče souvislosti mezi mírou rizikového chování a primární užívané látky, nejvyšších průměrných hodnot dosahují jednoznačně uživatelé opia, na druhém místě potom uživatelé buprenorfinu a na pomyslném třetím místě uživatelé pervitinu (viz tabulka 12).

Tabulka 12: Míra rizikového chování dle primární užívané látky

	Pervitin	Buprenorfin	Buprenorfin/opium	Opium	Heroin
Chování při injekční aplikaci	14	20	16	45	12
Sexuální chování	10	8	4	0	4
Jiné způsoby poškození kůže	2	2	1	7	1
Celková míra rizikového chování	26	30	20	52	18

Z tabulky je zřejmé, že uživatelé opioidů dosahují obecně nižších průměrných hodnot v otázce rizikového sexuálního chování oproti uživatelům pervitinu.

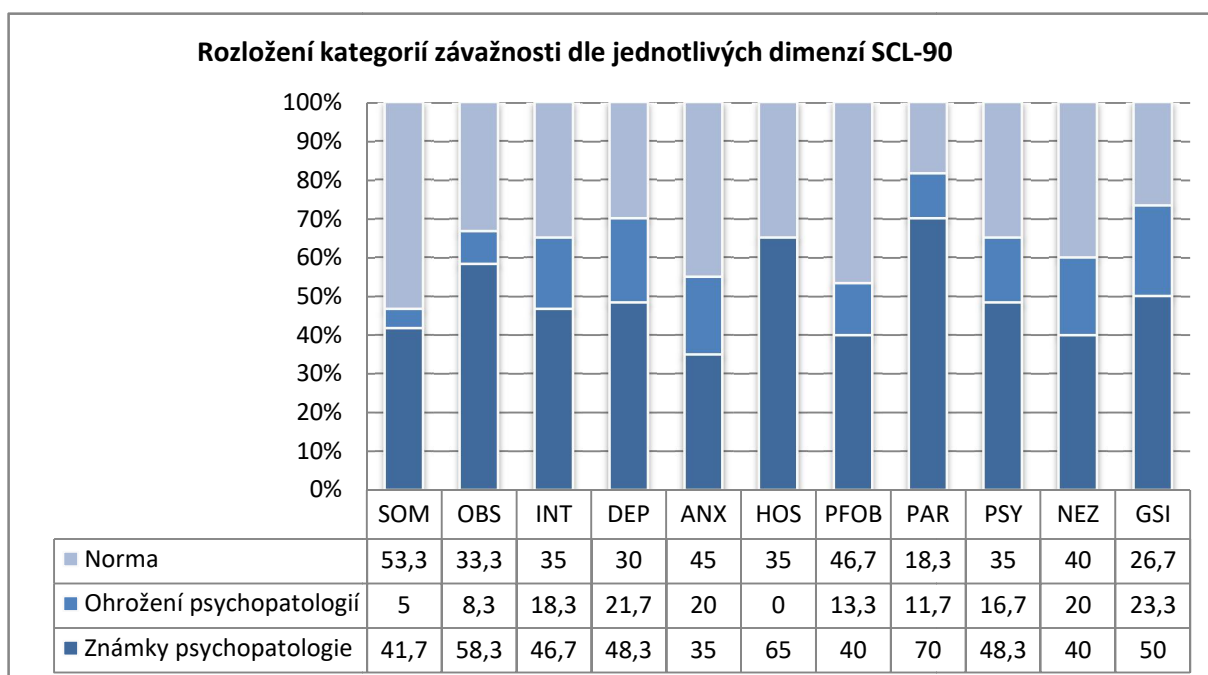
8.3 Psychopatologické charakteristiky

Psychopatologické charakteristiky výzkumného souboru byly určeny na základě dat získaných dotazníkem SCL-90. Jak již bylo zmíněno, pro potřeby výzkumu byly pro možnost porovnání vzorku jako celku utvořeny tři kategorie závažnosti: *norma*, *ohrožení*

psychopatologií, známky psychopatologie. Tyto kategorie eliminují zkreslení na základě rozdílných hranic normy a psychopatologie pro muže a ženy. U výzkumného souboru je tedy sledována míra aktuálních psychických symptomů v dimenzích: Somatizace, Obsese-kompulze, Interpersonální senzitivita, Deprese, Úzkost, Hostilita, Fobická úzkost, Paranoidní myšlení, Psychoticismus a nezařazené položky. Sledována je také celková míra distresu (GSI).

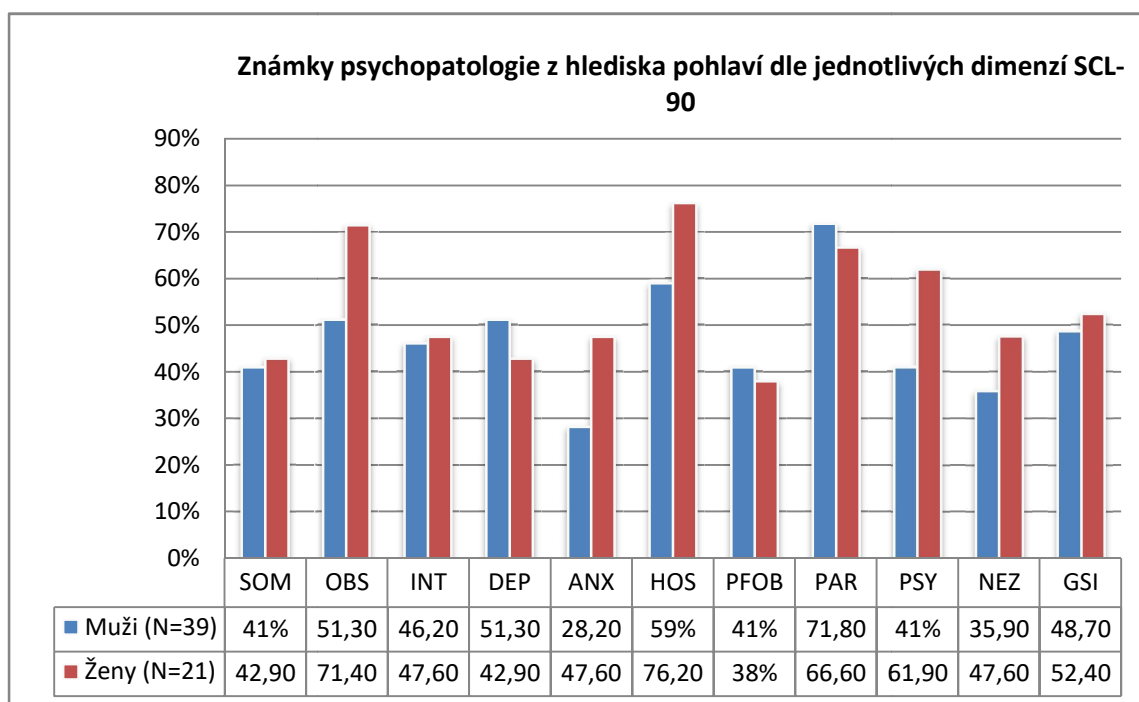
V rámci celého výzkumného souboru se nad hranicí normy nejvíce respondentů pohybuje v dimenzi Paranoidní myšlení (49 respondentů, 81,7 %), druhá v pořadí je dimenze Deprese (42 respondentů, 70 %), třetí v pořadí Obsese – kompulze (40 respondentů, 66,7 %). Na čtvrtém místě se nachází se stejným počtem respondentů 3 dimenze a to Hostilita (39 respondentů, 65 %), Interpersonální senzitivita (39 respondentů, 65 %) a Psychoticismus (39 respondentů, 65 %). Dále pak dimenze Nezařazené (36 respondentů, 60 %), Úzkost (33 respondentů, 55 %), Fobická úzkost (32 respondentů, 53,3 %) a poslední Somatizace (28 respondentů, 46,7 %). Celkovou míru distresu nad hranicí normy potom vykazuje celkem 44 respondentů, tedy 73,3 %.

Nad hranicí psychopatologie se nejvíce respondentů nachází rovněž v dimenzi Paranoidní myšlení (42 respondentů, 70 %), dále pak v dimenzi Hostilita (39 respondentů, 65 %) a Obsese – kompulze (35 respondentů, 58,3 %). Nad hranicí psychopatologie se v rámci míry celkového distresu pohybuje celkem 30 respondentů, tedy přesně polovina. Podrobnější přehled se nachází v následujícím grafu (graf 2).



Graf 2 Rozložení kategorií závažnosti dle jednotlivých dimenzí SCL-90

V kategorii *norma* napříč všemi dimenzemi dotazníku SCL – 90 se nachází celkem 3 respondenti (5%). Nad hranicí normy napříč všemi dimenzemi se nachází celkem 7 respondentů (11,6 %), z toho 4 respondenti v kategorii *známky psychopatologie* napříč všemi dimenzemi (6,6 %). Procentuální srovnání dle jednotlivých dimenzí u žen a mužů nabízí následující graf (graf 3).



Graf 3 Známky psychopatologie z hlediska pohlaví dle jednotlivých dimenzí SCL-90

8.4 Závislost na jehle

Závislost na jehle je u jednotlivých respondentů určena na základě výstupů dotazníku NEFPRO, jedná s především o klinický nástroj a není tedy možné na tomto podkladě uvažovat výsledky jako diagnostiku jevu, v důsledku se jedná spíše o znaky, které na závislost na jehle poukazují. Sledované znaky shrnují následující oblasti: substituce, prožitek bolesti, opakované aspirace, probouzení pocitů sexuální povahy, injekční aplikace jako náhrada za sex. Jak již bylo zmíněno, za závislé na jehle jsou, pro potřeby výzkumu, považováni ti, kteří pozitivně odpověděli na otázky alespoň v jedné ze zmíněných oblastí. **Závislost na jehle** se objevuje celkem u 23 respondentů (**38,3 %**), tedy s překvapivou četností. Jedná se o 12 mužů (30,7 %) a 11 žen (52,4 %).

Vzhledem k širokému rozpětí délky injekčního užívání respondentů a předpokladu, že závislost na jehle s délkou injekční aplikace může souviset, vycházející z teoretické části práce, byla tato možnost dále zkoumána.

Nejdříve byl proveden test normality pomocí Shapiro-Wilkova testu, kdy bylo ověřeno, že tato proměnná má normální rozložení. Na tomto základě byl jako metoda pro verifikaci, zda je mezi těmito dvěma skupinami signifikantní rozdíl, zvolen Studentův t-test, který určuje statisticky signifikantní rozdíl mezi dvěma průměry vyhodnocovaných skupin. S ohledem na různý počet respondentů ve skupinách byla zvolena nepárová varianta t-testu, který porovnává dvě náhodně vybrané skupiny. Tento test předpokládá, že zkoumaná proměnná ve skupinách je normálně rozložená (Hendl & Remr, 2017).

První skupinou jsou uživatelé, kteří vykazují známky závislosti na jehle, druhou porovnávanou skupinou jsou ti, kteří znaky závislosti na jehle nevykazují. Pro potřeby testu byla sestavena následující nulová hypotéza:

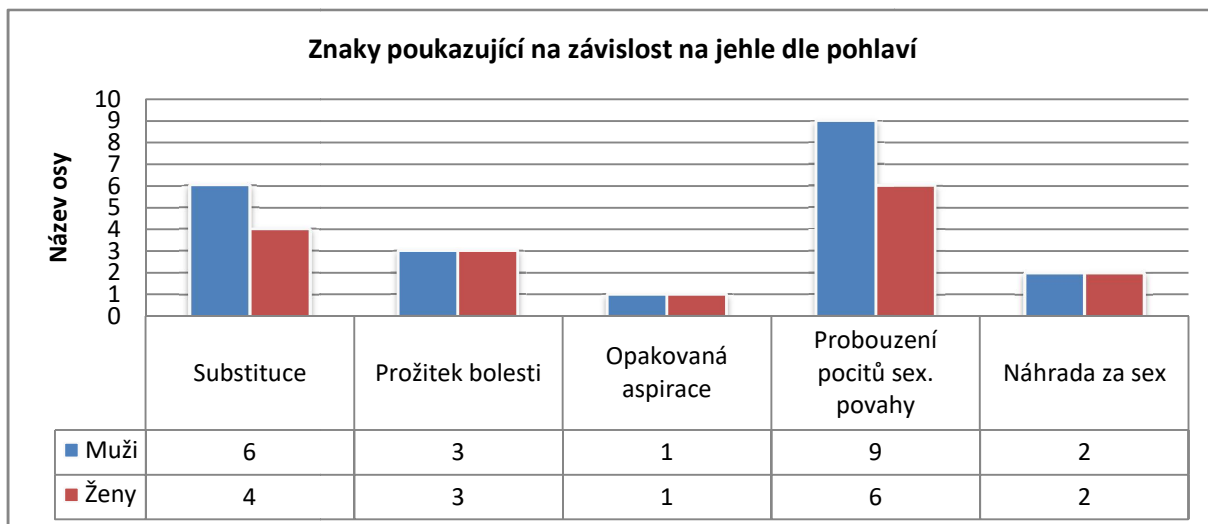
H_0 : Mezi skupinou uživatelů, kteří vykazují znaky závislosti na jehle a skupinou uživatelů, kteří znaky závislosti na jehle nevykazují, není signifikantní rozdíl v průměrné délce injekční aplikace.

Tabulka 13: Závislost na jehle v souvislosti s délkou injekční aplikace (Studentův t-test)

Závislost na jehle	ANO	NE
Délka injekční aplikace - průměr	17,83	15,95
N	23	37
Výsledná p-hodnota t-testu	0,4136	

Výsledná p-hodnota t-testu je rovna $p=0,4136$, test tedy nevyvrací nulovou hypotézu, tj. nebyl prokázán statisticky signifikantní rozdíl v délce injekční aplikace mezi zkoumanými skupinami. Z výsledků testů tedy vyplývá, že v případě zkoumaného výzkumného souboru, délka injekční aplikace nijak signifikantně neovlivňuje přítomnost závislosti na jehle.

Následující výsledky jsou zpracovány pouze pro respondenty vykazující známky závislosti na jehle, tedy $n=23$. Nejčastěji se jako znak závislosti na jehle objevuje probouzení pocitů sexuální povahy (15 respondentů; 65,2 %), dále pak substituce (10 respondentů, 43,8 %) a prožitek bolesti (6 respondentů, 26,0 %). Shrnutí jednotlivých oblastí dle počtu mužů a žen nabízí následující graf.



Graf 4 Znaky poukazující na závislost na jehle dle pohlaví

Identifikace závislosti na jehle na základě kladných odpovědí v jedné z oblastí proběhla u 13 respondentů (56,5 %), na základě kladných odpovědí ve dvou oblastech proběhla u 7 respondentů (30,4 %), ve třech oblastech potom u 1 respondenta (4,3 %) a ve čtyřech u dvou respondentů (8,6 %).

8.5 Odpovědi na výzkumné otázky

Otázka č. 1: Liší se míra rizikového chování u uživatelů, kteří vykazují znaky fixace na jehle v porovnání s uživateli, kteří fixaci na jehle nevykazují? Pokud ano, jak?

Pro zodpovězení výzkumné otázky byly celkem provedeny 4 testy (neparametrický Mann-Whitneyho test) dle jednotlivých oblastí rizikového chování: rizikové chování při injekční aplikaci; rizikové sexuální chování; další formy rizikového chování pro přenos VHB, VHC a HIV; celková míra rizikového chování. Souhrnné výsledky testů zobrazuje následující tabulka (tabulka č. 14). Zvolená hladina významnosti pro všechny provedené testy byla stanovena v hodnotě 0,05.

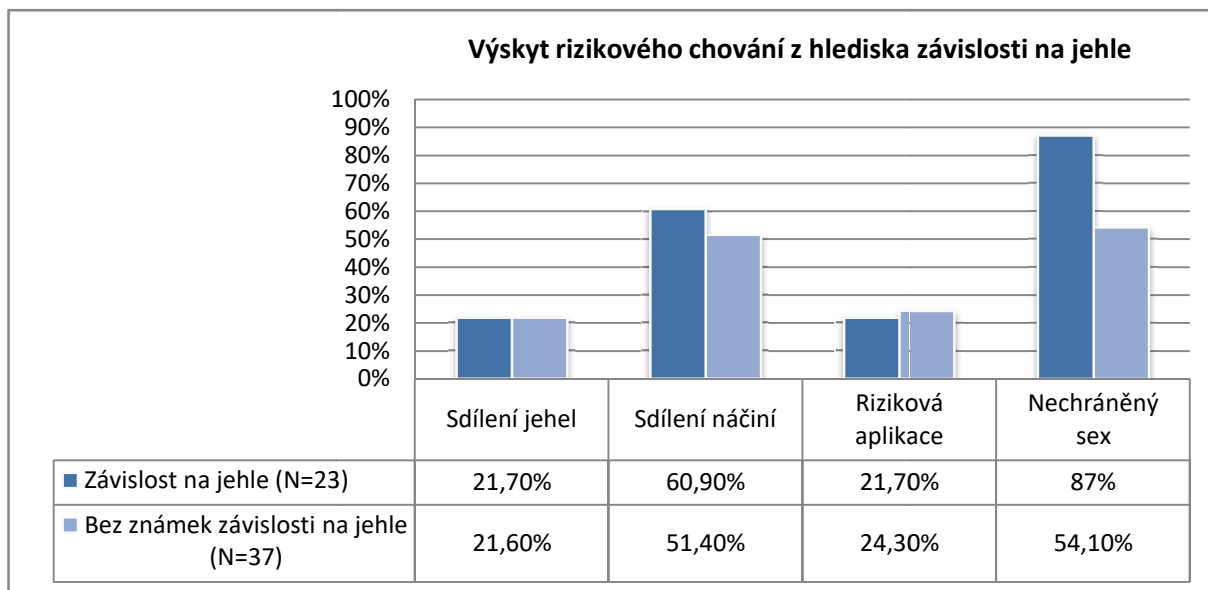
Tabulka 14: Mann-Whitneyho test: p-hodnota a popisné statistiky

Proměnná	Závislost na jehle	N	medián	průměr	Sm. odch.	p-hodnota
Chování při injekční aplikaci	ano	23	12	16,8	15,4	0,611
	ne	37	10	14,8	13,8	
Sexuální chování	ano	23	6	6,8	7,9	0,316
	ne	37	8	9,1	8,8	
Další formy rizikového chování	ano	23	2	2,3	2,4	0,261
	ne	37	1	1,7	2,8	
Celková míra rizikového chování	ano	23	27	26,0	17,6	0,855
	ne	37	25	25,6	19,9	

Mezi uživateli, kteří vykazují znaky závislosti na jehle a těmi, kteří tyto znaky nevykazují, nebyl prokázán statisticky signifikantní rozdíl pro žádnou z proměnných rizikového chování. Všechny p – hodnoty testu jsou vyšší než zvolená hladina významnosti 0,05.

Doplnění na základě výstupu z dotazníku IN-COME

Dotazník IN-COME zahrnuje 4 otázky zkoumající rizikové chování uživatelů, v rámci výzkumu bylo dotazováno sdílení jehel a injekčního náčiní, riziková injekční aplikace a nechráněný sex v současnosti. Následující graf (graf 5) nabízí procentuální srovnání skupiny uživatelů označených za závislé na jehle v porovnání s uživateli bez známek závislosti na jehle.



Graf 5 Výskyt rizikového chování z hlediska závislosti na jehle

Sdílení jehel se u obou skupin objevuje v podobném procentuálním zastoupení. Z uživatelů vykazujících znaky závislosti na jehle uvádí sdílení jehel 21,7 % (5 respondentů), z uživatelů bez známek závislosti na jehle potom 21,6 % (8 respondentů). Sdílení náčiní potřebného k injekční aplikaci častěji uvádí respondenti vykazující znaky závislosti na jehle, konkrétně 60,9 % (14 respondentů) oproti 51,6 % respondentů bez znaků závislosti na jehle (19 respondentů). Naopak riziková aplikace se častěji objevuje u respondentů bez znaků závislosti na jehle, konkrétně u 24,3 % (9 respondentů) oproti 21,7 % respondentů se znaky závislosti na jehle (5 respondentů). Nechráněný sex v současnosti uvádí 87 % respondentů se znaky závislosti na jehle (20 respondentů) oproti 54,1 % respondentů bez znaků závislosti na jehle (20 respondentů).

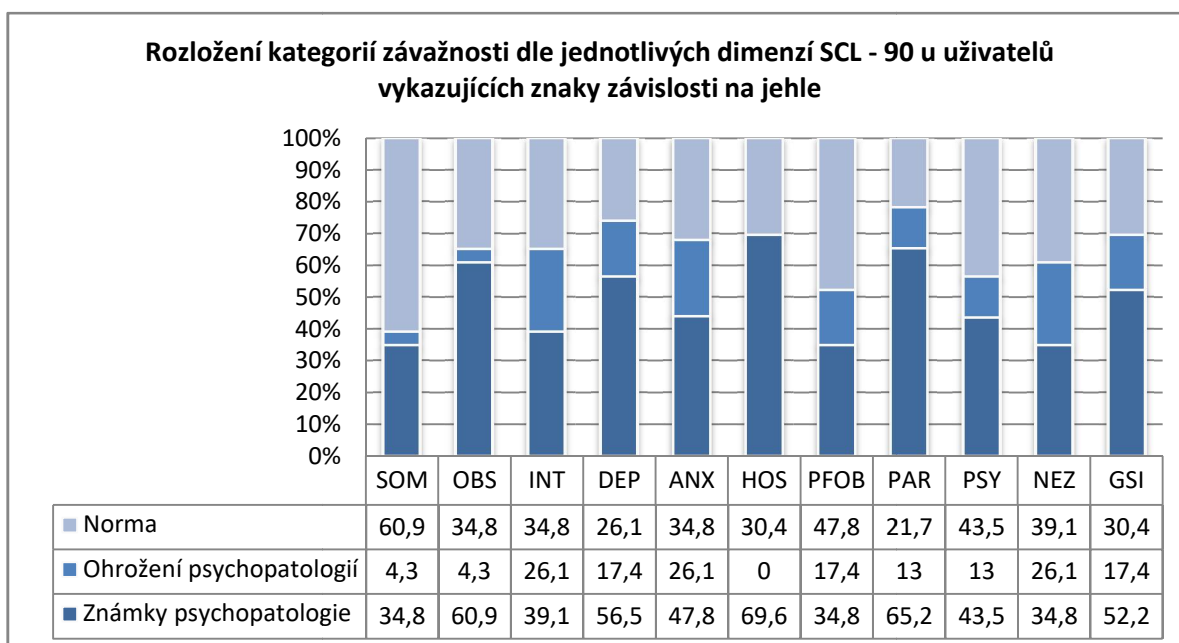
Shrnutí

Procentuální zastoupení výskytu rizikového chování se v rámci sledovaných skupin liší. Sdílení náčiní potřebného k injekční aplikaci a nechráněný sex se ve vyšší míře objevuje u skupiny uživatelů vykazující známky závislosti na jehle, riziková aplikace potom ve vyšší míře u uživatelů bez známek závislosti na jehle. Vzhledem k nízkému počtu respondentů ale není možné tyto závěry generalizovat na celou populaci uživatelů. Zároveň otázky dotazníku IN-COME sledovaly pouze přítomnost daného chování, nikoliv míru rizika. Na základě provedených testů je potom zřejmé, že není signifikantní rozdíl v míře rizikového chování spojeného s injekční aplikací; rizikového sexuálního chování ani v dalších formách rizikového chování pro přenos VHB, VHC a HIV u sledovaných skupin. Signifikantní rozdíl rovněž nebyl prokázán v celkové míře rizikového chování. Lze tedy

konstatovat, že míra rizikového chování se u uživatelů se závislostí na jehle nijak neliší oproti míře rizikového chování uživatelů bez znaků závislosti na jehle.

Otázka č. 2: Vyskytují se u uživatelů, kteří vykazují znaky fixace na jehle, psychopatologické charakteristiky? Pokud ano, jaké?

U uživatelů, kteří vykazují znaky závislosti na jehle, se objevují 4 kategorie, ve kterých se nachází více než polovina respondentů této skupiny nad hranicí psychopatologie. Nejčastěji zastoupena dimenze Hostilita (16 respondentů; 69,6 %), poté Paranoidní myšlení (15 respondentů; 65,2 %), dále dimenze Obsese – kompulze (14 respondentů; 60,9 %) a Deprese (13 respondentů, 56,5 %). Méně než polovina respondentů potom vyazuje známky psychopatologie v dimenzích Úzkost (11 respondentů; 47,8 %), Psychoticismus (10 respondentů; 43,5 %), Interpersonální senzitivita (9 respondentů; 39,1 %). Nejméně je potom stejnou mírou zastoupená Fobická úzkost a Nezařazené položky (8 respondentů; 34,8 %). Celková míra distresu nad hranicí psychopatologie je přítomna u 52,2 % (12 respondentů). Procentuální zastoupení kategorií závažnosti dle jednotlivých dimenzí podrobněji zobrazuje následující graf (graf 6).



Graf 6 Rozložení kategorií závažnosti dle jednotlivých dimenzí SCL - 90 u uživatelů vykazujících znaky závislosti na jehle

Otázka č. 2. 1: Jak se tyto charakteristiky liší v porovnání s uživateli, kteří závislost na jehle nevykazují?

Výzkumnou otázku č. 2. 1. lze chápat jako pozorování rozdílu v míře závažnosti jednotlivých psychopatologických charakteristik, potažmo míře aktuálních psychických

symptomů, mezi vzorky dvou různých populací, konkrétně potom u uživatelů, kteří vykazují znaky závislosti na jehle a uživatelů, kteří tyto znaky nevykazují (vzniklé kontrolní skupině). Pro potřeby výzkumné otázky bylo celkem provedeno 11 testů. Zvolená hladina významnosti pro všechny provedené testy byla stanovena v hodnotě 0,05. Výsledky jednotlivých testů jsou zobrazeny v následujících tabulkách. (tabulka č. 15 – tabulka č. 25).

Somatizace

V rámci dimenze Somatizace v kategorii *známky psychopatologie* vykazují uživatelé bez známek závislosti na jehle o 11 procentních bodů vyšší zastoupení než uživatelé, kteří známky závislosti na jehle vykazují. Podrobnější přehled dle jednotlivých kategorií nabízí následující tabulka (tabulka č. 15).

Tabulka 15: Somatizace: kontingenční tabulka a chí-kvadrát test

Chí-kvadrát test p-hodnota: 0,356		Somatizace						
		1. Norma		2. Ohrožení psychopatologií		3. Znamky psychopatologie		celkem
		n	%	n	%	n	%	
Závislost na jehle	ANO	14	61	1	4	8	35	23
	NE	18	49	2	5	17	46	37
	celkem	32		3		25		60

U dimenze Somatizace byly kategorie *ohrožení psychopatologií* a *známky psychopatologie* sloučeny, vzhledem k malému zastoupení v kategorii *ohrožení psychopatologií*. Závislost kategorií dimenze Somatizace na závislosti na jehle není dle Chí-kvadrát testu na hladině významnosti 0,5 statisticky signifikantní.

Obsese – kompulze

V rámci dimenze Obsese-kompulze v kategorii *známky psychopatologie* mají uživatelé, kteří známky závislosti na jehle nevykazují o 4 procentní body nižší výskyt oproti uživatelům se známkami závislosti na jehle. Podrobnější přehled dle jednotlivých kategorií nabízí následující tabulka (tabulka č. 16).

Tabulka 16: Obsese - kompulze: kontingenční tabulka a chí-kvadrát test

Chí-kvadrát test p-hodnota: 0,851		Obsese-kompulze						
		1. Norma		2. Ohrožení psychopatologií		3. Znamky psychopatologie		celkem
		n	%	n	%	n	%	
Závislost na jehle	ANO	8	35	1	4	14	61	23
	NE	12	32	4	11	21	57	37
	celkem	20		5		35		60

V rámci dimenze Obsese-kompulze byly kategorie *ohrožení psychopatologií* a *známky psychopatologie* sloučeny, vzhledem k malému zastoupení v kategorii *ohrožení psychopatologií*. Závislost kategorií dimenze Obsese-kompulze na závislosti na jehle není dle Chí-kvadrát testu na hladině významnosti 0,5 statisticky signifikantní.

Interpersonální senzitivita

V rámci dimenze Interpersonální senzitivita mají v kategorii *známky psychopatologie* uživatelé bez závislosti na jehle o 12 procentních bodů nižší zastoupení než uživatelé se závislostí na jehle.

Tabulka 17: Interpersonální senzitivita: kontingenční tabulka a chí-kvadrát test

Chí-kvadrát test p-hodnota: 0,432		Interpersonální senzitivita						celkem
		1. Norma		2. Ohrožení psychopatologií		3. Znamky psychopatologie		
		n	%	n	%	n	%	
Závislost na jehle	ANO	8	35	6	26	9	39	23
	NE	13	35	5	14	19	51	37
	celkem	21		11		28		60

Závislost kategorií dimenze Interpersonální senzitivita na závislosti na jehle není dle Chí-kvadrát testu na hladině významnosti 0,5 statisticky významná.

Deprese

V kategorii *známky psychopatologie* mají u dimenze deprese uživatelé bez závislosti na jehle o 14 procentních bodů nižší zastoupení oproti uživatelům se závislostí na jehle.

Tabulka 18: Deprese: kontingenční tabulka a chí-kvadrát test

Chí-kvadrát test p-hodnota: 0,600		Deprese						celkem
		1. Norma		2. Ohrožení psychopatologií		3. Znamky psychopatologie		
		n	%	n	%	n	%	
Závislost na jehle	ANO	6	26	4	17	13	57	23
	NE	12	32	9	24	16	43	37
	celkem	18		13		29		60

Závislost kategorií dimenze Deprese na závislosti na jehle není dle Chí-kvadrát testu na hladině významnosti 0,5 statisticky významná.

Úzkost

V rámci dimenze Úzkost mají v kategorii známky psychopatologie uživatelé bez známek závislosti na jehle o 21 procentních bodů nižší zastoupení než uživatelé se závislostí na jehle.

Tabulka 19: Úzkost: kontingenční tabulka a chí-kvadrát test

Chí-kvadrát test p-hodnota: 0,253		Úzkost						
		1. Norma		2. Ohrožení psychopatologií		3. Znamky psychopatologie		celkem
		n	%	n	%	n	%	
Závislost na jehle	ANO	8	35	4	17	11	48	23
	NE	19	51	8	22	10	27	37
	celkem	27		12		21		60

Závislost kategorií dimenze Úzkost na závislosti na jehle není dle Chí-kvadrát testu na hladině významnosti 0,5 statisticky významná.

Hostilita

V kategorii známky psychopatologie mají u dimenze Hostilita respondenti bez závislosti na jehle o 8 procentních bodů nižší zastoupení oproti respondentům se závislostí na jehle.

Tabulka 20: Hostilita: kontingenční tabulka a chí-kvadrát test

Chí-kvadrát test p-hodnota: 0,559		Hostilita						
		1. Norma		2. Ohrožení psychopatologií		3. Znamky psychopatologie		celkem
		n	%	n	%	n	%	
Závislost na jehle	ANO	7	30	0	0	16	70	23
	NE	14	38	0	0	23	62	37
	celkem	21		0		39		60

Závislost kategorií dimenze Hostilita na závislosti na jehle není dle Chí-kvadrát testu na hladině významnosti 0,5 statisticky významná.

Fobická úzkost

V kategorii známky psychopatologie se u dimenze Fobická úzkost mají respondenti bez znaků závislosti na jehle o 8 procentních bodů vyšší zastoupení oproti respondentům se závislostí na jehle.

Tabulka 21: Fobická úzkost: kontingenční tabulka a chí-kvadrát test

Chí-kvadrát test p-hodnota: 0,696		Fobická úzkost						
		1. Norma		2. Ohrožení psychopatologií		3. Znamky psychopatologie		celkem
		n	%	n	%	n	%	
Závislost na jehle	ANO	11	48	4	17	8	35	23
	NE	17	46	4	11	16	43	37
	celkem	28		8		24		60

Závislost kategorií dimenze Fobická úzkost na závislosti na jehle není dle Chí-kvadrát testu na hladině významnosti 0,5 statisticky významná.

Paranoidní myšlení

V rámci dimenze Paranoidní myšlení mají respondenti bez známek závislosti na jehle v kategorii známky psychopatologie o 8 procentních bodů vyšší zastoupení oproti respondentům se závislostí na jehle.

Tabulka 22: Paranoidní myšlení: kontingenční tabulka a chí-kvadrát test

Chí-kvadrát test p-hodnota: 0,591		Paranoidní myšlení						
		1. Norma		2. Ohrožení psychopatologií		3. Znamky psychopatologie		celkem
		n	%	n	%	n	%	
Závislost na jehle	ANO	5	22	3	13	15	65	37
	NE	6	16	4	11	27	73	23
	celkem	11		7		42		60

V rámci dimenze Paranoidní myšlení byly kategorie *ohrožení psychopatologií* a *znamky psychopatologie* sloučeny, vzhledem k malému zastoupení v kategorii *ohrožení psychopatologií*. Závislost kategorií dimenze Paranoidní myšlení na závislosti na jehle není dle Chí-kvadrát testu na hladině významnosti 0,5 statisticky významná.

Psychoticismus

V kategorii *znamky psychopatologie* mají u dimenze Psychoticismus respondenti bez závislosti na jehle o 8 procentních bodů vyšší výskyt oproti respondentům se závislostí na jehle.

Tabulka 23: Psychoticismus: kontingenční tabulka a chí-kvadrát test

Chí-kvadrát test p-hodnota: 0,537		Psychoticismus						
		1. Norma		2. Ohrožení psychopatologií		3. Znamky psychopatologie		celkem
		n	%	n	%	n	%	
Závislost na jehle	ANO	10	43	3	13	10	43	23
	NE	11	30	7	19	19	51	37
	celkem	21		10		29		60

Závislost kategorií dimenze Psychoticismus na závislosti na jehle není dle Chí-kvadrát testu na hladině významnosti 0,5 statisticky významná.

Nezařazené položky

V rámci dimenze Nezařazené položky mají v kategorii známky psychopatologie respondenti bez závislosti na jehle o 8 procentních bodů vyšší výskyt ve srovnání s respondenty bez závislosti na jehle.

Tabulka 24: Nezařazené položky: kontingenční tabulka a chí-kvadrát test

Chí-kvadrát test p-hodnota: 0,621		Nezařazené položky						
		1. Norma		2. Ohrožení psychopatologií		3. Znamky psychopatologie		celkem
		n	%	n	%	n	%	
Závislost na jehle	ANO	9	39	6	26	8	35	23
	NE	15	41	6	16	16	43	37
	celkem	24		12		24		60

Závislost kategorií dimenze Nezařazené položky na závislosti na jehle není dle Chí-kvadrát testu na hladině významnosti 0,5 statisticky významná.

Souhrnná míra distresu

V rámci souhrnné míry distresu mají v kategorii známky psychopatologie respondenti bez závislosti na jehle o 3 procentní body nižší zastoupení oproti respondentům se závislostí na jehle.

Tabulka 25: Souhrnná míra distresu: kontingenční tabulka a chí-kvadrát test

Chí-kvadrát test p-hodnota: 0,671		Celková míra distresu						celkem
		1. Norma		2. Ohrožení psychopatologií		3. Znamky psychopatologie		
		n	%	n	%	n	%	
Závislost na jehle	ANO	7	30	4	17	12	52	23
	NE	9	24	10	27	18	49	37
	celkem	16		14		30		60

Závislost kategorií souhrnné míry distresu na závislosti na jehle není dle Chí-kvadrát testu na hladině významnosti 0,5 statisticky významná.

SHRNUTÍ

U uživatelů, kteří vykazují znaky závislosti na jehle, se psychopatologické charakteristiky vyskytují. V nejvyšší míře objevují následující: Hostilita (16 respondentů; 69,6 %), Paranoidní myšlení (15 respondentů; 65, 2 %), dále dimenze Obsese – kompulze (14 respondentů; 60,9 %) a Deprese (13 respondentů, 56,5 %). Souhrnná míra distresu nad hranicí psychopatologie je přítomna u 52,2 % (12 respondentů).

V rámci porovnání míry závažnosti jednotlivých psychopatologických charakteristik mezi uživateli, kteří vykazují znaky závislosti na jehle a uživateli, kteří tyto znaky nevykazují, byly nalezeny rozdíly v počtu procentuálních bodů u jednotlivých kategorií, nicméně na základě Chí-kvadrát testu nebyl prokázán statisticky signifikantní rozdíl v žádné z testovaných dimenzí dotazníku SCL-90. Lze tedy konstatovat, že zmíněné charakteristiky se v porovnání u obou skupin nijak neliší.

Otázka č. 3: Liší se míra rizikového chování u uživatelů vykazujících fixaci na jehle dle jejich psychopatologických charakteristik? Pokud ano, jak?

Poslední výzkumná otázka se zaměřuje na souvislost mezi mírou rizikového chování a jednotlivými psychopatologickými charakteristikami, potažmo mírou aktuálních psychických symptomů, u uživatelů, kteří vykazují známky závislosti na jehle. Pro sledování míry rizikového chování je použito skóre celkové míry rizikového chování, získané dotazníkem BBV-TRAQ. Pro určení míry psychopatologických charakteristik jsou použita data získaná dotazníkem SCL-90.

Celkem bylo provedeno 11 testů dle jednotlivých dimenzí SCL-90. Zvolená hladina významnosti pro všechny provedené testy byla stanovena v hodnotě 0,05. Testové hodnoty dle jednotlivých dimenzí shrnuje následující tabulka (tabulka č. 26). Všechny závislosti, které jsou dle testu statisticky významné na hladině významnosti 0,05, jsou označeny červeně.

Tabulka 26: Závislost na jehle a SCL - 90, korelační matice

	N	Spearmanův korelační koeficient (R)	p - hodnota
Somatizace (SOM)	23	0,19	0,155
Obsese – kompulze (OBS)	23	0,30	0,021
Interpersonální senzitivita (INT)	23	0,22	0,086
Deprese (DEP)	23	0,31	0,016
Úzkost (ANX)	23	0,35	0,005
Hostilita (HOS)	23	0,39	0,002
Fobická úzkost (PFOB)	23	0,27	0,037
Paranoidní myšlení (PAR)	23	0,20	0,118
Psychoticismus (PSY)	23	0,25	0,049
Nezařazené (NEZ)	23	0,22	0,087
Celková míra distresu (GSI)	23	0,32	0,013

U statisticky významných závislostí jsou všechny hodnoty korelačního koeficientu kladné, tedy čím vyšší hodnota dané dimenze, tím vyšší je celková míra rizikového chování. S vyššími hodnotami dimenze Fobická úzkost ($R=0,27, p=0,037<0,05$) a Psychoticismus ($R=0,25, p=0,049<0,05$) jsou ve slabé míře závislosti spojeny vyšší hodnoty celkové míry rizikového chování. S vyššími hodnotami dimenzí Obsese – kompulze ($R=0,30, p=0,021<0,05$), Deprese ($R=0,31, p=0,016<0,05$), Úzkost ($R=0,35, p=0,005<0,05$) a Hostilita ($R=0,39, p=0,002<0,05$) jsou ve střední míře závislosti spojeny vyšší hodnoty celkové míry rizikového chování. S vyššími hodnotami Celkové míry distresu ($R=0,32, p=0,013<0,05$) jsou potom vyšší hodnoty celkové míry rizikového chování spojeny rovněž ve střední míře závislosti.

SHRNUTÍ

Z výsledků testů vyplývá, že míra rizikového chování se u uživatelů vykazujících znaky závislosti na jehle dle jednotlivých psychopatologických charakteristik liší. U dimenzí Somatizace, Interpersonální senzitivita a Nezařazené položky nebyla prokázána korelace mezi danou dimenzí a celkovou mírou rizikového chování, v kladném ani záporném směru. Oproti tomu u dimenzí Fobická úzkost a Psychoticismus byla prokázána slabá míra kladné korelace mezi danou dimenzí a celkovou mírou rizikového chování. U dimenzí Obsese, Deprese a Úzkost dokonce střední míra kladné korelace. Zároveň z výsledků vyplývá, že také Celková míra distresu ve střední míře kladně koreluje s celkovou mírou rizikového chování.

Domnívám se, že výzkumné otázky byly zodpovězeny.

9 DISKUZE A ZÁVĚRY

9.1 Obecné a metodologické poznámky

V rámci výzkumu se sestavená baterie dotazníků ukázala jako časově velmi náročná, časová náročnost byla předpokládána již při tvorbě designu práce, nicméně předpoklad doby administrace byl v průběhu sběru dat s respondenty opakovaně a velkou mírou překračován. Tento limit se projevil jako komplikace, jak na straně služeb a pracovníků, tak na straně klientů a případných respondentů. Otázka motivace zapojení všech zúčastněných do výzkumu, s ohledem na jeho rozsah, není v rámci diplomové práce snadno řešitelná. A to především vzhledem k nemožnosti nabídnout adekvátní incentiva respondentům nebo přidat hodnotu službě a jejím pracovníkům. Citlivost některých otázek baterie dotazníků se ukázala být překážkou jen do jisté míry a to především ze strany pracovníků služeb při oslovování s prosbou o zapojení.

Otázka časové náročnosti a citlivosti otázek byla, jak již bylo zmíněno, autorce předem známa a bylo s ní v rámci výzkumu počítáno. Původní myšlenkou bylo provést výzkum pouze v rámci aktuálního pracoviště autorky, kde je pro sběr dat tohoto rozsahu dostatečný čas i prostor a zároveň existuje navázaný vztah a především důvěra mezi autorkou a respondenty. Bohužel, vzhledem k celospolečenské situaci související s COVID – 19 a s ní souvisejícím omezením nízkoprahových služeb na poskytování bazálních výkonů, bylo vzhledem k zásadnímu omezení výsledného času pro sběr dat, nutno od původního záměru odstoupit. O zapojení do sběru dat byly požádány další služby a jejich pracovníci, zároveň autorka sama navštívila další služby. Tímto krokem se ztratil původní, a pro autorku velmi důležitý, aspekt sběru dat. Tímto aspektem je myšlen navázaný vztah a důvěra mezi respondentem a výzkumníkem, který sice může v některých směrech vést ke zkreslení, nicméně vzhledem k rozsahu a povaze výzkumu a výzkumného souboru mohl být z pohledu autorky spíše ku prospěchu. Především pro větší osobní komfort respondentů, který autorka shledává jako naprosto zásadní. Ať už v rámci odpovědi na citlivé otázky nebo důvěry, že účast ve výzkumu mohou skutečně odmítnout a nemusí odpovídat na všechny výzkumné otázky, čímž není myšleno, že by v některém případě byla porušena otázka etiky. Jde spíše o drobné nuance, které je možné na základě existujícího vztahu rozpoznat a adekvátně na ně reagovat. Na druhou stranu, rozšířením do dalších služeb, získal výzkum nepochybně širší spektrum respondentů a větší počet tazatelů potom zajistil vyšší validitu dat, tím, že snížil riziko zkreslení skrze pohled jednoho tazatele.

Dále pak dotazník NEFPRO, sloužící pro identifikaci závislosti na jehle, byl autory vyvinut primárně jako klinický screeningový nástroj pro identifikaci faktorů poukazujících na přítomnost závislosti na jehle. V rámci administrace této části dotazníku byl tedy

proškoleným tazatelem veden rozhovor nad jednotlivými položkami, především ve snaze eliminovat nepřesnou interpretaci otázek respondentem. Nicméně v současné době neexistuje jiný dostupný nástroj, který by pomohl identifikovat přítomnost závislosti na jehle.

Hlavním limitem dotazníku BBVTRAQ je skutečnost, že nijak nezohledňuje váhu rizikového chování. Všechny položky dotazníku mohou přispět do celkového skóru stejnou mírou, navzdory různému riziku pro přenos krví přenosných onemocnění. Míra rizikového chování je tedy orientační. Nicméně jedná se o dostupný standardizovaný nástroj, který postihuje velmi širokou škálu možného rizikového chování injekčních uživatelů, což bylo také hlavním důvodem výběru. V průběhu dotazování se často opakovala situace, kdy klient v rámci dotazníku neuvedl sdílení jehel a náčiní potřebného k injekční aplikaci, nicméně v rámci konkrétnějších otázek dotazníků BBV-TRAQ, vyšlo najevo, že k tomuto způsobu rizikového chování u respondenta dochází, minimálně např. v případě sdílení s partnerem. V takovém případě byl respondent na tento rozpor ve výpovědi upozorněn a na základě hlubšího prozkoumání vzorce užívání jednotlivce došlo případně za souhlasu klienta k úpravě údajů. V tomto směru byla tedy snaha zajistit validitu dat, nicméně je možné, že v některém z případů mohlo dojít tímto způsobem ke zkreslení.

V rámci analýzy dat zjištěných pomocí dotazníku SCL-90 došlo nepochybně ke zkreslení dat skrze rozdělení respondentů dle kategorií závažnosti.

Překážkou, na základě které mohlo nepochybně dojít ke zkreslení dat, mohla být také sociální desirabilita, tedy snaha klientů „být viděni v lepším světle“ způsobená spojením rolí tazatele a pracovníka (např. u otázek dotazníku BB-VTRAQ). Tyto limity by mohly být v rámci výzkumu eliminovány anonymním vyplňováním dotazníků, bez přímé účasti tazatele. Vzhledem k rozsahu celé baterie se autorka přiklonila k asistovanému vyplňování s možností upřesňovat některé otázky, případně diskutovat nad tématem a především udržet motivaci respondenta pro dokončení dotazování. Asistované dotazování se osvědčilo mimo jiné také v návratnosti dotazníků, která činí 100 %.

V neposlední řadě je potenciálním limitem intoxikace respondentů, kterou lze ovšem s ohledem na charakter výzkumu eliminovat pouze minimálně.

Vzhledem k odhadu počtu injekčních uživatelů v České republice, který činí 39,5 tis. (Mravčík et. Al, 2019), by bylo vhodné, tak aby vzorek zahrnoval alespoň 1 % injekčních uživatelů, zapojit do výzkumu přibližně 400 respondentů. K tomuto číslu se nepodařilo přiblížit. Takto vysokého čísla nebylo, vzhledem k širokému zaměření práce, časové a koordinační náročnosti, možné dosáhnout. Výsledky tedy není možné generalizovat na celou populaci injekčních uživatelů v České republice a jak bylo předem

předpokládáno, jde především o mapování problematiky, o které není v České republice v současné době dostupných příliš mnoho informací. V celkovém součtu se podařilo celou baterii dotazníků vyplnit s celkem 60 respondenty. Pro potřeby tímto způsobem sestaveného výzkumu v rámci diplomové práce však shledávám počet 60 respondentů dostačující.

9.2 Diskuze výsledků

ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKY VÝZKUMNÉHO SOUBORU

Do výzkumu se zapojilo celkem 21 žen (35 %) a 39 mužů (65 %). Genderové rozložení je tedy podobné jako u Národního odhadu počtu problémových uživatelů pervitinu a opioidů multiplikační metodou z roku 2019, který uvádí v celkovém souboru 955 klientů nízkoprahových služeb zastoupení žen 30,3 % (Mravčík et al., 2019). Rozdílem mezi vzorky je zaměření diplomové práce pouze na injekční uživatele, oproti odhadu, který zahrnuje všechny problémové uživatele, u kterých se ale v 90 % jedná právě o injekční uživatele. Podobné je rovněž věkové rozložení, průměrný věk všech respondentů činí 36,6 let, o necelé dva roky tedy převyšuje průměrný věk PUPO, který v roce 2019 činil 34,8 roku (Mravčík et al., 2019). Průměrný věk mužů ve výzkumném souboru je 36,6 let, u žen 34 let, oba tyto průměry rovněž převyšují údaje NMS, které uvádí průměrný věk mužů 36,2 let a žen 31,7 let. Celkové věkové rozpětí výzkumného souboru je poměrně široké, pohybuje se v rozmezí od 19 do 61 let, hodnoty NMS se pohybují v podobných číslech, rozpětí je ale o něco širší, konkrétně 15-96 let. Průměrný věk první zkušenosti s injekční aplikací u výzkumného souboru je 20,02 let, tato hodnota odpovídá datům NMS, které uvádí průměrný věk první injekční aplikace problémových uživatelů pervitinu a opioidů rovněž 20 let (Mravčík et al., 2019). Co se týče zastoupení primární užívané látky u výzkumného souboru, nejčastěji se objevuje pervitin (63,3 %), následovaný opioidy (36,7 %). Z opioidů se nejčastěji jedná o přípravky na bázi buprenorfinu, v nižší míře potom opium a heroin. V rámci výzkumného souboru se tedy objevuje vyšší poměr uživatelů opioidů oproti odhadům NMS u PUPO, kde uživatelé pervitinu tvoří přibližně 76,6 % (Mravčík, et al., 2019).

Zjištění nad rámec výzkumných otázek

Jaká prevalence závislosti na jehle se ve výzkumném souboru objeví, bylo, byť nezahrnuto v cílech výzkumu, zásadní otázkou. Konkrétní odhady prevalence tohoto jevu nejsou známy (Wooldridge, 2016), existuje pouze předpoklad, že prevalence mezi injekčními uživateli je velmi nízká (Pate set al., 2005). Tento fakt byl sám o sobě vnímán jako velký limit a riziko práce. Nicméně ve výzkumném souboru bylo, dle stanovených

podmínek, za závislé na jehle označeno celkem 23 respondentů, tedy 38,3 %, což je samo o sobě zajímavým a dost nečekaným zjištěním. Konkrétně jde o 12 mužů (30,7 %) a 11 žen (52,4 %). Ženy tedy převyšují muže o necelých 22 procentních bodů. V rámci sběru dat nebyli respondenti ze strany pracovníků předem vytipováni na základě předpokladu přítomnosti tohoto fenoménu, nýbrž především na základě aktuálního fyzického a psychického rozpoložení jednotlivců. Výsledky by tedy neměly být nijak zkresleny „předvýběrem“ respondentů. Překvapivou četnost zastoupení uživatelů, na které je v rámci výzkumu nahlíženo jako na závislé na jehle, si vysvětlují zejména nastavením vyhodnocení dotazníku NEFPRO, které následuje australskou studii *Addicted to the needle: the relationship between needle fixation and impulsivity* (Hinton et al., 2013), kdy jsou jako závislí na jehle označeni ti respondenti, kteří kladně odpoví na obě otázky alespoň jedné z oblastí znaků, které na závislost na jehle poukazují. Je možné, že tato hranice je nastavena nízko. Na základě kladných odpovědí v pouze jedné z oblastí bylo celkem za závislé na jehle označeno 13 respondentů (56,5 %), tedy více než polovina. Zároveň, jak již bylo zmíněno, dotazník NEFPRO byl autory vyvinut především jako klinický screeningový nástroj, což může nepochybně rovněž vést ke zkreslení výsledků. Nicméně v tomto směru byla snaha eliminovat zkreslení alespoň skrze vedení rozhovoru nad dotazníkem autorkou, popřípadě zaškoleným pracovníkem. Prevalence závislosti na jehle ve výzkumném souboru (38,3 %) mírně převyšuje výsledky australské studie, v rámci které bylo za závislé na jehle označeno 16 jedinců z celkového vzorku 68 respondentů, tedy 23,5 % (Hinton et al., 2013). Možným vysvětlením je rozdíl v administraci dotazníků, v případě australského výzkumu neprobíhala administrace za přítomnosti výzkumníka. Autoři studie Hinton, Signal a Ghea (2013) dále upozorňují na riziko citlivosti a intimnosti některých otázek dotazníku NEFPRO, především otázek týkajících se sexu. Problematika sexu, potažmo sexuality injekčních uživatelů, je stále do jisté míry tabuizovaným tématem a tato skutečnost může ovlivňovat pravdivost výpovědí. V tomto směru je tedy překvapivým výsledkem nejvyšší počet kladných odpovědí respondentů právě v oblasti týkající se sexu, konkrétně oblasti Probuzení pocitů sexuální povahy skrze injekční aplikaci a to jak u mužů, tak u žen (celkem 15 respondentů, 65,2%, n=23).

Dále pak z dosavadních výzkumů vyplývá, že mezi uživateli se závislosti na jehle a bez závislosti na jehle nejsou významné rozdíly, co se týče pohlaví, sexuální orientace, primární užívané látky, místa vpichu, četnosti užívání nebo také oblasti sociodemografických údajů obecně (Pates & Gray, 2009). V rámci diplomové práce byla testována souvislost mezi délkou injekční aplikace (tzn. doby od první zkušenosti s injekční aplikací po současnost) a přítomností závislosti na jehle. Mezi těmi, kteří byli označeni za závislé na jehle, a kontrolní skupinou nebyl prokázán statisticky významný rozdíl v délce injekční aplikace, byť průměrná délka u uživatelů se závislostí na jehle

($M=17,83$) mírně převyšuje průměrnou délku u kontrolní skupiny ($M=15,96$), tento výsledek tedy koresponduje s dosavadními výzkumy. Vedle výše zmíněného se také ukazuje, že závislost na jehle nijak nesouvisí ani s mírou závislosti jako takové a není tedy důsledkem jejich vyššího stupně (Hinton et al., 2013). Stále se však jedná o vysoce rizikové chování s ohledem na přenos krví přenosných onemocnění. V rámci diplomové práce bylo tedy mimo jiné zjištěno, že zde má závislost na jehle souvislost s mírou rizikového chování.

Otázka č. 1: Liší se míra rizikového chování u uživatelů, kteří vykazují znaky fixace na jehle v porovnání s uživateli, kteří fixaci na jehle nevykazují? Pokud ano, jak?

Míra rizikového chování byla sledována ve 3 oblastech: chování při injekční aplikaci, sexuální chování a jiné způsoby poškození kůže. V součtu oblastí byla potom sledována také celková míra rizikového chování. V rámci výzkumu se ukazují rozdíly v průměrných hodnotách sledovaných skupin. V oblasti chování při injekční aplikaci dosahují vyšších průměrných hodnot uživatelé se závislostí na jehle ($M=16,8$) oproti uživatelům bez známek závislosti na jehle ($M=14,8$). Podobně také v oblasti dalších forem rizikového chování, kde rovněž respondenti se závislostí na jehle ($M=2,3$) převyšují hodnoty kontrolní skupiny ($M=1,7$). V oblasti sexuálního chování dosahují naopak průměrně vyšších hodnot respondenti bez známek závislosti na jehle ($M=9,1$) oproti respondentům označeným za závislé na jehle ($M=6,8$). V celkové míře rizikového chování potom dosahují vyšších hodnot respondenti se závislostí na jehle ($M=26,0$) oproti kontrolní skupině ($M=25,6$), nicméně rozdíly jsou velmi těsné. Mezi respondenty, kteří vykazují znaky závislosti na jehle a kontrolní skupinou nebyl prokázán statisticky signifikantní rozdíl v míře rizikového chování u žádné ze zkoumaných oblastí, ani v celkové míře rizikového chování. Riziko přenosu krví přenosných onemocnění je jedním z častých argumentů pro bližší zkoumání fenoménu závislosti na jehle (Pates et al., 2005, Hinton et al., 2013, Wooldridge, 2016), nicméně zdá se, že této skupině injekčních uživatelů není třeba v tomto směru věnovat větší pozornost v rámci preventivních intervencí než injekčním uživatelům bez závislosti na jehle. V rámci provedené rešerše odborné literatury se nepodařilo nalézt výzkum s podobně úzce zaměřeným tématem a otázka není tedy nijak dále diskutována. Dalo by se říct, že velkou rezervou práce je v tomto směru její nezaměření na konkrétní položky dotazníku BBV-TRAQ, jejich vyhodnocení a analýza jako doplnění informací k samotné míře rizikového chování. S ohledem na výzkumné otázky a rozsah výzkumu nebylo však k této variantě přistoupeno a konkrétní rizikové chování bylo vyhodnoceno pouze na základě dotazníku IN-COME.

Z rizikového chování v současnosti je tedy možné v rámci skupin porovnat sdílení jehel a náčiní potřebného pro injekční aplikaci, rizikovou aplikaci a nechráněný sex. Sdílení jehel se objevuje ve velmi podobném procentuálním zastoupení v obou skupinách,

konkrétně u 5 respondentů (21,7 %), kteří vykazují známky závislosti na jehle a u 8 respondentů kontrolní skupiny (21,6 %). Tyto výsledky korespondují s daty poslední dostupné Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v roce 2018, která uvádí sdílení jehel u 21,8 % injekčních uživatelů z řad klientů nízkoprahových služeb (Mravčík et al., 2019). Oproti tomu u sdílení náčiní potřebného k injekční aplikaci parafernálií převyšují obě sledované skupiny data NMS, které udává 40,6 % (Mravčík et al., 2019), sdílení náčiní se u respondentů se závislosti na jehle objevuje v 60,9 % případů (14 respondentů) a přibližně o 9 procentních bodů tedy převyšuje kontrolní skupinu, kde se toto chování objevuje v 51,4 % případech (19 respondentů).

Rizikovou aplikaci v současné době uvádí oproti předchozímu vyšší procento respondentů bez známek závislosti na jehle, konkrétně 24,3 % (9 respondentů) oproti 12,7 % respondentů se závislostí na jehle (5 respondentů). Z této oblasti jsou dostupná data studie Multiplikátor 2019, která uvádí aplikaci do femorálních žil u 7,5 % respondentů (Mravčík et al., 2019), tato čísla nicméně nejsou srovnatelná vzhledem k faktu, že v rámci diplomové práce byla do otázky rizikové aplikace zahrnuta vedle femorální aplikace také aplikace do krčních žil a vyšší procentuální zastoupení tím tedy může být ovlivněno. Nechráněný sex uvádí ve větší míře respondenti vykazující známky závislosti na jehle (20 respondentů; 87 %) oproti kontrolní skupině (20 respondentů; 54,1 %). V rámci výzkumu séroprevalence VHC u injekčních uživatelů uvedlo nepoužití bariérové antikoncepce při posledním pohlavím styku 80,4 % respondentů (Mravčík et al., 2019).

Otázka č. 2: Vyskytují se u uživatelů, kteří vykazují znaky fixace na jehle, psychopatologické charakteristiky? Pokud ano, jaké?

Dosavadní výzkumy naznačují, že fenomén závislosti na jehle je do určité míry spojen s určitými charakteristikami osobnosti. Závislost na jehle svým způsobem zapadá do konceptu kompulzivního chování a v tomto směru je tedy nejčastěji spojována s obsedantně – kompulzivními rysy (Pates & Gray, 2009, Wooldridge, 2016). Dále se ukazuje, že v udržování fixace na jehle hraje svou roli také zvýšená míra impulzivity u této skupiny uživatelů (Hinton et al., 2013). Z výsledků práce vyplývá, že dimenze Obsese – kompulze, jejíž zastoupení jsem, na základě dosavadních poznatků očekávala v nejvyšší míře, je přítomna nad hranicí patologie u 14 respondentů (60, 9 %), kteří současně vykazují známky závislosti na jehle, tzn. až na pomyslném třetím místě. Dimenze Obsese - kompulze zahrnuje obsedantní myšlenky a následné ritualizované nutkavé akty (Raboch & Pavlovský, 2012). Jako nejčastěji zastoupená dimenze se jeví Hostilita (16 respondentů; 69,6 %) následovaná **Paranoidním myšlením** (15 respondentů; **65, 2 %**). Dimenze Hostilita zahrnuje myšlenky, pocity a činy související se hněvem, agresi, vztek či podrážděnost.

Dimenze Paranoidní myšlení potom neuspořádaný způsob myšlení, charakteristický projektivním myšlením, nepřátelstvím, podezřívavostí, pocity grandiozity, strachu ze ztráty autonomie a bludy (Holi, 2013). Více než polovina respondentů, označených za závislé na jehle, skóruje nad hranicí patologie také v dimenzi Deprese (13 respondentů, 56,5 %). Méně než polovina respondentů potom vykazuje známky psychopatologie v dimenzích Úzkost (11 respondentů; 47,8 %), Psychoticismus (10 respondentů; 43,5 %), Interpersonální senzitivita (9 respondentů; 39,1 %), Fobická úzkost (8 respondentů; 34,8 %) a stejnou mírou Nezařazené položky (8 respondentů; 34,8 %). Celková míra distresu nad hranicí psychopatologie je přítomna u 52,2 % (12 respondentů).

Otázka č. 2. 1: Jak se tyto charakteristiky liší v porovnání s uživateli, kteří závislost na jehle nevykazují?

U porovnání psychopatologických charakteristik sledovaných skupin, nebyl na základě provedených testů prokázán statisticky významný rozdíl, přestože existují rozdíly v počtu procentuálních bodů u jednotlivých dimenzí. Ke zjištění na podobné úrovni významnosti, byť v případě zkoumání míry impulzivity u skupiny závislých na jehle v porovnání s kontrolní skupinou, dochází autoři Hinton, Signal a Ghea (2013). Z výsledků jejich výzkumu nevyplývá statisticky signifikantní rozdíl, nicméně poukazují na klinický rozdíl, kdy závislí na jehle v průměru dosahují vysoké míry impulzivity, oproti kontrolní skupině, která se v průměru drží ve střední míře impulzivity (Hinton et al, 2013). Touto optikou by tedy bylo možné konstatovat, že uživatelé se závislostí na jehle dosahují vyšších procentních bodů v kategorii známky psychopatologie, tedy nad hranicí psychopatologie) v následujících dimenzích: Obsese – kompulze (4 procentní body), Interpersonální senzitivita (12 procentních bodů), Deprese (14 procentních bodů), Úzkost (21 procentních bodů), Hostilita (8 procentních bodů) a také v celkové míře distresu (3 procentní body). Naopak nižší zastoupení v dimenzích: Somatizace (11 procentních bodů), Fobická úzkost (8 procentních bodů), Paranoidní myšlení (8 procentních bodů), Psychoticismus (8 procentních bodů) a Nezařazené položky (8 procentních bodů).

Otázka č. 3: Liší se míra rizikového chování u uživatelů vykazujících fixaci na jehle dle jejich psychopatologických charakteristik? Pokud ano, jak?

Zaměření poslední výzkumné otázky má rovněž velmi zúžený charakter a v rámci rešerše odborné literatury se nepodařilo najít odpovídající studie. V rámci provedených testů byla zjištěna kladná korelace celkem u 6 dimenzí a rovněž u ukazatele celkové míry distresu. S vyššími hodnotami dimenzí Fobická úzkost a Psychoticismus jsou spojeny ve slabé míře závislosti vyšší celkové míry rizikového chování. S vyššími hodnotami dimenzí Obsese – kompulze, Deprese, Úzkost a Hostilita jsou ve střední míře závislosti spojeny vyšší hodnoty celkové míry rizikového chování. Ve střední míře závislosti s vyššími

hodnotami celkové míry rizikového chování také vyšší hodnoty ukazatele celkové míry distresu. V tento moment je důležité zmínit, že testy poukazují pouze na existenci korelace a její sílu, nicméně neříkají nic o příčinnosti. Vzhledem ke zjištění výzkumné otázky č. 2, konkrétně, že psychopatologické charakteristiky se v rámci obou zkoumaných skupin respondentů nijak statisticky signifikantně neliší, dovoluji si výsledky poslední výzkumné otázky porovnat s výzkumy, které se zaměřují na souvislost mezi psychologickými charakteristikami a rizikovým chováním u injekčních uživatelů obecně. Obecně se ukazuje, že vyšší míra psychopatologických symptomů a distresu souvisí s vyšší mírou užívání (Kidorf et al. 2004), vyšší míra užívání s sebou nepochybně nese také vyšší zdravotní rizika, ať už ve vztahu ke krvi přenosným onemocněním nebo dalším zdravotním komplikacím. Výzkum Mezinárodní společnosti AIDS spojuje sdílení jehel a stříkaček především s úzkostnými projevy (Lundgren et al., 2006). Z hlediska použitých metod (SCL – 90) se nejvíce blíží portugalský výzkum rizikového chování injekčních uživatelů, který uvádí, že s častějším sdílením jehel a stříkaček jsou spojeny vyšší hodnoty celkové míry distresu a psychopatologických symptomů, především potom obsese – kompulze. Častější sdílení náčiní potřebného pro injekční aplikaci spojuje s vyšší mírou symptomů v dimenzi Somatizace (Costa et al., 2015), v případě dimenze Somatizace se tedy výsledky výzkumů rozcházejí. Autoři vysvětlují vyšší míru symptomů obsese – kompulze s nutkáním vyhledat užívané látky (Costa et al., 2015). Dimenze Hostilita a Deprese svým způsobem spojuje ztrátu zájmu o sebe a okolí a podrážděnost, což by do jisté míry mohlo vysvětlovat spojení jejich vyšších hodnot s vyšší mírou rizikového chování. Dimenze Úzkost zahrnuje nervozitu, napětí, třes, pocity strachu a paniky, rovněž zahrnuje somatické projevy úzkosti. Tyto symptomy se do jisté míry podobají abstinčním příznakům obecně, vysvětlení závislosti vyšších hodnot dimenze Úzkost a míry rizikového chování by se teoreticky mohlo pohybovat tímto směrem.

10 Závěr

Předmětem zájmu diplomové práce je fenomén závislosti na jehle v souvislosti s rizikovým chováním a psychopatologickými charakteristikami. Cílem práce potom zmapovat, jaká je souvislost mezi fenoménem závislosti na jehle a mírou rizikového chování, zda se tato míra liší u uživatelů, kteří vykazují známky závislosti na jehle a u uživatelů, kteří tyto známky nevykazují. Dalším cílem potom pohled na konkrétní psychopatologické charakteristiky uživatelů, kteří vykazují známky závislosti na jehle a vztah těchto charakteristik k míře rizikového chování.

Teoretická část je rozdělena dle jednotlivých zkoumaných fenoménů. Nabízí ukotvení problematiky týkající se závislosti na jehle, které je postavené především na práci výzkumné skupiny ze střediska pro závislosti v Cardiffu (McBride et al., 2001;

Pates, 2001, 2004, Pates et al., 2001, 2005, 2009; Pates & Gray, 2009). Nastiňuje také kritiku teorie závislosti na jehle. Dále se zaměřuje na rizikové chování uživatelů drog a vymezuje chápání tohoto pojmu tak, aby odpovídal potřebám výzkumu. V neposlední řadě se věnuje spojení užívání návykových látek a přidruženým psychickým problémům. Na závěr teoretické části jsou představeny poznatky z výzkumů, které fenoménu závislost na jehle, rizikové chování a psychopatologické charakteristiky propojují.

Praktická část obsahuje popis a výsledky realizovaného výzkumu u aktivních injekčních uživatelů. Z výsledků vyplývají odpovědi na stanovené výzkumné otázky, v rámci kterých šlo především o mapování problematiky a rozšíření poznatků o fenoménu závislosti na jehle. Ukazuje se, že v rámci výzkumného souboru, se míra rizikového chování u uživatelů, kteří vykazují známky závislosti na jehle, a u uživatelů, kteří tyto známky nevykazují, nijak statisticky významně neliší. Statisticky signifikantní rozdíl rovněž nebyl prokázán u žádné z psychopatologických charakteristik. Z těch se u uživatelů, kteří vykazují znaky závislosti na jehle, v nejvyšší míře objevují následující: Hostilita, Paranoidní myšlení, Obsese – kompulze a Deprese. Souvislost mezi mírou rizikového chování a konkrétními psychopatologickými charakteristikami se prokázala u Fobické úzkosti, Psychoticismu ve slabší míře, u Obsese – kompulze, Deprese a Úzkosti ve střední míře závislosti. Zároveň je z výsledků zřejmé, že míra rizikového chování souvisí rovněž s celkovou mírou distresu. Zajímavým zjištěním nad rámec výzkumných otázek je překvapivě vysoká prevalence znaků poukazujících na závislost na jehle, ze kterých se nejčastěji objevuje probouzení pocitů sexuální povahy. Dále pak ověření, že délka injekční aplikace s těmito znaky nijak nesouvisí.

Domnívám se, že nejvýznamnějším přínosem práce je zjištění, že míra rizikového chování nijak nesouvisí s přítomností znaků, které poukazují na závislost na jehle, potažmo s fenoménem jako takovým. Což ovšem nijak nepopírá existenci fenoménu. Není ale z mého pohledu, v rámci praxe a případných preventivních intervencí zaměřených na snižování rizik ve vztahu k přenosu krví přenosných onemocněním, potřeba tuto skupinu odlišovat od ostatních injekčních uživatelů. Zároveň je velmi překvapivým zjištěním častá přítomnost znaků, které na závislost na jehle poukazují. V tomto směru si myslím, že je v rámci individuální práce s klientem, potřeba mít tuto problematiku na paměti, pokud se snažíme o přechod na méně rizikovou aplikaci. Tyto znaky mohou, vedle běžnějších motivací pro injekční aplikaci jako prožitek „nájezdu“ nebo vyhnutí se abstinenčním příznakům, v některých případech uživatele udržovat v pokračování v injekční aplikaci nebo tuto potřebu v podobě sekundárních zisků umocňovat. Nalezené psychopatologické charakteristiky jsou spíše potvrzením, že užívání návykových látek a duševní zdraví je velmi úzce provázáno, a je potřeba s tímto faktem v rámci nízkoprahových služeb pracovat, na individuální i systémové úrovni. Myslím, že cesta

dalších výzkumů, zaměřených na fenomén fixace na jehle v České republice, by mohla vést spíše směrem kvalitativního přístupu se zaměřením na konkrétní znaky poukazující na závislost na jehle a sekundární zisky spojené s injekční aplikací.

ZDROJE

- Al-Adwani, A. (2001). The myth of needlefixation. *Addiction*, 96(2), 334.
- Baštecký, J., Šavlík, J. & Šimek, J. (1993). *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada Avicenum.
- Blatný, M. et al. (2010). *Psychologie osobnosti: hlavní témata, současné přístupy*. Praha: Grada.
- Costa, E. C. V., Pavia, C. A., Ferreira, D., & Santos, S. (2015). Psychosocial and psychopathological predictors of HIV-risk injecting behavior among drug users in Portugal. *Análise Psicológica*, 4(XXXIII), 391 – 406.
- Buckley, Peter. (2006). Prevalence and Consequences of the Dual Diagnosis of Substance Abuse and Severe Mental Illness. *The Journal of clinical psychiatry*. 67 Suppl 7., 5-9.
- Dinwiddie S. H., Cottler L., Compton W., Abdallah A. B. Psychopathology and HIV risk behaviors among injection drug users in and out of treatment. *Drug Alcohol Depend.*43(1-2), 1-11.
- Disney, E., Kidorf, M., Kolodner, K. et al. Psychiatric comorbidity is associated with drug use and HIV risk in syringe exchange participants. *J Nerv Ment*, 194(8), 577-583.
- Dorrington, K & Poole, W. (2012). The first intravenous anaesthetic: How well was it managed and its potential realized?. *British journal of anaesthesia*, 110 (1), 7-12.
- EMCDDA (2010). Harm reduction: evidence, impacts and challenges. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- EMCDDA (2019). Evropská zpráva o drogách. Trendy a vývoj. Lucemburk: Úřad pro publikace Evropské unie.
- EMCDDA (2020). *Statistical Bulletin 2019 – problem drug use*. Retrived from: https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2019/pdu_en.
- Fraser, S., Hopwood, M., Treloar, C., & Brener, L. (2004). Needle fixations: Medical constructions of needle fixation and the injecting drug user. *Addiction Research and Theory*, 12(1), 67–76.
- Fry, C. L. & Lintzeris, N. (2002). *Psychometric properties of the Blood-borne Virus Transmission Risk Assessment Questionnaire (BBV-TRAQ)*. Melbourne: Turning Point Alcohol and Drug Centre, Inc.
- Füleová, A., Zónová, J. & Antošová, D. (2016). *Výroční zpráva. Zdravotní následky u uživatelů drog v Česku v roce 2015*. Praha: Hygienická stanice hlavního města Prahy.
- Giddings, D., Christo, G. & Davy, J. (2003). Reasons for injecting and not injecting: a qualitative study to inform therapeutic intervention. *Drugs: education, prevention and policy*, 10(1), 95-104.
- Grund, J. P. (1993). *Drug Use as a Social Ritual: Functionality, Symbolism and Determinants of Self-Regulation*. Rotterdam: Instituut voor Verslavingsonderzoek.
- HAMPL, K. (2001). Rituální složka závislosti. *Alkoholismus a drogové závislosti*, 4(5), 269-272.

- Hartgers, C., Van Den Hoek, J. A. R., Coutinho, R. A. & Van Der Pligt, J. (1992). Psychopathology, stress and HIV-risk behaviour among drug users. *British Journal of Addiction* (87), 857-865.
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Heaphy, E. L., Loue, S., Sajatovic, M. & Tisch, D. (2010). Impact of psychiatric and social characteristics on HIV sexual risk behavior in Puerto Rican women with severe mental illness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* (45), 1043 – 1054.
- Hendl, J. (2004). Přehled statistických metod zpracování dat. Praha: Portál.
- Hendl, J., & Remr, J. (2017). *Metody výzkumu a evaluace*. Praha: Portál.
- Hinton, S. L., Signal, T. D. & Ghea, V. C. (2013). Addicted to the needle: The relationship between needle fixation and impulsivity. *Journal of Substance Use*, 18(1), 21-30.
- Holi, M. (2003). *Assessment of psychiatric symptoms using the SCL-90*. Academic Dissertation. Department of Psychiatry Helsinki University. Finland: Helsinki.
- Hulík, M., Žáková, J. & Sadílková, M. (2011). Sex v terapeutické komunitě. In: Preslová et al., *Sexualita a drogy. Sborník odborné konference*. Praha: Sananim.
- IKEM (2020). *Hepatitida B*. Retrieved from: <https://www.ikem.cz/cs/hepatitida-b/a-3618/>.
- Jeřábek, P. (2006). Osobnostní dispozice k drogové závislosti: Klinický pohled. *Adiktologie*, 6(4), 492-505.
- Jeřábek, P. (2008). Psychopatologie závislosti. In: K. Kalina (Ed.). *Základy klinické adiktologie* (190-210). Praha: Grada.
- Kalina, K. et al. (2001). *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Filia Nova.
- Kalina, K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Kalina, K. (2003). *Závislost na jehle*. www.edekontaminace.cz [online]. Přístup dne 30. 7. 2019, dostupné z: <http://www.edekontaminace.cz/clanek/2/13/zavislost-na-jehle.html>.
- Kidorf, M., Disney, E. R., King, V. L., Neufeld, K., Beilenson, P. L., & Brooner, R. K. (2004). Prevalence of psychiatric and substance use disorders in opioid abusers in a community syringe exchange program. *Drug and Alcohol Dependence*, 74, 115-122.
- Kohoutek, R. (2010). Dotazník jako průzkumná metoda [online]. In [Rudolfkohoutek.blog.cz](http://rudolfkohoutek.blog.cz) [cit. 2020-03-04]. Dostupné z [www: http://rudolfkohoutek.blog.cz/1002/dotaznik-jako-pruzkumna-metoda](http://rudolfkohoutek.blog.cz/1002/dotaznik-jako-pruzkumna-metoda).
- Krieglová, M. (2008). *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. Praha: Grada.
- Lundgren, L., Amodeo, M. & Chassler, D. (2006). Mental Health Status, Drug Treatment Use, and Needle Sharing Among Injection Drug Users. *AIDS Education and Prevention*, 17(6), 525-539.

- Mackesy-Amiti, M. E., Donenberg, G. R., & Ouellet, L. J. (2014). Psychiatric correlates of injection risk behavior among young people who inject drugs. *Psychology of addictive behaviors :journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 28(4), 1089–1095. <https://doi.org/10.1037/a0036390>.
- McBride, A. J., Pates, R. M., Arnold, K., & Ball, N. (2001). Needle fixation, the drug user's perspective: a qualitative study. *Addiction*, 96, 1049-1058.
- McElrath, K. (2006). Booting and flushing: needle rituals and risk for blood borne viruses. *Journal of Substance Use*, 11(3), 177-189.
- Minařík, J. & Řehák, V. (2015). Somatické komplikace a komorbidita. In: Kalina, K. et al., *Klinická adiktologie*. Kap. 10. Praha: Grada Publishing.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
- Miovský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J., Novák, P. (2010). Primární prevence rizikového chování ve školství. Tišnov: Sdružení SCAN.
- Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmanová, K., Janíková, B., Černíková, T, Rous, Z. et al. (2019). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2018*. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, Úřad vlády ČR.
- Mravčík, V., Petrošová, B., Zábranský, T., Řehák V. & Coufalová, M. (2009). *Výskyt VHC u injekčních uživatelů drog*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Nešpor, K. (2003). Psychologická komorbidita a komplikace „duální diagnózy“. In: Kalina, K. et al., *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Kap. 4/5. Praha: Úřad vlády ČR.
- NMS (2012). Prevence a kontrola infekčních nemocí u injekčních uživatelů drog. Metodický pokyn ECDC a EMCDDA. *Zaostřeno na drogy*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- NMS (2019). Testování na HIV a VHC v nízkoprahových službách pro uživatele drog. Metodická příručka. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Pates, R. M., Arnold, K. A. & McBride, A. J. (2009). The identification of needle fixation: The development of the NEFPRO, a clinical screening tool. *Journal of Substance Use*, 14(5), 306-311(6).
- Pates, R. M. & Wichter, J. (2005). History of injecting. In: Pates, R., McBride, A. & Arnold, K., *Injecting illicit drugs*. Kap. 1. Oxford:Blackwell Publishing.
- Pates, R., McBride, A. & Arnold, K. (2005). *Needle fixation. Injecting illicit drugs*.Oxford:Blackwell Publishing.
- Pates, R., McBride, A. J., Ball, N. & Arnold, K. (2001). Towards an holistic understanding of injecting drug use: An overview of needle fixation. *Addiction Research*, 9(1), 3–17.
- Pates, R. (2004). *The development of psychological theory of needle fixation*, unpublished dissertation, University of Wales.

- Pešek, M. (2013). *Závislost na jehle: důvody pro injekční aplikaci drog – teoretický přehled. Přehledový článek*. Nepublikováno. Distribuováno na Letní škole HR, Sananim, o. s., 19. 6. 2013.
- Platznerová, A. (2009). *Sebepoškozování. Aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby*. Praha: Galén.
- Probstová, V., & Pěč, O. (2014). *Psychiatrie pro sociální pracovníky: Vybrané kapitoly*. Praha: Portál.
- Příbalová informace pro uživatele (2018). *Fluoxetine Aurovitas 20 mg*. Praha: Státní ústav pro kontrolu léčiv.
- Raboch, J., & Pavlovský, P. (Eds.). (2012). *Psychiatrie*. Praha: Karolinum.
- Rowe, J. (2009). 'The Feel of the Steel: Addressing the Obsession to Inject. Working paper series 2009. RMIT University.
- Sklenář, O. (2014). *Závislost na jehle u injekčních uživatelů drog v ČR* (diplomová práce, Univerzita Karlova). Dostupné z <https://theses.cz/>.
- Státní zdravotní ústav (2020). *Tisková zpráva Národní referenční laboratoře pro HIV/AIDS. Trendy vývoje a výskyt HIV/AIDS v ČR v roce 2019*. Praha: NRL pro HIV/AIDS.
- Stoové, M. A., & Fry, C. (2006). *The Blood Borne Virus Transmission Risk Assessment Questionnaire – Short Version (BBVTRAQ-SV): Administration and Procedures Manual*. Fitzroy, Victoria: Turning Point Alcohol and Drug Centre Inc.
- Skasková P. & Toman, J. (2011). Riziková sexualita rizikové mládeže. In: Preslová et al., *Sexualita a drogy. Sborník odborné konference*. Praha: Sananim.
- Strnad, M. (2012). *Faktory ovlivňující rizikové chování intravenózních uživatelů drog vedoucí k nákaze infekčními chorobami* (bakalářská práce, Masarykova Univerzita). Dostupné z <https://theses.cz/>.
- Širůčková, M. (2015). Rizikové chování. In: Miovský, M. et al., *Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování*. Kap. 24. Praha: Klinika adiktologie.
- THANKI, D. & VICENTE, J. 2013. PDU (Problem drug use) revision summary. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Torrens Mèlich, M., Mestre-Pintó, J. I., & Domingo Salvany, A. (2017). *Komorbidity adiktologických a duševních poruch v Evropě*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Treffurth, Y. & Pal, H. R. (2010). A case of needle fixation. *BMJ Case Rep*. 2010. PMID 22479297.
- Vágnerová, M. (2002). *Úvod do psychologie*. Praha: Karolinum.
- Vavřínková, B. & Binder, T. (2007). Návykové látky v těhotenství. *Zaostřeno na drogy*, 5, 1-12.
- Welsh, S. (2014). Fixation and needle fixation. *Language and Psychoanalysis*, 3(1), 23-38.
- WHO (2009). *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva: World Health Organization.

Woody, G. E., Metzger D., Navaline H., McLellan T., O'Brien C. P. (1997). Psychiatric symptoms, risky behavior, and HIV infection. *NIDA Res Monogr*, 17, 156-170.

Wooldridge, J. (2016). *Flushing, rituals and needle fixation among heroin addicts*. London: London School of Economics and Political Science.

Žáková, J. (2010). *Sexualita uživatelů návykových látek*. Praha: Univerzita Karlova v Praze. Vedoucí disertační práce: Petr Wiess.

Žáková, J. (2011). Vliv pervitinu a Subutexu na sexualitu jejich uživatelů. In: Preslová et al., *Sexualita a drogy. Sborník odborné konference*. Praha: Sananim.

PŘÍLOHY

Seznam příloh

Příloha č. 1 – IN – COME dotazník

Příloha č. 2 - NEFPRO

Příloha č. 3 – SCL – 90

Příloha č. 4 - BBV - TRAQ

Příloha č. 5 – Prohlášení tazatele

Příloha č. 6 – Prohlášení zájemce o nahlédnutí do závěrečné práce

Seznam tabulek

Tabulka 1: Počet případů PUD na 1000 obyvatel (EMCDDA, 2020)	7
Tabulka 2: Počet případů injekčního užívání na 100 obyvatel (EMCDDA, 2020)	9
Tabulka 3: Hranice vyhodnocení škály SCL - 90 (Boleloucký, 1989; in Baštecký et al., 1993)	39
Tabulka 4: Souhrnné věkově složení výzkumného souboru.....	47
Tabulka 5: Otázka bydlení.....	48
Tabulka 6: První zkušenost s injekční aplikací a délka injekční aplikace	49
Tabulka 7: Primární a další užívaná látka.....	49
Tabulka 8: Četnost užívání primární látky	50
Tabulka 9: Četnost užívání 2. nejčastěji užívané látky.....	51
Tabulka 10: Výskyt rizikového chování a zdravotních komplikací v souvislosti s věkem a délkou injekční aplikace.....	52
Tabulka 11: Minimální, maximální a průměrné hodnoty míry rizikového chování.....	53
Tabulka 12: Míra rizikového chování dle primární užívané látky	53
Tabulka 13: Závislost na jehle v souvislosti s délkou injekční aplikace (Studentův t-test)..	56
Tabulka 14: Mann-Whitneyho test: p-hodnota a popisné statistiky.....	58
Tabulka 15: Somatizace: kontingenční tabulka a chí-kvadrát test	61
Tabulka 16: Obsese - kompulze: kontingenční tabulka a chí-kvadrát test.....	61
Tabulka 17: Interpersonální senzitivita: kontingenční tabulka a chí-kvadrát test	62
Tabulka 18: Deprese: kontingenční tabulka a chí-kvadrát test	62
Tabulka 19: Úzkost: kontingenční tabulka a chí-kvadrát test.....	63
Tabulka 20: Hostilita: kontingenční tabulka a chí-kvadrát test	63
Tabulka 21: Fobická úzkost: kontingenční tabulka a chí-kvadrát test.....	64
Tabulka 22: Paranoidní myšlení: kontingenční tabulka a chí-kvadrát test.....	64
Tabulka 23: Psychoticismus: kontingenční tabulka a chí-kvadrát test.....	65

Tabulka 24: Nezařazené položky: kontingenční tabulka a chí-kvadrát test	65
Tabulka 25: Souhrnná míra distresu: kontingenční tabulka a chí-kvadrát test.....	66
Tabulka 26: Závislost na jehle a SCL - 90, korelační matice	67

Seznam grafů

Graf 1 Výskyt rizikového chování a zdravotních komplikací v současnosti dle pohlaví	52
Graf 2 Rozložení kategorií závažnosti dle jednotlivých dimenzí SCL-90.....	54
Graf 3 Znamky psychopatologie z hlediska pohlaví dle jednotlivých dimenzí SCL-90.....	55
Graf 4 Znaky poukazující na závislost na jehle dle pohlaví.....	57
Graf 5 Výskyt rizikového chování z hlediska závislosti na jehle.....	59
Graf 6 Rozložení kategorií závažnosti dle jednotlivých dimenzí SCL - 90 u uživatelů vykazujících znaky závislosti na jehle.....	60

Příloha č. 2 - NEFPRO

Jsem závislý na jehle?		
Aplikuji si injekčně alespoň vodu, když nemám po ruce žádnou drogu.	NO	E
Užívám si tu bolest, kterou zažívám, když si injekčně aplikuji nebo mě nastřeluje někdo jiný	NO	E
Když mám možnost někoho nastřelit (např. partnera), cítím u toho něco jako sexuální vzrušení	NO	E
Jehla mě přitahuje díky představě té příjemné bolesti, kterou dokáže způsobit	NO	E
Když se nechávám nastřelit někým jiným, cítím u toho něco jako sexuální vzrušení	NO	E
Injekční aplikace vody nebo čehokoli jiného, mě dokáže okamžitě uklidnit	NO	E
Pohrávám si s natahováním krve do stříkačky a zpět do těla před nebo po samotné injekční aplikaci	NO	E
Injekční aplikace mě dokáže sexuálně vzrušit	NO	E
Pokračuji v natahování krve do stříkačky a zpět do těla i přesto, že se v stříkačce tvoří krevní sraženiny	NO	E
Injekční aplikace se pro mě stala náhradou za sex	NO	E

1. Substitute
2. Zážitek bolesti
3. Opakovaná aspirace (flushing)
4. Probuzení pocitů sexuální povahy
5. Aplikace jako sexuální praktika (Sklenář, 2014)

Příloha č. 3 – SCL – 90

SCL - 90

Stupnice hodnocení: 0 - vůbec ne; 1 - trochu; 2 - středně; 3 - hodně; 4 - mimořádně mnoho	
Vyjádřete, jak dalece Vás obtěžovaly	
01.	Bolesti hlavy
02.	Nervozita, vnitřní neklid nebo rozechvění
03.	Nechtěné vtíravé myšlenky, slova, nápady nebo melodie, kterých se nemůžete zbavit (vhodné podtrhněte)
04.	Pocity na omdlení nebo závratě
05.	Ztráta sexuálního zájmu nebo uspokojení
06.	Pocit, že Vás druzí kritizují
07.	Pomyšlení, že někdo jiný může ovládat Vaše myšlenky
08.	Pocit, že druzí mají vinu na většině Vašich obtíží
09.	Strach, že si něco nezapamatujete nebo v případě potřeby si na to okamžitě nevzpomenete
10.	Nesnášíte povrchnost, nedbalost a nepořádnost
11.	Dáte se snadno znepokojit nebo podráždít
12.	Bolesti u srdce nebo na hrudníku
13.	Pocity strachu z otevřených prostranství (široké ulice, parky, pole)
14.	Pocit, že máte málo energie nebo že jste zpomalen
15.	Myšlenky na ukončení Vašeho života
16.	Slyšení hlasů, zvuků a pod., které jiní neslyší
17.	Třesavka, svalové chvění v rukách, nohách
18.	Pocit, že většině lidí nelze věřit
19.	Špatná chuť k jídlu
20.	Mít blízko k pláči, snadno se rozplakat
21.	Cítit se plachý, stydlivý nebo nesvůj ve vztahu k opačnému pohlaví
22.	Pocit jako byste byl chycen do pastí, zaskočen, přistižen při něčem nedovoleném a podobně
23.	Náhlé a bezdůvodné stavy vyplašenosti, zděšení, paniky
24.	Náhlé a bezdůvodné výbuchy nálad, které nemůžete ovládat
25.	Obavy, strach vycházet sám z domova
26.	Sebeobviňování
27.	Bolesti v kříži nebo jinde v páteři
28.	Pocit, že Vám něco brání dostat se z místa (ukončit práci a podobně)
29.	Pocit osamělosti, opuštěnosti
30.	Sklíčenost, skleslost, pocit beznaděje, smutná nálada
31.	Připouštět si nadměrné starosti
32.	Pocit, že nemáte o nic zájem
33.	Neurčité pocity úzkosti a strachu
34.	Snadná zranitelnost citů
35.	Pocit, že druzí čtou a znají Vaše tajné myšlenky

36.	Pocit, že Vám druzí nerozumí nebo s Vámi necítí	
37.	Pocit, že jsou Vám lidé nepřátelští nebo Vás nemají rádi	
38.	Nutnost dělat vše velmi pomalu, aby to bylo správně	
39.	Bušení srdce nebo jeho zrychlený tep	
40.	Návaly pocitu na zvracení nebo nevolnost od žaludku	
41.	Pocity méněcennosti vůči druhým	
42.	Bolesti svalů	
43.	Pocit, že druzí koukají, sledují Vás nebo si o Vás povídají	
44.	Potíže s usínáním	
45.	Potřeba kontrolovat a překontrolovávat po sobě to, co děláte	
46.	Nerozhodnost, rozhodování se s obtížemi	
47.	Strach z cesty autobusem, vlakem, tramvají nebo metrem	
48.	Pocity nedostatku vzduchu nebo "krátkosti dechu"	
49.	Návaly horka nebo chladu	
50.	Nutnost vyhnout se ze strachu určitým místům, předmětům nebo činnostem	
51.	Pocity prázdné hlavy (mít okénka)	
52.	Necitlivost nebo pocity pálení některých míst těla	
53.	Pocit knedlíku v hrdle	
54.	Pocit beznaděje do budoucnosti	
55.	Vedlejší myšlenky brání soustředit se	
56.	Pocity slabosti v některých částech těla	
57.	Pocity napětí a vzrušenosti	
58.	Pocity tíže v rukou nebo v nohou	
59.	Myšlenky o smrti nebo umírání	
60.	Přejídání se	
61.	Cítit se nesvůj, nejistý, když se na Vás lidé dívají nebo o Vás hovoří	
62.	Objevují se myšlenky, které nejsou Vaše vlastní (jako by byly "vložené" druhými hypnózou, sugescí a pod.)	
63.	Míváte nutkání, nápady někoho ztlouci, zranit ho nebo mu jinak ublížit	
64.	Probouzet se příliš brzy	
65.	Nutkání opakovat tytéž úkony jako doteky, počítání, mytí se a podobně	
66.	Neklidný nebo narušený spánek	
67.	Touha lámat, rozbítet nebo jinak ničít věci	
68.	Míváte nápady nebo názory, které nejsou pro druhé	
69.	Cítit se nesvůj, nejistý mezi lidmi	
70.	V návalu lidí jako ve frontě, v obchodě, kině se cítit nepříjemně, nejistě	
71.	Pocit'ovat vše jako námahu	
72.	Chvilky pocitu hrůzy nebo paniky	
73.	Při jídle nebo pití v přítomnosti lidí nepříjemný pocit	
74.	Dostávat se do častých sporů	

75.	Nepříjemný pocit nervozity, jste-li o samotě
76.	Druzi Vám nevěří nebo nevyjadřují dostatečné uznání za Vaše úspěchy či zásluhy
77.	Pocit samoty, osamělosti i když jste mezi lidmi
78.	Pocity takového neklidu, nepokoje, že nemůžete ani klidně sedět
79.	Pocit, že za nic nestojíte, k ničemu nejste, nikam se nehodíte
80.	Pocity jako by známé věci byly (dojem) podivné nebo neskutečné
81.	Zlostně na někoho pokřikovat, křičet nebo zlostně, vztekle házet, bouchat věcmi
82.	Strach z omdlení na veřejnosti
83.	Myšlenky, že Vás lidé využijí či zneužijí, dáte-li jim příležitost, pokud se necháte
84.	Míváte myšlenky sexuálního obsahu, které Vás silně obtěžují či znepokojují
85.	Myšlenky, že byste měl být potrestán za Vaše hříchy, přestupky nebo poklesky
86.	Nepříjemný, tísnivý pocit, že musíte něco udělat, něco si zařídit, dát si udělat nějakou věc
87.	Myšlenka, že se děje nebo se již stalo něco vážného, změna s Vaším tělem
88.	Necítit citovou blízkost k žádné osobě
89.	Pocit viny
90.	Dojem, že s Vaším myšlením, myšlenkami, rozumem není něco v pořádku

BBV-TRAQ

ID ÚČASTNÍKA: ___/___/___/___/___

ID TAZATELE: ___/___/___/___

DATUM: DEN / MĚS / ROK

Instrukce

- Zamyslete se prosím důkladně nad následujícími otázkami a odpovězte na každou co možná nejpřesněji a nejpravdivěji. Všechny otázky se vztahují k Vašemu chování v předchozím MĚSÍCI/ 4 týdnech (tj. v 1 měsíci před zahájením současné léčby).
- Mějte, prosím, na paměti, že jedinou správnou odpovědí je přesná a upřímná odpověď.
- Veškeré informace, které uvedete, zůstanou naprosto důvěrné.

Část 1: CHOVÁNÍ PŘI INJEKČNÍ APLIKACI

U jednotlivých otázek zakroužkujte tu možnost, která nejlépe vystihuje Vaši situaci.

- 1.1 V posledním měsíci, kolikrát jste manipuloval/a s jehlou/injekční stříkačkou, kterou použil někdo jiný (např. ji vyhodil nebo odlomil jehlu) v době, kdy jste měl nějaká škrábnutí, zanícená místa nebo jiná poranění na prstech a rukou?

Ani jednou jednou dvakrát 3 - 5krát 6 - 10krát více než 10krát

- 1.2 V posledním měsíci, kolikrát jste vysál/a nebo olízl/a zbytky drogy ze lžičky nebo jiné směšovací nádoby, kterou před Vámi používal někdo jiný?

Ani jednou jednou dvakrát 3 - 5krát 6 - 10krát více než 10krát

- 1.3 V posledním měsíci, kolikrát jste vysál/a nebo olízl/a filtr, který před Vámi použil někdo jiný?

Ani jednou jednou dvakrát 3 - 5krát 6 - 10krát více než 10krát

- 1.4 V posledním měsíci, kolikrát jste olízl/a píst (injekční stříkačky) namočený ve směsi, kterou před Vámi použil někdo jiný?

Ani jednou jednou dvakrát 3 - 5krát 6 - 10krát více než 10krát

- 1.5 V posledním měsíci, kolikrát jste si injekčně aplikoval/a drogu, která byla přefiltrovaná přes filtr někoho jiného?

Ani jednou jednou dvakrát 3 - 5krát 6 - 10krát více než 10krát

1.6a V posledním měsíci, kolikrát jste si injekčně aplikoval/a drogu připravenou na lžičce nebo ve směšovací nádobce, kterou před Vámi použil někdo jiný?

Ani jednou jednou dvakrát 3 - 5krát 6 - 10krát více než 10krát



(Přejděte k otázce 1.7)

1.6b Při těchto příležitostech, kolikrát jste tu lžičku nebo nádobku umyl/a, než jste ji použil/a?

Ani jednou zřídka někdy často pokaždé

1.7 V posledním měsíci, kolikrát jste si injekčně aplikoval/a drogu připravenou z vody, kterou před Vámi použil někdo jiný?

Ani jednou jednou dvakrát 3 - 5krát 6 - 10krát více než 10krát

1.8 V posledním měsíci, kolikrát jste si injekčně aplikoval/a drogu, která byla v kontaktu s jehlou/injekční stříkačkou někoho jiného?

Ani jednou jednou dvakrát 3 - 5krát 6 - 10krát více než 10krát

1.9a V posledním měsíci, kolikrát jste si injekčně aplikoval/a drogu, kterou jste připravil/a okamžitě poté, co jste pomáhal/a někomu jinému při aplikaci (např. jste jim dal/a injekci, držel/a jejich ruku, manipuloval/a s jejich jehlou/stříkačkou, dotýkal/a se místa, kam si dávají injekce, abyste nahmatal/a žílu, otřel/a krev, zastavil/a krvácení)?

Ani jednou jednou dvakrát 3 - 5krát 6 - 10krát více než 10krát



(Přejděte k otázce č. 1.10a)

1.9b Při těchto příležitostech, jak často jste si umyl/a ruce před tím, než jste začal/a připravovat svou dávku?

Ani jednou zřídka někdy často pokaždé

1.10a V posledním měsíci, kolikrát jste si injekčně aplikoval/a drogu, kterou připravil někdo jiný, kdo před tím dal injekci dalšímu člověku nebo mu při tom pomáhal?

Ani jednou jednou dvakrát 3 - 5krát 6 - 10krát více než 10krát



(Přejděte k otázce č. 1.11a)

1.10b Při těchto příležitostech, jak často si osoba, která připravovala dávku, před tím umyla ruce?

Ani jednou zřídka někdy často pokaždé

1.11a V posledním měsíci, kolikrát Vám dávala injekci osoba, která před tím dávala injekci nebo při tom asistovala někomu jinému?

Ani jednou jednou dvakrát 3 - 5krát 6 - 10krát více než 10krát
↓

(Přejděte k otázce č. 1.12a)

1.11b Při těchto příležitostech, jak často si osoba, která Vám injekci dávala, před tím umyla ruce?

Ani jednou zřídka někdy často pokaždé

1.12a V posledním měsíci, kolikrát jste použil/a jehlu/stříkačku, se kterou manipulovala nebo se dotýkala osoba, která si před tím dala injekci?

Ani jednou jednou dvakrát 3 - 5krát 6 - 10krát více než 10krát
↓

(Přejděte k otázce č. 1.13a)

1.12b Při těchto příležitostech, jak často si tato osoba umyla ruce před tím, než manipulovala s jehlou, kterou jste používal/a Vy?

Ani jednou zřídka někdy často pokaždé

1.13a V posledním měsíci, kolikrát jste použil/a jehlu/stříkačku, kterou si před tím použil někdo jiný?

Ani jednou jednou dvakrát 3 - 5krát 6 - 10krát více než 10krát
↓

(Přejděte k otázce č. 1.14)

1.13b Při těchto příležitostech, jak často jste ji dezinfikoval/a, než jste ji použil/a?

Ani jednou zřídka někdy často pokaždé

1.14 V posledním měsíci, kolikrát jste použil/a stříkačku poté, co si někdo jiný vstříkl část dávky?

Ani jednou jednou dvakrát 3 - 5krát 6 - 10krát více než 10krát

1.15a V posledním měsíci, kolikrát jste se dotkl/a vlastního místa, kam si dáváte injekce (např. nahmatal/a žílu, otřel/a krev, zastavil/a krvácení), poté, co jste "asistoval/a" někomu jinému při jeho aplikaci (tj. dával/a jste injekci, držel/a jeho ruku, manipuloval/a s jehlou/stříkačkou, kterou použil, dotkl/a se místa, kam si dával injekci, abyste nahmatal/a žílu, otřel/a krev nebo zastavil/a krvácení)?

Ani jednou jednou dvakrát 3 - 5krát 6 - 10krát více než 10krát
↓

(Přejděte k otázce č. 1.16a)

1.15b Při těchto příležitostech, kolikrát jste si umyl/a ruce před tím, než jste se dotkl/a místa, kam si sám/a pícháte injekce?

Ani jednou	zřídka	někdy	často	pokaždé
------------	--------	-------	-------	---------

1.16a V posledním měsíci, kolikrát se někdo jiný dotýkal místa, kam si pícháte injekce (např. aby nahmatal žílu, otřel krev nebo zastavil krvácení)?

Ani jednou	jednou	dvakrát	3 - 5krát	6 - 10krát	více než 10krát
------------	--------	---------	-----------	------------	-----------------

(Přejděte k otázce č. 1.17)

1.16b Při těchto příležitostech, jak často si osoba, která se Vás dotýkala, před tím umyla ruce?

Ani jednou	zřídka	někdy	často	pokaždé
------------	--------	-------	-------	---------

1.17 V posledním měsíci, kolikrát jste si otřel/a místo, kam si dáváte injekce, nějakým předmětem (např. vatou/tampónem, papírovým nebo látkovým kapesníkem, ručníkem atd.), který před Vámi použil někdo jiný?

Ani jednou	jednou	dvakrát	3 - 5krát	6 - 10krát	více než 10krát
------------	--------	---------	-----------	------------	-----------------

1.18 V posledním měsíci, kolikrát jste použil/a škrtdlo (např. gumové škrtdlo, pásek, provaz, kravatu, šňůru atd.), které před Vámi použil někdo jiný?

Ani jednou	jednou	dvakrát	3 - 5krát	6 - 10krát	více než 10krát
------------	--------	---------	-----------	------------	-----------------

1.19 V posledním měsíci, kolikrát jste se náhodou škrábl/a o jehlu nebo stříkačku, kterou před tím použil někdo jiný?

Ani jednou	jednou	dvakrát	3 - 5krát	6 - 10krát	více než 10krát
------------	--------	---------	-----------	------------	-----------------

1.20a V posledním měsíci, kolikrát jste znovu použil/a jehlu/stříkačku vytaženou ze společné nádoby na použité jehly?

Ani jednou	jednou	dvakrát	3 - 5krát	6 - 10krát	více než 10krát
------------	--------	---------	-----------	------------	-----------------

(Přejděte do ČÁSTI 2)

1.21b Při těchto příležitostech, jak často jste ji před použitím dezinfikoval/a?

Ani jednou	zřídka	někdy	často	pokaždé
------------	--------	-------	-------	---------

Část 2: SEXUÁLNÍ CHOVÁNÍ

- U jednotlivých otázek zakroužkujte tu možnost, která podle Vašeho názoru nejlépe odpovídá vaší situaci. Všechny otázky se vztahují k Vašemu chování v předchozím MĚSÍCI/ 4 týdnech (tj. v 1 měsíci před zahájením současné léčby).
- Mějte, prosím, na paměti, že jedinou správnou odpovědí je přesná a upřímná odpověď.
- Veškeré informace, které uvedete, zůstanou naprosto důvěrné.

2.1 V posledním měsíci, kolikrát jste měl/a nechráněný vaginální pohlavní styk (tj. došlo ke styku vagíny a penisu)?

Ani jednou jednou dvakrát 3 - 5krát 6 - 10krát více než 10krát

2.2 V posledním měsíci, kolikrát jste měl/a nechráněný vaginální pohlavní styk (tj. došlo ke styku vagíny a penisu) během menstruace?

Ani jednou jednou dvakrát 3 - 5krát 6 - 10krát více než 10krát

2.3 V posledním měsíci, kolikrát jste měl/a nechráněný vaginální pohlavní styk (tj. došlo ke styku vagíny a penisu) bez lubrikace?

Ani jednou jednou dvakrát 3 - 5krát 6 - 10krát více než 10krát

2.4 V posledním měsíci, kolikrát jste měl/a nechráněný anální pohlavní styk (tj. došlo ke styku análního/řitního otvoru a penisu)?

Ani jednou jednou dvakrát 3 - 5krát 6 - 10krát více než 10krát

2.5 V posledním měsíci, kolikrát jste měl/a nechráněný orální sex (tj. došlo ke kontaktu rtů a jazyka s vagínou, penisem a/nebo análním otvorem)?

Ani jednou jednou dvakrát 3 - 5krát 6 - 10krát více než 10krát

2.6 V posledním měsíci, kolikrát jste měl/a nechráněný manuální sex s jinou osobou (tj. kdy došlo ke kontaktu prstů a rukou s vagínou, penisem a/nebo análním otvorem) během menstruace?

Ani jednou jednou dvakrát 3 - 5krát 6 - 10krát více než 10krát

2.7 V posledním měsíci, kolikrát jste měl/a nechráněný manuální sex s jinou osobou (tj. kdy došlo ke kontaktu prstů a rukou s vagínou, penisem a/nebo análním otvorem) po injekční aplikaci?

Ani jednou jednou dvakrát 3 - 5krát 6 - 10krát více než 10krát

2.8 V posledním měsíci, kolikrát jste měl/a nechráněný manuální sex s jinou osobou (tj. kdy došlo ke kontaktu prstů a rukou s vagínou, penisem a/nebo análním otvorem) bez lubrikace?

Ani jednou jednou dvakrát 3 - 5krát 6 - 10krát více než 10krát

Část 3: JINÉ ZPŮSOBY POŠKOZENÍ KŮŽE

- U jednotlivých otázek zakroužkujte tu možnost, která podle Vašeho názoru nejlépe odpovídá vaší situaci. Všechny otázky se vztahují k Vašemu chování v předchozím MĚSÍCI/ 4 týdnech (tj. v 1 měsíci před zahájením současné léčby).
- Mějte, prosím, na paměti, že jedinou správnou odpovědí je přesná a upřímná odpověď.
- Veškeré informace, které uvedete, zůstanou naprosto důvěrné.

3.1 V posledním měsíci, kolikrát jste přišel/a do kontaktu s krví někoho jiného (např. při rvačkách, pořezání se, sebrzačení/zraňování, nehodách, krvavých sportech, pracovních úrazech, zanícenými místy, krvi z nosu, atd.)?

Ani jednou jednou dvakrát 3 - 5krát 6 - 10krát více než 10krát

3.2 V posledním měsíci, kolikrát jste se nechal/a tetovat někým, kdo nebyl profesionální tetovač?

Ani jednou jednou dvakrát 3 - 5krát 6 - 10krát více než 10krát

3.3 V posledním měsíci, kolikrát Vám dělal piercing (a jiné „zdobící“ techniky, při kterých dochází k porušení kůže) někdo, kdo nebyl profesionální piercer?

Ani jednou jednou dvakrát 3 - 5krát 6 - 10krát více než 10krát

3.4 V posledním měsíci, kolikrát jste použil/a holicí strojek někoho jiného (např. strojek na jedno použití, žiletky, břitva)?

Ani jednou jednou dvakrát 3 - 5krát 6 - 10krát více než 10krát

3.5 V posledním měsíci, kolikrát jste použil/a kartáček na zuby někoho jiného?

Ani jednou jednou dvakrát 3 - 5krát 6 - 10krát více než 10krát

3.6 V posledním měsíci, kolikrát jste použil/a hygienické potřeby někoho jiného (např. manikúru, nůžky na nehty, kleštičky na nehty, pinzetu, hřebec, kartáč)?

Ani jednou jednou dvakrát 3 - 5krát 6 - 10krát více než 10krát

Příloha č. 5 – Prohlášení tazatele

Já, Dominika Čížková, jsem popsala výzkumný projekt a povahu a důsledky postupů, které zahrnuje. Mám za to, že účastník/účastnice tomuto vysvětlení porozuměl/a a dává svůj souhlas dobrovolně.

Datum:

Podpis tazatele:

