

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Bc. Martina Fürstová

Rizikové sexuální chování u problémových uživatelů návykových
látek využívajících nízkoprahových adiktologických služeb
v Českých Budějovicích

Risky sexual behavior of problem drugs users using low-threshold
addictology services in České Budějovice

Diplomová práce

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Jaroslav Vacek

PRAHA, 2018

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, 15. 04. 2018

Martina Fürstová

.....

Poděkování:

Chtěla bych poděkovat vedoucímu práce Mgr. Jaroslavu Vackovi za odborné vedení, cenné rady a podporu při zpracování této práce.

Identifikační záznam:

FÜRSTOVÁ, Martina. *Rizikové sexuální chování u problémových uživatelů návykových látek využívajících nízkoprahových adiktologických služeb v Českých Budějovicích. [Risky sexual behavior of problem drugs users using low-threshold addictology services in České Budějovice]*. Praha, 2018. 60 stran, 2 přílohy. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí diplomové práce: Vacek, Jaroslav.

Abstrakt:

Východiska: V České Republice je odhadem 46,8 tisíc problémových uživatelů drog a prevalence infekčních nemocí (především virové hepatitidy C) mezi problémovými uživateli je vysoká. To může souviset nejen se samotným užíváním drog, ale také s jejich rizikovým sexuálním chováním, skrze které se infekční nemoci mohou přenášet také.

Cíl: Hlavním cílem této práce je popsat výskyt rizikového sexuálního chování u problémových uživatelů návykových látek využívajících nízkoprahové adiktologické služby v Českých Budějovicích.

Metody: Výsledky práce byly zpracovány na základě odpovědí z anonymního dotazníku od 50 klientů kontaktního centra v Českých Budějovicích, celkem se tedy zúčastnilo 12 % klientů kontaktního centra. Byli osloveni ti respondenti, kteří přišli využít výměnný program nebo kontaktní místnost. Výzkumu se zúčastnilo celkem 19 žen a 31 mužů, průměrný věk respondentů činí 32 let. Výsledky výzkumu byly zjištěny a zpracovány do grafů prostřednictvím popisné statistiky. Data byla vyhodnocována v programu Microsoft Excel a následně v programu Microsoft Word.

Výsledky: Z výsledků jsou patrné jisté souvislosti mezi problémovým užíváním návykových látek a rizikovým sexuálním chováním. Respondenti, kteří se někdy chovali sexuálně rizikově, tak většinou učinili pod vlivem návykové látky (88 % respondentů), přičemž nejčastěji uváděli kombinaci alkoholu s jinou nelegální návykovou látkou (64 %), převážně pervitinem a konopnými drogami. Celkem 31 % respondentů uvedlo jako příčinu svého následného rizikového sexuálního chování právě intoxikaci návykovou látkou.

Tato práce rozšířila obzory ohledně rizikového sexuálního chování v souvislosti s problémovým užíváním návykových látek a je možné se díky ní zaměřit na další intervence ohledně této problematiky.

.

Klíčová slova:

Návyková látka, droga, nízkoprahové služby, problémový uživatel drog, rizikové sexuální chování

Abstract:

Basis: In the Czech Republic, an estimated 46.8 thousand problem drug users and the prevalence of infectious diseases (mainly viral hepatitis C) among problem users are high. This may be related not only to the actual use of drugs but also to their risky sexual behavior through which they can transmit infectious diseases as well.

Objective: The main goal of this thesis is to describe the occurrence of risk sexual behavior in problem drug addicts using low-threshold addictology services in České Budějovice.

Methods: The results of this thesis were processed on the basis of answers from an anonymous questionnaire from 50 clients of the contact center in České Budějovice, with a total of 12% of clients' contact centers. They were addressing respondents who came to take advantage of the exchange program or contact room. A total of 19 women and 31 men participated in the survey, the average age of respondents was 32 years. The research results were identified and processed in graphs through descriptive statistics. The data was evaluated in Microsoft Excel and then in Microsoft Word.

Results: The results show a certain connection between problematic use of addictive substances and risky sexual behavior. Respondents who have ever been sexually at risk have mostly become drug addicts (88% of respondents), most often reporting a combination of alcohol and other illicit addictive substance (64%), mostly pervitin and cannabis. A total of 31% of respondents have reported the cause of their subsequent risky sexual behavior as a intoxicant addictive substance.

This work has expanded the prudence of hazardous sexual behavior in relation to problem drug use and makes it possible to focus on further interventions in this issue.

Keywords:

Addictive substance, drugs, low-treshold services, problem drug user, risky sexual behavior

Obsah

| | |
|--|-----------|
| 1. Úvod | 1 |
| 2. Problémové užívání drog..... | 3 |
| 2. 1. Syndrom závislosti..... | 3 |
| 2. 2. Harm reduction | 3 |
| 2. 3. Nízkoprahové adiktologické služby..... | 4 |
| 2. 3. 1. Aplikační místnosti | 4 |
| 2. 3. 2. Terénní programy (TP) | 6 |
| 2. 3. 3. Kontaktní centra (KC) | 6 |
| 2. 3. 4. Nízkoprahové adiktologické služby pro uživatele návykových látek v Českých Budějovicích | 7 |
| Kontaktní centrum v Českých Budějovicích | 7 |
| 3. Návykové látky, užívané klienty nízkoprahových služeb..... | 9 |
| 3. 1. Alkohol | 9 |
| 3. 2. Konopí | 10 |
| 3. 3. Pervitin a jiné stimulanty | 10 |
| 3. 4. Opioidy a opiáty..... | 10 |
| 3. 5. Prchavé látky..... | 11 |
| 3. 6. Léky způsobující závislost..... | 11 |
| 4. Rizikové chování problémových uživatelů drog | 13 |
| 4. 1. Intravenózní aplikace drog..... | 13 |
| 4. 2. Sdílení injekčních stříkaček | 14 |
| 4. 3. Kombinace více druhů drog..... | 14 |
| 4. 4. Rizikové chování v dopravě | 15 |
| 4. 5. Rizikové sexuální chování | 15 |
| 5. Sexualita uživatelů návykových látek | 16 |
| 5. 1. Sexualita a konopné drogy..... | 16 |
| 5. 2. Sexualita a pervitin | 17 |
| 5. 3. Sexualita a alkohol..... | 17 |
| 5. 4. Sexualita a opioidy (opiáty) | 18 |
| 5. 5. Sexualita a benzodiazepiny | 18 |
| 6. Rizikové sexuální chování u uživatelů drog | 20 |
| 6. 1. Promiskuita | 20 |
| 6. 2. Rizikové sexuální praktiky | 20 |
| 6. 3. Nechráněný sex..... | 20 |
| 6. 4. Komerční sex | 21 |

| | |
|---|-----------|
| 7. Dopady rizikového sexuálního chování..... | 23 |
| 7. 1. Zdravotní dopady | 23 |
| 7. 2. Sociální dopady rizikového sexuálního chování | 26 |
| 8. Závislost na sexu | 28 |
| 9. Výzkumná část | 29 |
| 9. 1. Cíl práce | 29 |
| 9. 2. Výzkumné otázky | 29 |
| 9. 3. Metoda tvorby dat | 29 |
| 9. 4. Analýza získaných dat | 31 |
| 9. 5. Etické normy | 31 |
| 9. 6. Výzkumný soubor | 31 |
| 9. 7. Popis výzkumného souboru | 33 |
| 10. Výsledky výzkumu | 40 |
| 10. 1. Výskyt rizikového sexuálního chování u problémových uživatelů návykových látek využívajících nízkoprahové adiktologické služby | 40 |
| 10. 2. Vztah mezi problémovým užíváním návykových látek a rizikovým sexuálním chováním respondentů | 49 |
| 10. 3. Důvody vedoucí k rizikovému sexuálnímu chování u respondentů | 55 |
| 11. Diskuze a závěry | 57 |

1. Úvod

Samotné užívání návykových látek je velice rizikové chování, během kterého jsou uživatelé vystaveni nejen zdravotnímu, ale i sociálnímu riziku. Uživatelé nezdědka kdy prodělají nějakou infekční nemoc, často žijí v opravdu špatných životních podmínkách či jsou dokonce bez domova.

Celoživotní prevalence užívání nelegálních drog v obecné populaci (ve věku 15-64 let) je 34, 5 % z čehož se nejčastěji jedná o konopné drogy (Mravčík et al., 2016). Uživatelé však velmi často kombinují nelegální drogy s alkoholem, který je u nás dostupný a populací velmi často užíván.

Je známo, že po užití návykových látek mohou odpadnout morální zábrany a uživatel se pak může dopustit něčeho, čemu by se za normálních okolností vyhnul. Vzhledem k tomu, že některé drogy mají také afrodiziakální účinky, může se uživatel dopustit právě i rizikového sexuálního chování. Za rizikové sexuální chování považujeme takové sexuální aktivity, které mají jednoznačně špatný vliv na zdravotní, sociální a jiné faktory jedince. Jednat se může o nechráněný sex při náhodné známosti, rizikové sexuální praktiky, promiskuita či prostituce. Z dostupných výzkumů zabývajících se souvislostí mezi nelegálními drogami a sexuálním chováním vyplývá, že nejrizikovější nelegální drogou právě z pohledu rizikového sexuálního chování je zřejmě pervitin, což může být dáno zejména díky kreativitě sexu po intoxikaci, díky čemuž může dojít ke skupinovému sexu, promiskuitě, homosexuálnímu styku či nejrůznějším sadomasochistickým praktikám (Žáková, 2010).

Po intoxikaci pervitinem dochází ke zvýšení koncentrace dopaminu a noradrenalinu v centrální nervové soustavě, které mají mimo jiné vliv také na sexuální vzrušení-intoxikovaný má větší sexuální libido. A právě pervitin je uváděn jako nejčastější primární droga mezi problémovými uživateli drog v České republice, cca 74 % uživatelů uvádí pervitin jako svou primární drogu (Mravčík et al., 2017).

Velký vliv na rizikové sexuální chování má také dostupný alkohol, který snižuje zábrany, zvyšuje vzrušení a má zřejmě vliv i na výběr sexuálního partnera. Nutná je zmínka také o afrodiziakálních účincích konopných drog, které se již ve starověké Indii používali v medicíně k léčbě impotence (Doležalová Hrouzková, 2010).

U experimentátorů s drogami, tedy pouze u příležitostných uživatelů drog lze předpokládat, že se chovají sexuálně rizikově jinak, než lidé, kteří jsou na drogách závislí- tedy než problémoví uživatelé drog. U takových lidí se pak častěji může objevit i rizikové sexuální chování v podobě komerčního sexu (sex za peníze či za drogy). I v tomto případě rizikového chování hraje právě pervitin významnou roli- v prostředí sexbyznysu bývá často užíván kvůli snížení zábran, zvýšení sebejistoty a zvýšené chuti na sex, ale také pro usnadnění komunikace (Žáková, 2010).

Prevalence intravenózního užívání drog u osob pracujících v sexbyznysu je vyšší než intravenózní užívání drog běžnou populací (Chrtová, 2014).

Lze předpokládat, že uživatelé drog, kteří využívají nízkoprahová adiktologická centra, patří mezi problémové uživatele. Definice problémového užívání drog není zcela jednotná, avšak Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (EMCDDA) definuje problémové užívání jako: „Injekční a/nebo dlouhodobé a pravidelné užívání drog opiátového a/nebo amfetaminového a/nebo kokainového typu“ (EMCDDA Institute for Therapy Research, 1998). Problémové užívání drog s sebou z pravidla nese (na rozdíl od jiných forem užívání návykových látek jako je například experimentální a rekreační užívání) závažné zdravotní a sociální důsledky nejen pro uživatele, ale také pro většinovou společnost.

Tato diplomová práce se zabývá souvislostmi mezi problémovým užíváním návykových látek a rizikovým sexuálním chováním u problémových uživatelů, kteří navštěvují nízkoprahové adiktologické služby.

V teoretické části jsou popsány nízkoprahové adiktologické služby, jsou zde zpracovány nejčastěji užívané návykové látky a jejich vliv na sexualitu jedince, uvedeny jsou také definice a formy rizikového sexuálního chování včetně zdravotních a sociálních dopadů rizikového sexuálního chování na jedince.

V praktické části je popsán průběh tohoto výzkumu, jeho zaměření a výsledky studie, které se snažily odpovědět na výzkumné otázky. Následují diskuze a závěry práce.

V poslední části diplomové práce se objevuje kritické zhodnocení této studie včetně limitů této práce.

2. Problémové užívání drog

Podle evropských kritérií lze problémové užívání drog definovat jako nitrožilní nebo dlouhodobé/pravidelné užívání opiátů, kokainu nebo drog amfetaminového typu. Užívání konopí a extáze do problémového užívání není zahrnuto. Podle středních odhadů bylo v České Republice v roce 2016 přibližně 46,8 tisíc problémových uživatelů drog, z toho přibližně 42,8 tisíc nitrožilních uživatelů drog.

Většina uživatelů (cca 34,3 tisíc) uvádí jako svou primární drogu pervitin, cca 11 tisíc uživatelů pak uvádí jako svou primární drogu opiáty jako je buprenorfin-subutex či heroin (Mravčík et. al., 2017).

2. 1. Syndrom závislosti

Ve většině případů (ale ne ve všech) je problémový uživatel drog na drogách závislý. Závislý uživatel drog splňuje kritéria syndromu závislosti. Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 10) uvádí, že: „užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost, než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více“ (WHO, 1992). Hlavní charakteristikou syndromu závislosti je silná touha brát psychoaktivní látky, alkohol nebo tabák.

Definitivní diagnóza bývá obvykle stanovená v případě, že u uživatele v posledním roce dojde ke třem či více níže zmíněných jevů:

- Silná touha nebo pocit puzení užívat látku
- Potíže v kontrole užívání látky
- Přítomnost tělesného odvykacího stavu
- Tolerance (uživatel musí užívat větší dávky látky, aby došlo ke stejnému účinku, který dříve vyvolaly dávky menší)
- Postupné zanedbávání jiných zájmů ve prospěch užívání návykových látek
- Pokračování v užívání i přes jasně prokazatelné škodlivé důsledky (Nešpor, 2003).

U klientů nízkoprahových adiktologických služeb dochází také velmi často k tzv. polymorfní závislosti. Polymorfní závislost, neboli současné užívání více návykových látek (buď zároveň, nebo i v jinou dobu) bývá spojována nejen s užíváním nelegálních drog, ale také s užíváním návykových látek legálních např. současné užívání tabáku a alkoholu (Kalina, 2001). U klientů využívající nízkoprahové služby můžeme shledat často závislost jedna na droze (nejčastěji pervitinu) a současně také na alkoholu, nezdědka kdy také na opiátech, či konopných drogách.

2. 2. Harm reduction

Harm reduction, v doslovném překladu „snížování poškození nebo škod“, jsou koncepty, programy a činnosti, které vedou k celkovému snížování rizik jak zdravotních, tak

sociálních či ekonomických, u problémových uživatelů legálních i nelegálních návykových látek (IHRA, 2010).

Přístupy harm reduction jsou používány u uživatelů návykových látek, kteří momentálně nechtějí nebo nejsou schopni návykové látky přestat užívat. Harm reduction má tedy za cíl minimalizovat, snížit či omezit negativní dopady návykových látek na uživatele. Mezi takové negativní dopady jsou řazeny například infekční nemoci, předávkování či další tělesné komplikace s užíváním spojené.

Harm reduction však není zaměřené jen na zdravotní stránku uživatele a tak se v neposlední řadě snaží také o snížení či zmírnění negativních sociálních dopadů u uživatelů. V přístupu Harm reduction je tedy možné shledávat obecný model rozvoje závislosti. Jde tedy o bio-psycho-sociálně-spirituální model (Janíková, 2008).

Mezi nejznámější Harm reduction služby patří například výměna injekčního materiálu, kdy uživatel přinese použitou injekční stříkačku a dostane za ní novou, sterilní, díky čemuž si může bezpečněji aplikovat svou drogu. Mezi další postupy pak patří například informační servis pro uživatele, díky kterému mají uživatelé informace o možnostech a způsobech léčby či užitečné informace týkající se například bezpečnějšího brání drog.

Princip Harm reduction je využíván zejména v nízkoprahových adiktologických službách.

2. 3. Nízkoprahové adiktologické služby

Na základě přístupu Harm Reduction vznikají nízkoprahové adiktologické služby. Nízkoprahové služby pro uživatele návykových látek v České Republice jsou rozděleny na terénní programy a kontaktní centra. Nízkoprahová služba je přístupná pro kohokoli, nemá stanovené žádné nároky, podmínky či omezení, mezi které je zařazena například abstinence. Nízkoprahové služby se snaží být dostupné co možná nejvíce jak v čase, tak v prostoru. Cílem nízkoprahových služeb je navázání kontaktu s co největším počtem uživatelů návykových látek.

Kromě nízkoprahových adiktologických služeb jsou u nás dostupné i jiné nízkoprahové služby, mezi které patří například nízkoprahové služby pro děti a mládež (NZDM).

Níže budou uvedeny nízkoprahové služby, které jsou pro uživatele drog dostupné a to nejen v České Republice.

2. 3. 1. Aplikační místnosti

V České Republice můžeme vidět buď terénní programy a nebo kontaktní centra. V jiných zemích však můžeme shledat také další, alternativní nízkoprahové služby, jako jsou například Aplikační místnosti neboli „šleháry“.

Aplikační místnosti jsou zdravotnické zařízení pro injekční uživatele drog, ve kterých je možné si hygienicky a bez jakéhokoli stresu a obav aplikovat přinesenou drogu. V aplikačních místnostech jsou běžně rozdávány sterilní injekční stříkačky společně s dalším potřebným materiálem, jako jsou filtry či desinfekce, je zde poskytováno odborné poradenství před i během aplikace drogy a v neposlední řadě je zde možnost neodkladné lékařské péče v případě akutní potřeby uživatele. Služby jako jsou hygienický či potravinový servis též nejsou výjimkou, ale nejsou podstatou Aplikačních místností. Bývá však zvykem, že v tom samém zařízení, kde jsou aplikační místnosti, bývají právě i tyto další služby.

Cílem Aplikační místnosti je jednak snížení zdravotních rizik u samotných uživatelů drog, jednak ale také zvýšení bezpečnosti ve veřejném prostoru, tedy zvýšení bezpečnosti veřejnosti-populace.

Očekávání od aplikačních místností jsou zformulovány do 4 okruhů:

- Snížení veřejného pohoršení (aplikace drogy mimo veřejný prostor, snížení výskytu pohozených použitých injekčních stříkaček)
- Snížení počtu předávkování opiody (možnost rychlého zásahu zdravotnického personálu)
- Snížení přenosu infekčních chorob přenosných krví (sterilní prostředí pro aplikaci drogy)
- Zlepšení přístupnosti uživatelů do zdravotnických, sociálních a ostatních služeb (mnohdy jsou uživatelé drog na kraji společnosti a se zdravotnickými či sociálními službami nepřijdou vůbec do styku).

Samotné aplikační místnosti začaly vznikat jako reakce na otevřenou drogovou scénu ve městech, díky které docházelo nejen k negativním zdravotním dopadům na jedince, ale právě také k narušování pořádku ve městech (např. pouliční aplikace drogy, pohozené injekční stříkačky). První aplikační místnost vznikla ve Švýcarsku, ve městě Bern v roce 1986, následně se služba rozšířila do dalších evropských zemí jako je například Nizozemsko, Německo, Španělsko či Norsko.

Ačkoli jsou prokazatelné pozitivní změny ve zdravotní oblasti uživatelů drog či ve zlepšení veřejného pořádku ve městech, kde aplikační místnosti jsou, stále je toto téma velice kontroverzní a v mnoha zemích, včetně České Republiky, stále nefungují (NMS, 2015).

2. 3. 2. Terénní programy (TP)

Terénní programy jsou služby pro uživatele návykových látek, které jsou poskytovány mimo pevně stanovené prostory, tedy mimo zařízení. Terénní práce je poskytována například na ulici, ve veřejném prostranství (nádraží) či přímo v bytě uživatelů návykových látek. Výhodou terénního programu je to, že je služba poskytována v přirozeném prostředí uživatele a tudíž se dá předpokládat, že se uživatelé mohou cítit lépe a jsou více uvolněny než v různých institucích. Cílová skupina terénních programů je především skrytá populace uživatelů drog, kteří nemohou nebo z jakýchkoli důvodů nechtějí navštěvovat sociální či zdravotnické služby (například kvůli chybějící důvěře uživatelů v tyto služby). Služba je anonymní, klient vystupuje pod anonymním kódem.

Hlavním cílem terénní služby je zlepšení zdravotního stavu a snížení nežádoucích dopadů na uživatele návykových látek, kteří nejsou v kontaktu s dalšími službami. Častými klienty terénních programů jsou uživatelé, kteří nepřijdou z jakýchkoli důvodů do styku s jinou službou. Základní harm reduction službou nízkoprahových zařízení, je výměna injekčního materiálu.

- Výměna injekčního materiálu

Vzhledem k tomu, že do výměny injekčního materiálu nejsou zapojeny lékárny, dělají tuto službu právě nízkoprahové adiktologické služby jako jsou terénní programy a kontaktní centra. Výměna injekčního materiálu je významná právě v Harm reduction přísrupu. Uživatel drogy přinese použitou injekční stříkačku a dostane za ní injekční stříkačku čistou, ale také další potřebný materiál pro bezpečnější aplikaci drogy. Mezi takový materiál patří například filtry, desinfekce, sterilní voda. Výměnný program snižuje riziko přenosu infekčních nemocí, jako jsou virové hepatitidy či virus HIV. Díky tomuto programu dochází k bezpečné likvidaci použitých jehel.

Efektivita této služby se hodnotí podle návratnosti (poměr výdej/ návratnost). Ideálně by měl být větší než 100% a to proto, že se do oběhu mohou dostat injekční stříkačky i z jiných zdravotnických zařízení či lékáren (Kalina a kol., 2001).

Mezi další služby, které terény poskytují, patří například zdravotnické ošetření, distribuce letáků, brožurek a informační servis, distribuce kondomů, těhotenských testů, sociální poradenství, krizová intervence a podobně.

2. 3. 3. Kontaktní centra (KC)

Kontaktní centra jsou služby pro uživatele návykových látek, kteří mohou přijít přímo z ulice, bez jakéhokoli objednání či doporučení, bez určených podmínek, bez nutnosti abstinence od návykových látek. Služba je anonymní, klienti jsou v nich vedení také pod anonymním kódem, stejně jako v terénních službách.

Na rozdíl od terénních programů má ale služba své bezpečné zázemí, které může posloužit například k odběru biologického materiálu pro testování infekčních nemocí. Kontaktní centra poskytují řadu služeb, z nichž většina je dostupná také v terénu. Mezi hlavní intervence patří kontaktní práce, výměnný program, distribuce informativních brožurek, ale vzhledem k zázemí, které služba na rozdíl od terénu má, jsou dostupné i služby další mezi které patří například hygienický potravinový či vitaminový servis, testování na infekční nemoci atd.

Vesměs jde ale právě o Harm reduction-tedy snižování rizik v důsledku užívání návykových látek. Dříve byly kontaktní centra zejména pro intravenózní uživatele nelegálních drog, nyní však nezděravka kdy můžeme vidět kontaktní centra, kam mohou chodit též problémoví uživatelé alkoholu. Ti většinou využívají právě potravinový a hygienický servis.

Ačkoli jsou kontaktní centra nízkoprahové a mohou je využívat prakticky všichni bez rozdílu, platí i tam určitá pravidla. Mezi základní (kardinální) pravidla patří například zákaz fyzické a verbální agrese či zákaz manipulace a aplikace drog přímo v zařízení. Kontaktní centra tedy nezastupují aplikační místnosti.

2. 3. 4. Nízkoprahové adiktologické služby pro uživatele návykových látek v Českých Budějovicích

Nízkoprahové adiktologické služby pro uživatele návykových látek v Českých Budějovicích zajišťuje především nestátní nezisková organizace Prevent 99 z. ú. Tato organizace neposkytuje služby pouze pro uživatele návykových látek- poskytuje i jiné služby například pro děti a mládež, služby pro podporu rodin nebo také různé vzdělávací aktivity. Nízkoprahové adiktologické služby jsou poskytovány v Kontaktním centru a terénní formou.

Kontaktní centrum v Českých Budějovicích

Kontaktní centrum Prevent zahájilo svou činnost v roce 2010. V Kontaktním centru jsou poskytovány všechny základní služby pro problémové uživatele drog a alkoholu, včetně pracovního programu pro klienty. V roce 2014 došlo k rozšíření cílové skupiny o uživatele alkoholu, což se později ukázalo jako oprávněné rozhodnutí, vzhledem ke stále vyššímu počtu lidí užívajících primárně alkohol.

Během roku 2017 využilo služeb Kontaktního centra celkem 421 klientů, z toho 292 injekčních uživatelů drog. Oproti roku 2016 došlo k mírnému poklesu uživatelů, respektive k mírnému poklesu intravenózních uživatelů, přičemž množství výměny zůstalo prakticky stejné (v roce 2016 využilo v prvním pololetí služeb celkem 327 uživatelů z toho 263

intravenózních uživatelů drog). Lze tedy odvodit, že mírně stoupl počet uživatelů, kteří jako svou primární drogu udávají alkohol.

Pokles injekčních uživatelů drog ale neměl vliv na počet rozdaných injekčních setů (injekční stříkačka, voda, filtry). Během prvního pololetí roku 2017 bylo v Kontaktním centru vydáno a přijato cca 42 tisíc injekčních stříkaček (Brožová- ústní sdělení, 2018).

3. Návykové látky, užívané klienty nízkoprahových služeb

U klientů, kteří využívají nízkoprahových adiktologických služeb se dá předpokládat, že jsou na návykových látkách závislí, že je užívají pravidelně a tudíž se liší i způsoby aplikace a samotné užívané látky na rozdíl od uživatelů drog rekreačních, kteří mnohdy s drogami pouze experimentují. Závislý uživatel mnohdy přechází z méně nebezpečných aplikací drog (např. per os, sniff) na aplikaci více rizikovou, tedy aplikaci intravenózní. Taková aplikace pak častěji způsobuje nepříjemné zdravotní komplikace, mnohdy zdravotní komplikace vážné.

Co se týče samotných drog, i zde se dá předpokládat rozdíl mezi rekreačním a problémovým uživatelem. V následujícím textu budou popsány nejčastější návykové látky, které klienti nízkoprahových služeb užívají.

3. 1. Alkohol

Alkohol je společensky tolerovaná návyková látka, která je dostupná prakticky kdykoli a kdekoli. Patří mezi dlouhodobě nejužívanější návykovou látkou v ČR, a ani u klientů nízkoprahových center tomu není jinak- alkohol nevynechávají a mnohdy je jejich primární závislostí. Tento trend můžeme sledovat i u klientů nízkoprahového centra v Českých Budějovicích, vzhledem k tomu, že stále roste počet klientů, kteří právě jako svou primární drogu uvádějí alkohol.

Alkohol, obsahující ethanol nebo ethylalkohol, má ve své čisté formě nepříjemnou chuť a proto z něho bývají míchány alkoholové nápoje s různým množstvím účinné látky (pivo, destiláty atd.). Alkohol má tlumivý efekt na centrální nervovou soustavu včetně dýchacího centra- velké množství tedy může způsobit zástavu dechu a dokonce i náhlou smrt. Z počátku intoxikace však alkohol způsobuje euforii a dobrou náladu, s větším množstvím však tento účinek opadá a dochází k poruchám vnímání, zhoršením úsudku, či působí negativně na koordinaci pohybu. Nezáleží tedy na koncentraci účinné látky v nápoji, ale také na množství vypitého alkoholu (Nešpor, Csémy, 1997).

Také u alkoholu existují způsoby, jak snížit nebo minimalizovat rizika spojené s užíváním drog- tedy způsoby harm reduction. Harm reduction můžeme rozdělit na intervence vůči společnosti (zákaz prodeje osobám mladším 18 let, omezení reklam atd.) a na intervence působící na jednotlivce, které budou popsány v následujícím textu.

Základem harm reduction v pití alkoholu bývá informovanost o samotné návykové látce, o jejich účincích, o negativních dopadech, které návyková látka má. Nelze však předpokládat, že pouze informovanost je účinnou prevencí a je tedy podstatné se zaměřit také na bezpečnější užívání (Stronach, 2003).

Existují různé doporučení, vedoucí k bezpečnějšímu pití. Mezi takové doporučení patří například konzumace dostatečného množství nealko tekutin, nepít alkohol na lačno, nekombinovat alkoholické nápoje, nepít levné alkoholické nápoje atd. (Vavrinčíková, 2012). U klientů využívajících nízkoprahové služby je dobré klást důraz také na první pomoc v případě předávkování alkoholem.

3. 2. Konopí

Konopné drogy jsou dostupné zejména ve dvou základních formách. Jedná se o marihuanu a hašiš. Termín marihuana se používá pro sušené květenství a horních lístků ze samičí rostliny konopí, v případě hašiše je jedná o konopnou pryskyřici obvykle s malým obsahem květenství či drobných nečistot. Účinné látky v konopí jsou cannabinoidy- za psychicky neaktivnější je považován delta-9-trans-tetrahydrocannabinol (Kalina, 2003) Nejčastější forma aplikace bývá kouření ve formě jointů, do kterého bývá přidán tabák. Marihuanu lze však užívat také per orálně tak, že je konopí přidáno do různých pokrmů, vzhledem k tomu, že je rozpustná v tuku a oleji.

Mezi nejčastější harm reduction opatření patří rozdávání filtrů. Právě nedostatečné filtry, které jsou mnohdy uživateli vyráběny z různých papírků, mohou způsobovat například onemocnění plic.

3. 3. Pervitin a jiné stimulanty

Celosvětově je velice rozšířeno užívání amfetaminu, v České republice však „vládne“ pervitin. Pervitin (metamfetamin) je nejčastější droga užívaná u klientů nízkoprahových služeb, ale také nejrozšířenější drogou v České Republice vůbec. Mikrokrystalický bílý prášek, patřící do skupiny budivých aminů, může být aplikován několika způsoby- per orálně, šňupáním (sniff), ale nejčastěji bývá aplikován nitrožilně. Pervitin ovlivňuje motoriku i psychické funkce uživatele- způsobuje pocity euforie, zvyšuje schopnost empatie či sebejistoty. Pervitin také zvyšuje krevní tlak, srdeční frekvenci, snižuje únavu a celkově zvyšuje výkonnost organismu. Negativní účinky se objevují zejména při dlouhodobém užívání, ale není to pravidlem. Může se rozvinout paranoidně toxická psychóza, závislost nebo další zdravotní problémy plynoucí z nitrožilní aplikace (Kalina, 2003)

Harm reduction u pervitinu spočívá právě ve výměně injekčního materiálu- uživatel si díky tomu může aplikovat drogu sterilním injekčním náčiním, ke kterému dostane i další náčiní potřebné k bezpečnější aplikaci (voda, rozdělačka, filtry). Důležitá je také motivace uživatele k jiné formě aplikace- například šňupáním.

3. 4. Opioidy a opiáty

Opioidy se užívají v lékařství díky své schopnosti tlumit bolest (jedná se o nejsilnější léky na bolest). Opiáty jsou podskupina opioidů. Skupinu lze rozdělit na opiáty užívané legálně (např. v rámci substituční léčby) a opiáty zneužívané nelegálně. Mezi legální opiáty řadíme Metadon, ale také Subutex (Buprenorfin), který je v posledních letech hojně zneužíván na černém trhu. Tato skupina návykových látek má zejména tlumivý účinek na centrální nervovou soustavu- způsobují úlevu, euforii, zklidnění až ospalost. Dochází k útlumu

dýchacího centra- dechová frekvence je zpomalená, dechový objem snížen, což může způsobit až smrt. Dochází také ke zpomalení srdeční frekvence či poklesu krevního tlaku (Minařík, 2003).

Mezi nejčastěji užívané opioidy (opiáty) u uživatelů nízkoprahových služeb patří právě Subutex. Vzhledem k tomu, že je předepisován lékaři jako substituční léčba, tudíž je množství Subutexu v oběhu hodně, velice rychle se dostal na černý trh. Zneužíván ale bývá také heroin, braun, Tramal či velice rizikový Fentanyl. Harm reduction u opiátů spočívá ve výměnném programu, ale také v motivaci uživatele k jinému způsobu aplikace. Opiáty se dají užívat per orálně ve formě kapslí, které jsou součástí výměnného programu, mnohdy se dají také kouřit v alobalu. Důležitá je i substituční léčba, která je pro uživatele opiátu vhodná a užitečná. Klienty lze motivovat tak, že nebudou muset denně shánět potřebnou návykovou látku, ale mohou docházet na substituční program, kde dostanou metadon či Subutex s velice podobným účinkem bez nutnosti vydané energie potřebné k sehnání dávky. Substituční léčba pak obecně vede ke stabilizaci dlouhodobých uživatelů opiátů.

3. 5. Prchavé látky

Prchavé látky se častěji označují jako látky těkavé či inhalační drogy. Mezi těkavé látky patří některá rozpouštědla, ředidla, lepidla či jiné plynné látky (např. rajský plyn). Společným znakem těkavých látek bývá ovlivnění centrální nervové soustavy, pocity euforie s celkovým klidem a útlumem. Výjimečné nejsou ani zrakové či sluchové halucinace. Nejznámějším zástupcem těchto látek je Toluén- methylbenzen. Způsob aplikace bývá vdechováním buď přímo z lahve, nebo z napuštěné tkaniny. Účinek je velice krátkodobý, proto se vdechování často opakuje. Užívání těkavých látek bývá většinou krátkodobé- uživatelé většinou přecházejí na jiné návykové látky. Při dlouhodobém užívání však hrozí celkové otupění a „hloupnutí“ uživatele. Těkavé látky bývají velmi podceňované, avšak velmi rizikové, zejména také kvůli tomu, že se s nimi dostanou do styku velice jednoduše děti. Závislost způsobují převážně psychickou, léčba bývá komplikovaná právě také kvůli tomu, že je chronický uživatel natolik poškozen, aby měl nad sebou dostatečný náhled. Prchavé látky bývají užívány často sociálně slabými lidmi. Co se týče harm reduction, je potřeba uživatele informovat o velice závažných rizicích těchto látek, které bývají podceňovány. Látky jsou často užívané během různých rituálů, ve skupince lidí. Problém však nastane ve chvíli, kdy se jedinec předávkuje. Velmi často ho totiž ostatní opustí a to může vést a ke smrti uživatele. Důležité je klást důraz na první pomoc či na bezpečnější aplikaci- je potřeba se vyhnout aplikaci prostřednictvím igelitového pytlíku, který přináší daleko větší riziko úmrtí (HAMPL, 2003).

3. 6. Léky způsobující závislost

Jedná se o skupinu látek, mezi které patří sedativa, hypnotika, analgetika či anxiolytika. Hlavním a společným účinkem u těchto léků bývá tlumení centrální nervové soustavy, celková ospalost a otupělost. Léky jsou rozděleny do několika skupin- největší skupiny

tvoří léky s opioidním a benzodiazepinovým účinkem. Chronické užívání těchto léků může vést k psychické i fyzické závislosti, k závislosti může dojít také u uživatelů, kteří mají tyto léky „legálně“ na předpis (Hampl, 2003). Při vysazení těchto léků se může dostavit syndrom závislosti v celé své podobě včetně nespavosti, bolesti svalů, neklidu atp. Mezi léky způsobující závislost řadíme např. Diazepam, Neurol, Rohypnol atd. Lékovou závislost lze shledat i u klientů nízkoprahových služeb, častá je kombinace těchto léků s dalšími drogami.

4. Rizikové chování problémových uživatelů drog

Mezi rizikové chování lze obecně zařadit záškoláctví, rizikové sexuální chování, šikanu a extrémní projevy agrese, rasismus a xenofobii, rizikové sporty a rizikové chování v dopravě, negativní působení sekt, prevenci v adiktologii, spektrum poruch příjmu potravin a okruh poruch a problémů spojených se syndromem CAN (Miovský et al., 2010).

Samotné užívání drog je pro jedince rizikové a to nejen ze zdravotního hlediska, ale také z hlediska sociálního. Mnoho uživatelů si díky své závislosti přivodí vážné zdravotní komplikace, nezdědka kdy končící smrtí. Mnoho z nich také díky své závislosti přijde o práci, o partnerství, o bydlení a skončí na ulici, na okraji společnosti. Začlenění zpět nebývá tak jednoduché a mnohdy k němu nedojde vůbec. Uživatelé návykových látek se dopouštějí rizikového chování často, vzhledem k tomu, že již samotná látka či aplikace je riziková. Níže budou popsány nejčastější rizikové chování, kterého se návštěvníci nízkoprahových služeb dopouštějí.

4. 1. Intravenózní aplikace drog

Intravenózní, neboli nitrožilní aplikace, je Minaříkem a Hobstovou (2003) řazena mezi nejrizikovější aplikaci vůbec. Z výroční zprávy o stavu ve věcech drog v roce 2016 vyplývá, že mezi žadateli o léčbu patří injekční aplikace mezi nejčastější aplikaci pervitinu, heroinu a buprenorfinu (Mravčík et al., 2017). Tomu nasvědčuje i fakt, že množství vyměněných injekčních stříkaček v Kontaktních centrech je opravdu vysoké. Navzdory tomu, že jsou klienti upozorňováni na zdravotní rizika u nitrožilní aplikace drog, bývá to pro ně nejlepší možný způsob, jak z drogy vytěžit maximum včetně tolik vyžadovaného „nájezdu drogy“ a to proto, že je tato aplikace nejrychlejší, co se týče účinku drog.

Díky nitrožilní aplikaci se do těla dostává nejen návyková látka, ale také velké množství nejrozličnějších příměsí a mikroorganismů, které mohou způsobit vážné komplikace. Během nitrožilní aplikace drog se mohou přenášet nejen infekční nemoci jako například virová hepatitida C, ale také může dojít k tzv. lokálnímu poranění. Samotný vpich bývá nejméně závažný, objevit se mohou nejrozličnější boláky a abscesy což jsou zarudlé a velmi bolestivé ohraničené tkáně vyplněné hnisem, (Minařík, Hobstová, 2003). Další komplikace, které mohou nastat při nitrožilním užíváním drog, jsou například Flegmona (neohraničený zánět měkkých tkání) či další zánětlivé onemocnění jako je tromboflebitida (zánětlivé onemocnění povrchových žil doprovázené tvorbou krevních sraženin). V případě zasažení i hlubokých žil v dolních končetinách se jedná o flebotrombózu.

Právě nitrožilní aplikace je spojena s problémovým užíváním drog, z celkového počtu problémových uživatelů (46,8 tisíc) bylo v roce 2016 odhadnuto cca 42,8 tisíc uživatelů nitrožilních (Mravčík et al. 2017)

Nejde předpokládat, že se uživatelé drog „vzdají“ tohoto druhu aplikace a že s tím zcela skončí. Důvodem pro nitrožilní užívání může být například úspora drogy nebo rychlý účinek drogy (Kalina, 2003).

Proto vznikly programy harm reduction, které se snaží rizika této aplikace minimalizovat. Mezi takový program patří především výměnný program, díky kterému si uživatelé mohou dát svou drogu alespoň čistou injekční stříkačkou a tudíž minimalizovat zdravotní rizika. Klienti kontaktních center by měli dostávat informace o dalších možných aplikacích drog. Alternativní aplikace drog může být pomocí kapslí (tedy per orální aplikace), nasální aplikace (šňupání, inhalace látky), či aplikace rektální. Během rektální aplikace dochází ke vpravení látky do těla prostřednictvím análního otvoru. Vzhledem k tomu, že je rektum velice prokrvené, návyková látka začne účinkovat velmi brzo (uvádí se, že je to druhá nejrychlejší aplikace drogy). Do rekta bývá droga aplikována injekční stříkačkou, ze které je ale odstraněna jehla a dávka se aplikuje pouze pístem (Ventura, 2015).

4. 2. Sdílení injekčních stříkaček

Navzdory tomu, že v České republice je dostupný výměnný program, stále se setkáváme se sdílením injekčních stříkaček u uživatelů drog. Ačkoli dlouhodobý trend sdílení injekčních stříkaček u uživatelů, kteří žádají o léčbu, je spíše pozitivní, jedná se o chování, kterého se injekční uživatelé stále dopouštějí. Podle výroční zprávy o stavu ve věcech drog 2016 (2017) sdílelo někdy v životě injekční stříkačku 34, 1 % žadatelů o léčbu.

Důvodem může být nedostupnost výměnného programu, ale také nezájem o svůj zdravotní stav či nevědomost o možných zdravotních komplikacích. Návštěvníci kontaktních center jsou však pravidelně informováni o problémech, které jsou se sdílením injekčních stříkaček spojené.

Vzhledem k vlastní zkušenosti z práce v kontaktním centru znám některé důvody, které takovému chování předchází. Klienti se někdy nemohou z jakýchkoli důvodů dostat do kontaktního centra či do terénu a kvůli své závislosti pak nemohou udělat jinak, než jehlu sdílet. Bylo by vhodné, zapojit do programu také lékárny, které jsou zatím mimo a uživatelům mnohdy stříkačky ani neprodají.

Další možností by bylo zařídit více automatů, které by za poplatek vydali uživateli injekční set (stříkačka, filtry, vodička atd.) a tudíž by byl k dispozici i tehdy, když jsou nízkoprahové služby zavřeny.

Ačkoli je podíl přenosu viru HIV prostřednictvím injekčních stříkaček u uživatelů drog v České republice dlouhodobě nízký, například podíl virové hepatitidy C tvoří z více než 50 % právě uživatelé drog (Mravčík et al., 2017).

4. 3. Kombinace více druhů drog

Klienti nízkoprahových center často užívají více drog najednou. Z dostupných uvedených dat z krajů České republiky vyplývá, že tzv. polymorfní užívání má vzrůstající tendenci (Drogy-info, n.d). Může se jednat nejen o nahrazení původní drogy drogou jinou, ale také o akutní užívání více drog najednou. Tento způsob užívání je velice rizikový a může mít negativní dopad zejména na zdravotní důsledky uživatele.

4. 4. Rizikové chování v dopravě

Obecně lze tvrdit, že se uživatelé návykových látek nezřídka kdy dopustí také rizikového chování v dopravě. Řízení pod návykovou látkou řeší BESIP (bezpečnost silničního provozu) již od samého začátku své existence. Dříve byl problém řízení pod vlivem návykové látky zaměřen pouze na alkohol, nyní se zabývá také ostatními návykovými látkami, které řidiči užijí před jízdou. Hlavní rizika řízení vozidla po užití návykových látek jsou např. přecenění svých řidičských schopností, vysoká rychlost bez zábran, vybočování z jízdného pruhu a podobně (Alkohol a drogy za volantem se nevyplácí, 2017).

Policie ČR v roce 2015 evidovala 4373 dopravních nehod způsobené pod vlivem alkoholu (4,4% z celkového počtu). Celkem 251 nehod pak bylo způsobeno pod vlivem nealkoholových drog. Celkem 59 nehod bylo způsobeno viníkem, který byl pod vlivem alkoholu i jiných drog (Mravčík et al., 2017)

Mezi další rizikové chování, kterého se mohou dopustit uživatelé návykových látek, patří například agrese, ale také rizikové chování ve sportu (jde zejména o přeceňování svých sil) a jiné.

4. 5. Rizikové sexuální chování

Jak již bylo výše zmíněno, návykové látky bývají často spouštěčem rizikového sexuálního chování. Zejména pak jde o takové látky, které způsobují vyšší sexuální apetit, zvyšují sexuální libido a mají vlastně i nějaké „pozitivní“ dopady na sexuální chování, mezi které patří například stimulanty. Lze předpokládat, že tlumivé návykové látky (např. opiáty) nejen na centrální nervovou soustavu, ale také na sexuální apetit způsobí, že k sexu ani nemusí dojít.

Drogy, které působí pudivě na člověka, zvyšují jeho sexuální fantazii, touhu a posléze i výkonnost, mohou být zcela nejrizikovější. Jak již bylo uvedeno výše, jedná se především o pervitin, ale také o podceňovaný alkohol, který má na sexuální chování velký vliv a navzdory tomu, že při větším množství působí spíše tlumivě, dokáže rizikové sexuální chování spustit.

5. Sexualita uživatelů návykových látek

Užívání návykových látek s cílem ovlivnit či okořenit sexuální život jedince se objevuje už od pradávna. Drogy svým způsobem sex opravdu ovlivňují, někdy pozitivně, ale ne zřídka kdy také negativně. Světová zdravotnická organizace WHO dává do souvislosti drogy a sex převážně kvůli negativním zdravotním dopadům na jednotlivce- např. přenos infekčních onemocnění, nechtěné těhotenství atd.

Obecně lze rozdělit užívání návykových látek a sexuální chování do dvou kategorií:

- Přímá souvislost- souvislost vázaná na přímý účinek drogy (užití konkrétní látky s cílem ovlivnit sexuální apetit, sexuální aktivitu atd.
- Nepřímá souvislost- během které má užívání návykové látky nepřímý vliv na sexuální chování jedince, ale spíše na sexuální chování, které kvůli droze uživatel má. V nepřímé souvislosti s užíváním drog může být spojen například výběr sexuálního partnera (uživatel je ovlivněn návykovou látkou a zvolí partnera, kterého by si bez návykové látky nezvolil), sociální a ekonomické dopady, prostředí pro sexuální vztahy atp. (Rhodes, Fitch, Stimson, 2002).

Návykové látky mají nepochybně vliv na následné sexuální chování. Způsob ovlivnění sexuálních vztahů se liší v souvislosti na užití návykové látky. Obecně by se dalo říci, že každá návyková látka má své pozitivní i negativní důsledky. V následujícím textu budou návykové látky rozděleny a bude zde uvedeno, jaký mají konkrétní vliv na jedince a jeho sexuální chování.

5. 1. Sexualita a konopné drogy

Afrodiziakálních účinků konopných drog si byli lidé vědomi už v daleké minulosti. Již ve starověké Indii měli konopné drogy širokou škálu využití- od nejrůznějších rituálů až po medicínu, kde byly využívány v léčbě impotence (Blaha, 2008). Konopné drogy měly prodlužovat lubrikaci a uvolňovat zábrany.

Na druhou stranu jsou zmínky také o tom, že záleží na formě užití konopných látek. V případě per orálního užití, působí marihuana afrodiziakálně, kouření však může působit opačně. K tišení svých sexuálních pudů využívali konopné drogy v minulosti například budhističtí mniši (Doležalová Hrouzková, 2010).

V každém případě je potřeba rozlišovat sexuální chování uživatelů konopných drog v kontextu buď akutní intoxikace, nebo z pohledu dlouhodobého tedy chronického užívání.

Vliv akutní intoxikace na sexuální chování jedince je zkoumán už řadu let. Proběhlo několik studií, které se touto problematikou zabývali a to nejen v zahraničí, ale také v České Republice. Vesměs se ve výzkumech ukázalo, že konopné drogy mají opravdu vliv na sexuální prožívání jedince, že se po užití drogy zlepšuje jejich sexuální prožívání,

zvyšuje sexuální libido a také sexuální touha jedince. Jeden z prvních výzkumů na toto téma byl proveden v roce 1973 R. A. Wilsonem, který zvýšenou sexuální touhu uživatele konopných drog potvrzuje.

Další výzkumu poté přinesly nové informace, například také výzkum v 70. letech Ch. T. Tarta (1978), kde byly zaznamenávány dokonce nové kvality orgasmu po užití konopných drog (Doležalová Hrouzková, 2010).

V roce 1967 proběhl výzkum, kterého se zúčastnilo 200 uživatelů konopných drog, jehož cílem bylo zjistit pomocí dotazníkového šetření právě sexualitu uživatelů konopí. Celkem 68 % respondentů uvedlo zlepšení sexuálního života, což může potvrzovat informace o konopí jako afrodiziaku (Doležalová Hrouzková, 2010).

U dlouhodobého užívání konopných drog se však mohou vyskytovat také nežádoucí účinky na sexuální chování. U mužů může dojít ke snížení testosteronu a tím i ke snížení množství spermatu, u žen se mohou objevit problémy s plodností.

5. 2. Sexualita a pervitin

Pervitin zvyšuje koncentraci dopaminu a noradrenalinu v mozku, což má vliv i na sexuální oblast- zejména na vzrušení.

Také pervitin tedy svými účinky způsobuje zvýšení sexuálního libida. Pervitin má vliv nejen na sexuální libido, ale také na zvýšenou výkonnost při sexu či delší sexuální výdrž. Může se objevovat také zvýšená kreativita během sexu, což ale nutně neznamená jen pozitivní účinek. Následkem pak mohou být nejrůznější sadomasochistické praktiky, skupinový sex či promiskuita, což může vést k nechtěným negativním, zejména pak zdravotním, dopadům.

Stimulanty obecně prodlužují dobu sexuálního styku a oddalují orgasmus, což může vést také k tomu, že k orgasmu často vůbec nedojde. Zvýšená sexuální touha pak může být problémem také v případě, kdy je uživatel pervitinu na okraji společnosti a jeho sexuální apetit není uspokojen. V takovém případě může dojít k velice nepříjemným, vtíravým myšlenkám, které uživatele zahlcují.

Na sexualitu uživatelů pervitinu bylo provedeno mnoho studií. Výzkumy ukazují, že mezi uživateli pervitinu se častěji vyskytují sklony k homosexualitě a k dalším rizikovým praktikám, což dělá z pervitinu v sexuální oblasti jednu z nejrizikovějších drog vůbec (Žáková, 2010). Také dlouhotrvající sexuální styky mohou být zdrojem zdravotních problémů vedoucí například k poranění genitálií, častější mykózy u žen apod.

5. 3. Sexualita a alkohol

Alkohol obecně snižuje zábrany, překonává ostych a také zvyšuje sexuální libido uživatele. Při malé dávce alkoholu se zvyšuje sexuální touha (zejména u mužů). Díky alkoholu mnozí jedinci dokážou navázat vztah, což by kvůli studu bylo za normálních okolností problematické. Nízké dávky alkoholu také prodlužují dobu sexuálního styku. Ani alkohol však není výjimkou a má mnoho negativních dopadů na sexuální aktivitu uživatele. Při

malých dávkách působí pudivě, při větších přesně naopak a je problematické, najít správné množství alkoholu. Během sexu může docházet k opakovanému ochabování erekce, u žen ke snížení lubrikace, což v obou případech dělá v sexu překážky. Alkohol má také negativní vliv na výběr sexuálního partnera- uživatel souloží s člověkem, kterého by si za normálních okolností nevybral, což může vést nejen k negativním zdravotním dopadům, ale také k morální kocovině. Alkohol také zvyšuje promiskuitu, snižuje zábrany a podporuje mimo partnerské vztahy. Zásady bezpečného sexu- tedy mimo jiné použití prezervativu také častěji odpadá (Žáková, 2010).

Vzhledem k tomu, že je alkohol legální a dostupný prakticky všude, jeho četnost užívání v populaci je opravdu vysoká.

Ačkoli se za nejrizikovější návykovou látku v oblasti rizikového sexuálního chování považuje pervitin, výzkum provedený v roce 2016 na taneční scéně v Českých Budějovicích ukázal, že největším problémem v této oblasti může být právě alkohol případně alkohol v kombinaci s jinou drogou. Alkohol má tedy na rizikové chování v sexu bezpochyby velký vliv (Fürstová, 2016).

5. 4. Sexualita a opioidy (opiáty)

Obecně lze říci, že všechny účinky opiátů, které ovlivňují sexualitu uživatele, jsou spíše negativní. Opiáty (Heroin, Subutex, Braun) snižují frekvenci sexuálních styků, oslabují erekci, oddalují ejakulaci u mužů, u žen snižují lubrikaci a obecně lze říci, že u mužů i u žen snižují sexuální libido. Uživatelé opiátů mnohdy nemají zájem nejen o sex, ale ani o kontakt s druhými, často se uzavřou do sebe na rozdíl třeba od uživatelů pervitinu. Heroin má zřejmě nejvíce negativních dopadů na sexualitu uživatelů, ostatní opiáty působí podobně, ale méně intenzivně. Co se týče například Subutexu, výsledky jsou lepší. Pokud je klient v substitučním programu a Subutex užívá, zmírňují se problémy i v sexuální oblasti uživatele, někdy dokonce zcela zmizí.

5. 5. Sexualita a benzodiazepiny

Vzhledem k tomu, že benzodiazepiny obecně tlumí centrální nervovou soustavu, otupují jedince a zklidňují ho, pozitivní účinky na sexualitu jedince prakticky nejsou. Naopak, vyskytují se, podobně jako u opiátů, převážně účinky negativní. Samozřejmě je nutné brát v potaz, jakým způsobem jsou léky užívány (v malém množství během užívání, které je doporučeno lékařem ke snížení úzkosti, mohou fungovat i pozitivně), co se týče zneužívání těchto léků, problémy mohou narůstat. V takovém případě dochází ke snížení schopnosti sexuálně žít, ke snížení sexuálního apetitu, k poruchám erekce i ejakulace, ke snížení schopnosti orgasmu a to jak u žen, tak u mužů (Žáková, 2010).

Obecně lze tedy tvrdit, že některé návykové látky mohou mít i pozitivní dopad na sexualitu uživatelů návykových látek, vždy však velmi omezeně. Negativních dopadů na zdravotní či sociální situaci uživatele je však mnohem více. V případě snížení sexuálního apetitu

jedince či neschopnosti navázat vztah, je určitě vhodnější navštívit lékaře či psychologa, kteří s problémem dokážou pomoci, než využívat „účinků“ návykových látek, díky kterým však může být sexuální vztah po zdravotní i sociální stránce pro uživatele fiaskem.

6. Rizikové sexuální chování u uživatelů drog

Za rizikové sexuální chování je považováno soubor znaků, doprovázejících sexuální aktivitu jedince, které mají jednoznačně negativní dopad na zdravotní, sociální a další faktory jedince. Běžně můžeme vidět kombinaci více rizikových druhů / aktivit, kterých se jedinec dopouští, jako je například právě rizikové sexuální chování v kombinaci s užíváním drog (Mioviský et al., 2010).

Jak již bylo zmíněno, některé návykové látky působí pudivě na sexuální chování, a lze předpokládat, že se rizikové chování u uživatelů vykytuje. Lze také vidět rozdíly mezi uživateli různých návykových látek. Jak uvádí Žáková (2010) u uživatelů pervitinu je velice vysoká pravděpodobnost rizikového sexuálního chování, díky sexuální kreativě uživatele se častěji vyskytuje skupinový sex či promiskuitní chování. Oproti tomu u uživatelů opiátů, které působí na uživatele tlumivě, je to spíše naopak- můžeme vidět nechuť k sexu, dlouhodobě sníženou frekvenci užívání apod. Níže budou popsány situace, které se považují za rizikové sexuální chování.

6. 1. Promiskuita

Podle Hartla a Hartlové (2009) lze za promiskuitu považovat: „časté střídání sexuálních partnerů bez hlubšího citového vztahu a zodpovědného výběru“. Všeobecně však nelze promiskuitu definovat tak, aby její definice byla platná ve všech státech a kultuře. Právě kultura bývá velice odlišná, co považuje za promiskuitu Česká Republika, ještě nemusí považovat za promiskuitu jiné kultury a naopak (Kořínková, 2010).

6. 2. Rizikové sexuální praktiky

Pod pojmem rizikové sexuální praktiky, často označované také jako praktiky krvavé, si lze představit takové sexuální chování, které může způsobit zdravotní komplikace (přenos infekčních chorob, poranění v genitální oblasti atd.). Jedná se například o sadomasochismus, během kterého dochází k mučení partnera a kvůli tomu vznikají nejrůznější kožní defekty, trhliny, zhmožděniny, ale také mnohem vážnější zdravotní problémy. Dále lze mezi rizikové praktiky zařadit například anální sex, u kterého je vysoké riziko přenosu infekčních onemocnění či střevních bakterií, a další používané praktiky jako je fisting (strčení celé ruky do konečníku či do pochvy), či rimming, během kterého dochází k orálnímu uspokojení řitního otvoru partnera (Jak provozovat bezpečnější sex: sexuální praktiky, n.d.).

Za rizikovou sexuální praktiku se považuje například také skupinový sex.

6. 3. Nechráněný sex

Nechráněný sex, zejména pak mimo partnerství, může přinést nejen pohlavně přenosné nemoci, ale také nechtěné těhotenství. Pohlavní nemoci podléhají povinnému hlášení a

jsou uvedeny v registru pohlavních nemocí. Mezi takové nemoci patří například kapavka, syfilis, či chlamydie. Z dostupných dat vyplývá, že během roku 2010 bylo v České Republice hlášeno 1779 nových případů hlášených pohlavních nemocí. Nejčastěji se jednalo o syfilis, poté o kapavku. Obě nemoci jsou nejvíce hlášeny v Praze, Jihočeský kraj nijak zvlášť nevyniká (UZIS, n.d.).

6. 4. Komerční sex

Právě komerční sexuální pracovníci patří mezi nejvíce rizikové skupiny lidí z pohledu rizikového sexuálního chování. Z dosavadních výzkumů vyplývá, že není výjimkou, že právě komerční pracovníci patří mezi problémové uživatele drog. Tyto dvě skupiny se mohou vzájemně prolínat, drogy mohou být brány jako prostředek ke zlepšení komunikaci, výkonnosti atd. během komerčního sexu, jindy naopak ke komerčnímu sexu mohou vést uživatelé různé důvody, jako například finanční problémy (sex může být jako „platidlo“ za drogy).

U skupiny lidí, kteří komerční sex provozují, dochází obecně často i k jinému rizikovému sexuálnímu chování, jako je například nechráněný sex, častější rizikové sexuální praktiky apod. K takovým praktikám bývají mnohdy komerční pracovníci „tlačeni“ trhem, který to často vyžaduje i navzdory zvýšenému povědomí o riziku přenosu infekčních onemocnění.

Výzkum, který se zabýval sexualitou uživatelů pervitinu a Subutexu, kterého se zúčastnilo celkem 267 respondentů, se snažil odpovědět na existující rozdíly v sexualitě mezi těmito uživateli. Jednou ze zkoumaných oblastí byl právě komerční sex. Jak uvádí Justinová (2010), mezi muži užívajícími pervitin, komerční sex někdy v životě poskytlo 20 % z nich, u žen tomu bylo 24 %. U uživatelů pervitinu byly zkušenosti s komerčním sexem větší než u uživatelů Subutexu, rozdíly ale nebyly velké (Justinová, 2010).

Často ženy i muže, kteří provozují komerční sex, doprovází sociální trauma. Pokud začnou komerční sex provozovat, mnohdy ztratí kontakt s rodinou a přáteli. Pracovník v sexbyznyse bývá sociálně zranitelný, často odmítá sociální kontakty a následkem může být stres či posttraumatická psychická porucha (Baierová, 2013).

6. 5. Výzkumy zabývajících se rizikovým sexuálním chováním u uživatelů drog

Výzkumy, které se zabývaly souvislostmi mezi pervitinem a sexem ukázaly, že právě pervitin může být v oblasti rizikového sexuálního chování největším rizikem. To je dáno kvůli účinkům pervitinu na psychiku člověka, díky kterým může dojít ke zvýšení kreativity při sexu, vedoucí mnohdy k rizikovému sexuálnímu chování jako je například skupinový sex či sadomasochistické praktiky (Žáková, 2010).

V rámci monitoringu infekcí v nízkoprahových zařízeních, byly v roce 2016 vyhlášeny kontaktním centrem SANANIM v rámci projektu Screeningového testování na HIV výsledky, které zahrnovaly také odpovědi na sexuální aktivitu a rizikové sexuální chování u testovaných osob.

Z celkového počtu 232 osob, které se testování zúčastnili, bylo v posledním roce sexuálně aktivních 92,2 % dotazovaných. Celkem 60,7 % v tomto období nikdy nepoužilo prezervativ, 15,8 % prezervativ použilo příležitostně, 3,3 % použilo prezervativ cca v polovině svých sexuálních styků, 13,1 % ve většině případů a pouze 7 % dotazovaných použilo v posledních 12 měsících pokaždé během sexuálního styku kondom. Sex za peníze uvedlo ve sledovaném období celkem 8,9 % dotazovaných (Mravčík et al., 2017).

V roce 2016 proběhl výzkum, který se zabýval rizikovým sexuálním chováním u rekreačních uživatelů drog. Výzkum probíhal na tanečních akcích v Českých Budějovicích formou dotazníkového šetření, celkem se zúčastnilo 100 respondentů. Výsledky ukázaly, že četnost výskytu rizikového sexuálního chování u této populace byla vysoká, celkem 78% respondentů se někdy dopustilo nechráněného pohlavního styku. Nejčastější návykovou látkou, po které došlo k rizikovému sexuálnímu chování, byl legální alkohol (Fůrstová, 2016).

7. Dopady rizikového sexuálního chování

Rizikové sexuální chování má samozřejmě jisté negativní dopady. Největší problémy mohou dopadnout mimo jiné převážně ve zdravotní a sociální situaci jedince.

7. 1. Zdravotní dopady

Rizikovým sexuálním chováním si jedinec může přivodit velké množství zdravotních komplikací. Mezi ty méně závažné patří nejrůznější pohmožděny či odřeny, během rizikových sexuálních praktik může dojít také na popáleniny či trhliny apod. Mezi ty závažnější zdravotní komplikace patří především infekční (dříve přenosné) nemoci. Jedná se o již zmíněnou kapavku, syfilis či chlamydie, ale také o virus HIV, či o virovou hepatitidu C, která sice bývá přenesená nejčastěji krví a krevními deriváty, ale může dojít k přenosu i během nechráněného pohlavního styku. Dalším dopadem, který může po rizikovém sexuálním chování nastat, je i nechtěné těhotenství, které sice může vnést pozitivní motivaci k léčbě závislosti uživatelky, ale mnohdy také k potratům či k umístění dítěte do kojeneckého ústavu.

V roce 2015 vznikl Národní registr léčby uživatelů drog (NRLUD), který vznikl sloučením Substitučního registru a Registru žádostí o léčbu. V roce 2016 bylo v Národním registru léčby uživatelů drog 7198 osob z toho 5093, bylo uživatelů nelegálních drog, 2266 osob v substituční léčbě. Údaje poskytl celkem 143 programů, z toho šlo v 64 % o ambulantní léčbu (z toho 44 % substituční léčbu), 15 % nízkoprahové programy (kontaktní centra a terénní programy), 15 % lůžková zdravotnická zařízení a 6 % terapeutické komunity. NRLUD poskytuje také přehled výsledků testování na VHC, VHB a HIV.

V roce 2016 bylo podle NRLUD testováno celkem 453 osob na HIV, ve všech případech byl výsledek negativní.

Testování na VHC bylo provedeno u 826 osob, z toho 224 testovaných bylo VHC pozitivních (séroprevalence 27,1 %). U intravenózních uživatelů drog byla séroprevalence VHC celkem 55, 9 %, nejvyšší pak byla u klientů substituční léčby, celkem 79, 7 % (Mravčík et al., 2017).

- Kapavka

Nejčastější sexuálně přenosná nemoc je u nás v současné době Kapavka, neboli Gonnorrhoea. Toto onemocnění napadá genitálie, způsobuje zánět a výtoky. Léčba je poměrně jednoduchá, na kapavku zabírají antibiotika.

Za rok 2016 bylo v České republice zaznamenáno celkem 1497 nakažených případů touto gonokokovou infekcí, z toho ve 21 případech šlo o uživatele drog a alkoholu (Mravčík et al., 2016).

- Syfilis

Syfilis je závažné onemocnění, které postihuje kardiovaskulární systém, centrální nervovou soustavu (CNS), kůži i vnitřní orgány nakaženého. V roce 2016 bylo hlášeno celkem 722 případů této nemoci, z toho ve 30 případech šlo o uživatele drog a alkoholu (Mravčík et al., 2017).

Ačkoli dříve byl syfilis, neboli Leus, považován za jednu z nejnebezpečnějších nemocí, dnes se dá také léčit antibiotiky. Pakliže se nemoc neléčí, má fatální následky. Nemoc je rozdělena do tří fází, během třetí fáze dochází k celkovému poškození organismu nemocného, objevuje se demence a nemoc končí smrtí (Syfilis, n.d).

- Chlamýdie

Chlamýdie patří v současné době mezi nejrozšířenější sexuálně přenosné nemoci. Původcem je bakterie *Chlamydia trachomatis*, nemoc způsobuje záněty děložního hrdla, pálení a bolesti při močení. Problém bývá také v tom, že se až u 80 % žen a 50% mužů nemoc vůbec neprojevuje, jedinec se tak stává zdrojem infekce pro dalšího sexuálního partnera. Nemoc může u žen způsobit dokonce neplodnost (Štork, 2008).

- Virová hepatitida C

Virová hepatitida C se přenáší krví a krevními deriváty, takže pravděpodobnost přenosu nákazy u uživatelů drog je vyšší během injekční aplikace drog a sdílení injekčního materiálu, ale nemoc může být přenesena také skrze nechráněný pohlavní styk. Virová hepatitida C způsobuje zánětlivé onemocnění jater, které však dlouho může probíhat bezpříznakově, poté se dostavuje únava, potíže s trávením, či žluté zbarvení nemocného (Češka et al., 2010).

Dle Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR bylo v České republice v roce 2015 hlášeno 956 případů nemoci, v roce 2016 bylo hlášeno 1104 případů. Dlouhodobě tvoří více než polovinu (v roce 2016 celkem 58,1 %) nakažených virovou hepatitidou C právě injekční uživatelé drog (Mravčík et al., 2017).

- Virová hepatitida B

Virová hepatitida B se přenáší stejně jako virová hepatitida C- tedy krví a krevními deriváty, ale také pohlavním stykem. Inkubační doba této nemoci je 4-6 týdnů, poté se projeví příznaky podobné chřipce (únava, slabost, nechutenství atd.).

Virová hepatitida B má od roku 2000 klesající tendenci, a to proto, že je v ČR od roku 2001 zavedeno plošné očkování proti této nemoci (Mravčík et al., 2017).

- HIV

Virus HIV se nejčastěji přenáší krví a krevními deriváty, ale je obsažen také v tělních tekutinách jako je například sperma, proto je možné se virem HIV nakazit i během nechráněného sexuálního styku.

Nejrizikovější z pohledu přenosu je anální sex. V České republice bylo v roce 2016 diagnostikováno celkem 7 nových případů nakažených virem HIV, přičemž nejčastěji došlo k přenosu viru sexem mezi muži (74,5 % nových případů). Cca u 2,4 % nově nakažených došlo k přenosu viru HIV pravděpodobně injekčním užíváním drog (Mravčík, 2017).

Rizikové mohou však být také rizikové sexuální praktiky, ale i sex vaginální. Ačkoli je virus HIV velice choulostivý a není schopný dlouho přežít mimo lidské tělo, nákaza je možná, i když záleží na více faktorech (př. množství viru nakaženého partnera, druh sexu, další přítomná pohlavní choroba atd.).

Virus HIV napadá bílé krvinky člověka, které jsou podstatné pro obranyschopnost jedince a poté se v nich množí a zabíjí je, čímž dochází ke snižování jejich počtu. To vede k celkovému selhání imunity jedince.

AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) je již samotná nemoc způsobená virem HIV. Jedná se o syndrom získaného selhání imunity. Jedinec, u kterého je přítomná nemoc AIDS častěji trpí běžným onemocněním způsobeným viry a mikroorganismy, ale také nádorovým onemocněním, časté jsou také neurologické poškození atd. Typické je střídání zhoršení a zlepšení stavu nemocného, ale navzdory tomu, že se léčba pořád zdokonaluje, nemoc patří stále mezi nemoci smrtelné (HIV prevence, n.d.).

➤ Séroprevalence infekcí HIV a VHC

V roce 2015 vznikl Národní registr léčby uživatelů drog (NRLUD), který vznikl sloučením Substitučního registru a Registru žádostí o léčbu. V roce 2016 bylo v Národním registru léčby uživatelů drog 7198 osob z toho 5093 bylo uživatelů nelegálních drog, 2266 osob v substituční léčbě. Údaje poskytl celkem 143 programů, z toho šlo v 64 % o ambulantní léčbu (z toho 44 % substituční léčbu), 15 % nízkoprahové programy (kontaktní centra a terénní programy), 15 % lůžková zdravotnická zařízení a 6 % terapeutické komunity. NRLUD poskytuje také přehled výsledků testování na VHC, VHB a HIV.

V roce 2016 bylo podle NRLUD testováno celkem 453 osob na HIV, ve všech případech byl výsledek negativní.

Testování na VHC bylo provedeno u 826 osob, z toho 224 testovaných bylo VHC pozitivních (séroprevalence 27,1 %). U intravenózních uživatelů byla séroprevalence VHC 55,9 %, nejvyšší pak byla u uživatelů substituční péče 79,7 % (Mravčík et al., 2017).

➤ Testování infekčních onemocnění v nízkoprahových programech

Národní monitorovací středisko realizuje od roku 2004 každoročně průzkum mezi nízkoprahovými službami, který se zaměřuje na dostupnost testování uživatelů návykových látek na infekční nemoci.

V roce 2016 testovalo na přítomnost infekčních nemocí 43 nízkoprahových programů. V jihočeském kraji bylo v roce 2016 testováno 101 uživatelů návykových látek, z toho 7 uživatelů bylo pozitivních na hepatitidu C (Mravčík et al., 2016).

- Nechtěné těhotenství

Kvůli rizikovému sexuálnímu chování (nechráněný sex) může dojít také k nechtěnému těhotenství. Dle ÚZIS se dlouhodobý trend potratů stále snižuje, během roku 2015 došlo celkem ke 20 403 umělým přerušení těhotenství. Podíl umělého přerušení těhotenství se v celkovém množství potratů také snižuje.

Ačkoli návykové chování žen způsobuje mnohdy zastavení ovulačního cyklu, během kterého žena může přijít o menstruaci a řada žen uživatelky tak nikdy neotěhotní, může se stát, že navzdory chybějící menstruaci se může sporadicky objevit ovulace a tak k těhotenství přeci jen dojde (i nechtěnému).

Těhotenství žen, které jsou dlouhodobě závislé na návykových látkách, pak bývá velkým problémem sám o sobě (Salvová, 2009). Narození dítěte sice může způsobit změnu v motivaci uživatelky drog směrem k léčbě, nezřídka kdy se však matka kvůli své závislosti zajímá spíše o drogu a o její získání, než o výchovu a zdraví dítěte a tak bývá dítě závislým rodičům často odebráno.

7. 2. Sociální dopady rizikového sexuálního chování

Rizikové sexuální chování nemá negativní dopady pouze na zdravotní stránku jedince, ale mohou se dostavit i negativní dopady na stránku sociální. Uživatelé drog jsou často na okraji společnosti už jen díky své závislosti, ale rizikové sexuální chování vše může ještě zhoršit. Rizikové sexuální chování může způsobit sociální vyloučení na okraj společnosti.

Například prostituce a užívání drog může jít mnohdy ruku v ruce. Uživatelky (i uživatelé) drog se mohou prostituce dopustit z mnoha důvodů, často jde však o nedostatek peněz na živobytí a drogu samotnou. Prostitutky a prostituté jsou mnohdy sociálně vyloučeni,

nestýkají se se svou rodinou, nemají moc přátel, často nemají partnera či partnerku a tudíž se nemají ani o koho opřít (Baierová, 2013). Zdravé sociální kontakty z různých důvodů často odmítají. Následkem pak může být stres či posttraumatická stresová porucha.

Nelze jednoznačně určit, jaké souvislosti má prostituce a užívání drog. Někdy může být prostituce následkem užívání, uživatel/ka si díky prostituci může vydělat peníze na drogu, někdy to však může být právě naopak- prostitut/ka začne užívat drogy právě kvůli svému „řemeslu“. Droga totiž snižuje zábrany a odpor, zvyšuje komunikativnost a také sexuální výkon.

Existují organizace, často jde především o nestátní neziskové organizace, které se rizikovým sexuálním chováním zabývají. Nejznámější organizace, zabývající se sociální prací s osobami pracujícími v sexbyznysu, jsou Rozkož bez rizika či La strada. Cílem těchto služeb je nejen stabilizace klienta po zdravotní stránce, ale také po stránce sociální- snaží se například o zlepšení postavení sexuálních pracovníků na pracovišti či v jejich osobním životě, zařízení azylového domu či podporu v prostředkování kontaktů s rodinou a dětmi atd. (Baierová, 2013).

8. Závislost na sexu

Návykové látky způsobují závislost. Jak již bylo výše zmíněno, mnohdy uživatelé návykových látek nejsou závislí pouze na jedné látce, ale často dochází i tzv. polymorfnímu užívání drog. Uživatelé drog či pracovníci nízkoprahových programů rádi používají i slovní spojení „závislost na jehle“ (Sklenář, 2014). Definice závislosti na jehle však není zřejmá, v České republice není dostupná. O definici se pokoušelo mnoho zahraničních výzkumníků, například britský doktor R. Pates v roce 2001 definoval závislost na jehle jako: „Opakující se propichování kůže injekcí s nebo bez aplikace psychoaktivní látky cestou žilní, podkožní nebo svalovou, a to bez ohledu na aplikovanou drogu nebo drogy a/nebo očekávaný účinek drogy.“

Vzhledem k širokému spektru závislostí by se mohlo předpokládat, že jedinec může být závislý také na sexu a možná právě i na sexu rizikovém. Právě na toto téma- souvislosti mezi závislostí na sexu a závislostí na drogách- probíhaly různé výzkumy. Například Griffin- Shelley (2005) spekoval, že až 50 % závislých lidí na sexu jsou také závislí na drogách. Carnes (1991) zase ve svém výzkumu uvedl, že ze vzorku 932 lidí závislých na sexu, trpí celkem 42% z nich také alkoholovou nebo drogovou závislostí (Sussman et al., 2011).

Závislost na sexu však není závislostí v pravém slova smyslu, ačkoli se tak díky svým příznakům může jevit. Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 10) označuje pod kódem F52.7 nadměrné sexuální nutkání. Jde o hypersexualitu, která se na rozdíl od jiných závislostí nedá vysvětlit biologicky, ale jedná se o problém psychický. U žen se hypersexualita nazývá nymfomanie, u mužů se setkáváme s pojmem satyriáza. Lidé trpící hypersexualitou, bývají často frustrováni, při sexuální abstinenci mohou trpět abstinenci příznaky včetně podrážděnosti, nervozity, pocení atd. Takový člověk pak udělá prakticky cokoli, aby došlo k sexuálnímu styku. Sexuálním stykem se však jeho problém nevyřeší, nemocný se stále cítí podrážděný, neuspokojený, ačkoli dojde k orgasmu. To vše ho opět nutí k hledání nového sexuálního styku. Tato nemoc může mít negativní zdravotní dopady (např. kvůli promiskuitě či nechráněnému sexu se může nemocný nakazit některou infekční nemocí atd.), ale také negativní dopady sociální. Mnohdy nemocný člověk zůstává sám, jelikož jeho partner neunes tlak, který je s touto nemocí spojen, může mít problémy v práci a podobně.

Léčba zaměřena především na psychoterapii bývá obtížná, nelze jí založit na úplné abstinenci (jako u drog či alkoholu), vzhledem k tomu, že sex je přirozená lidská potřeba. Problémem je také to, že je těžké najít hranici normálního a nadměrného sexu. Každý to může vnímat jinak (Nešpor, 2011).

9. Výzkumná část

9. 1. Cíl práce

Cílem této práce je popsat výskyt rizikového sexuálního chování u problémových uživatelů návykových látek využívajících nízkoprahové adiktologické služby v Českých Budějovicích.

9. 2. Výzkumné otázky

V souvislosti s tímto výzkumem byly stanoveny tyto výzkumné otázky:

- Jaký je výskyt rizikového sexuálního chování u problémových uživatelů drog využívajících nízkoprahové adiktologické služby?
- Jaký vztah má problémové užívání a rizikové sexuální chování u problémových uživatelů drog využívajících adiktologické nízkoprahové služby?
- Po užití kterých návykových látek dochází u problémových uživatelů drog využívajících adiktologické nízkoprahové služby k rizikovému sexuálnímu chování nejčastěji?
- Jaké jsou souvislosti mezi problémovým užíváním drog a následným rizikovým sexuálním chováním u klientů nízkoprahových adiktologických služeb?

9. 3. Metoda tvorby dat

Pro tento výzkum byl vybrán kvantitativní přístup. Data byla sesbírána formou anonymního dotazníkového šetření- konkrétně za pomoci písemného dotazníku. Mezi hlavní přínosy dotazníkového šetření je řazena úspora času a finanční úspora, data lze také obvykle lépe kvantifikovat. Naopak jako nevýhody dotazníkového šetření bývá uváděna například menší pružnost v odpovědích, respondentů se nelze zvlášť dále doptávat, otázky nemusí být všem srozumitelné. Často bývá přítomna nižší věrohodnost dat (Ferjenčík, 2000). Vzhledem k tomu, že byl výzkum zaměřen na velice citlivé téma, zdálo se dotazníkové šetření vhodnější než rozhovor s respondentem.

Dotazník měl svou hlavičku, kde byly informace ohledně probíhajícího výzkumu, včetně zmínky o anonymitě a dobrovolnosti vyplnění dotazníku či o tom, co se s daty bude dít po skončení výzkumu (data budou skartována). Dotazník, který byl použit pro tento výzkum,

byl složen ze 14 otázek. První část je složena z otázek zaměřených na sociodemografické údaje respondenta- pohlaví, věk, vzdělání a bydlení. Pátá otázka se zajímá o sexuální orientaci respondenta. Otázky šest a sedm jsou zaměřeny na užívané drogy a způsob aplikace drog. Otázky osm až třináct se zaměřují na rizikové sexuální chování respondenta- zda se někdy (případně kdy) dopustil rizikového sexuálního chování, jakého druhu rizikového sexuálního chování, zda byl respondent během takového chování pod vlivem drogy, případně jaké. Jedna otázka se zajímá také o to, zda se respondent dopustil rizikového sexuálního chování ještě před tím, než začal užívat drogy/ než se stal klientem nízkoprahové služby. Poslední otázka se ptá na to, zda respondent využívá služeb distribuce kondomů v nízkoprahových službách. Dotazník je uveden jako příloha této práce.

V roce 2016 jsem zpracovávala bakalářskou práci na téma „Rizikové sexuální chování a rekreační užívání drog na českobudějovické taneční scéně: korelační studie“. Nejen vzhledem k tomu, že jsem sama pracovala v Kontaktním centru Prevent a byla denně ve styku s aktuálními uživateli drog, které kontaktní centrum navštěvovali, vidím rozdíly mezi rekreačním a problémovým užíváním drog. Z toho důvodu jsem zvolila také jiný typ dotazníku a to nejen po grafické stránce. V dotazníku jsem obměnila typy drog- v nabídce jsou navíc opiáty jednak legálně, jednak nelegálně, prchavé látky či benzodiazepiny (které jsou klienty velmi často zneužívány). Oproti tomu jsem z nabídky odstranila extázi či kokain. Právě tyto návykové látky většinou nepatří mezi primární drogy problémových uživatelů (např. z finančních, ale i jiných důvodů). Také se v dotazníku objevuje otázka na způsob aplikace drogy. Vzhledem k tomu, že v mé bakalářské práci chyběla otázka na sexuální orientaci uživatelů, věnuje se pátá otázka dotazníku právě této problematice.

9. 4. Analýza získaných dat

Každý dotazník měl přidělený pořadový kód, pod kterým byla data po celou dobu analýzy vedena a zpracovávána. Potenciálnímu zkreslení dat bylo předcházeno tím, že dotazníky, které nepůsobily věrohodně, či byly vyplněny jen z části, byly z výzkumu předem vyřazeny. Celkem se jednalo o 6 dotazníků. Limitem této práce by také mohlo být, že jeden a ten samý respondent vyplnil více dotazníků- tomu se předcházelo zejména informacemi od pracovníků k respondentům. Během analýzy dat nebyl zjištěn žádný dotazník, který by byl totožný s jiným dotazníkem. Informace, které byly z dotazníku zjištěny, byly po ukončení sběru dat přepisovány do tabulky v programu Microsoft Excel pod přiděleným kódem.

Výsledky výzkumu byly zjištěny a zpracovány do grafů prostřednictvím popisné statistiky, která se snaží stručně a jasně vystihnout podstatné informace z výzkumu. Analýza dat se postupně zabývala všemi kladenými otázkami v dotazníku- analyzovali se sociodemografické údaje, údaje o problémovém užívání drog respondentů včetně způsobu aplikace drogy. Analýza se také zaměřovala na cíle výzkumu- tedy na rizikové sexuální chování respondentů včetně toho, zda k takovému chování došlo po užití návykové látky či nikoli, případně časový horizont rizikového sexuálního chování. V neposlední řadě se analýza zaměřila na využívání distribuce prezervativů v nízkoprahových službách.

Tabulky a grafy výsledků vypracované v programu Microsoft Excel pak byly zpracovány a přepsány do programu MS Word. Tabulkám a grafům byla za účelem přehlednosti přidělena čísla, na které text práce upozorňoval.

9. 5. Etické normy

Otázky ohledně etiky je běžnou součástí výzkumu, nezaměřují se pouze na kvalitativní výzkum či na výzkum zabývající se lidmi, téma etiky se řeší prakticky po celém světě (Peterová, 2014). Etické normy byly v tomto výzkumu zajištěny především anonymitou. Sběr dat proběhl zcela anonymně a dobrovolně, na což byli respondenti upozorněni v hlavičce samotného dotazníku a pracovníkem dané služby. V hlavičce dotazníku byla také informace o tom, že vyplněním dotazníku respondent souhlasí s účastí ve výzkumu, čímž se naplnila podstata informovaného souhlasu.

9. 6. Výzkumný soubor

Z výzkumu uvedeného ve Výroční zprávě o stavu ve věcech drog v roce 2016 vyplývá, že v České Republice bylo odhadnuto cca 46,8 tisíc problémových uživatelů drog. V České Republice je dostupných mnoho kontaktních center a funguje zde velké množství terénních programů.

V jižních Čechách můžeme kontaktní centrum nalézt nejen v Českých Budějovicích, ale také ve Strakoniciích či v Prachaticích. Tyto kontaktní centra provozuje Nestátní nezisková

organizace Prevent 99. z. ú., která poskytuje také Terénní program. Terénní program zajišťuje dostupnost nízkoprahové služby také pro další jihočeská města, například Vodňany, Veselí nad Lužnicí, Soběslav, Blatná, Vimperk či Bechyně.

Základním souborem tohoto výzkumu byli problémoví uživatelé drog, kteří navštěvují Kontaktní centrum v Českých Budějovicích- největší kontaktní centrum v jižních Čechách. V roce 2017 navštívilo toto centrum celkem 421 klientů z toho 296 mužů (70, 07%), 126 žen (29, 93%). Z celkového počtu celkem 327 klientů užívá nelegální návykové látky (celkem 292 intravenózních uživatelů drog). Z celkového počtu klientů kontaktního centra udává 50 % klientů jako svou primární drogu pervitin, 22 % alkohol, 11 % opiáty. Průměrný věk klientů kontaktního centra je nyní 35,8. U mužů je průměrný věk 37,6, u žen je věkový průměr 31,6.

Výzkumným souborem bylo 50 klientů kontaktního centra v Českých Budějovicích. Osloveni byli ti, kteří přišli do Kontaktního centra kvůli výměnnému programu nebo využít kontaktní místnost. Klienti kontaktního centra dostali od pracovníků informace o probíhajícím výzkumu, kdo chtěl, dotazník vyplnil a tím se do výzkumu zapojil.

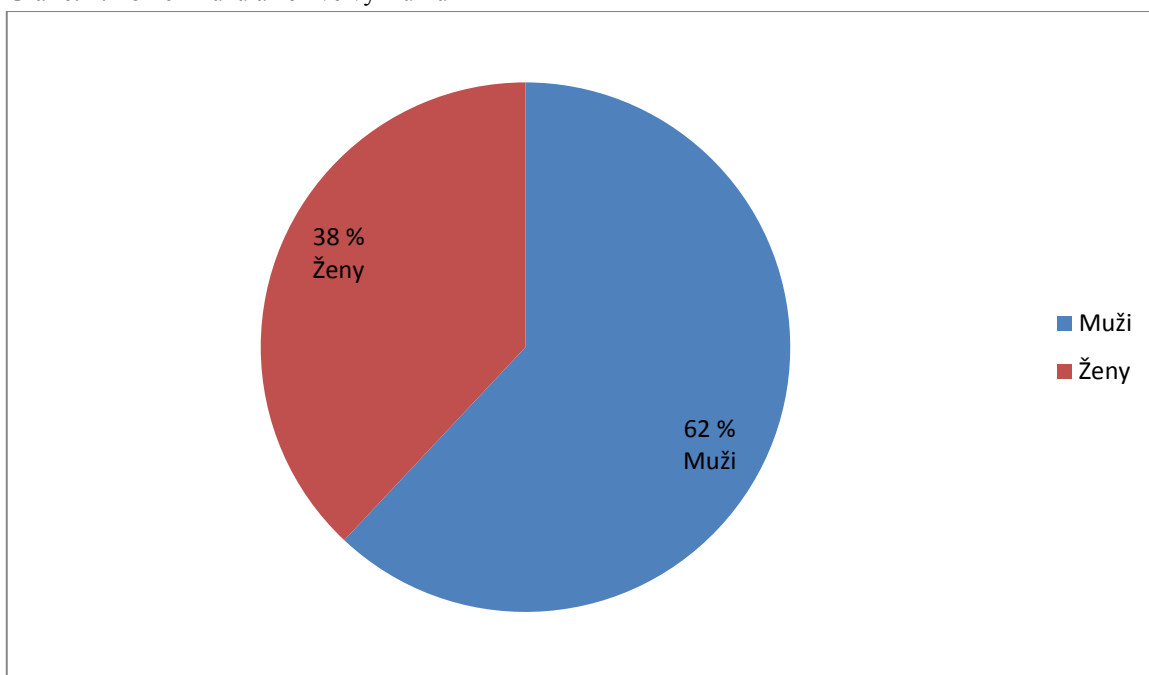
9. 7. Popis výzkumného souboru

Výzkumu se zúčastnilo celkem 50 problémových uživatelů využívajících nízkoprahové služby v Českých Budějovicích. Celkem se výzkumu zúčastnilo 31 mužů a 19 žen (62 % mužů, 38 % žen). Poměr mužů a žen v základním souboru je 70 % mužů, 30 % žen.

Poměry výzkumného souboru tedy odpovídají s poměrem základního souboru.

Poměr zúčastněných respondentů podle pohlaví bude znázorněn grafem č. 1.

Graf č. 1. Poměr mužů a žen ve výzkumu

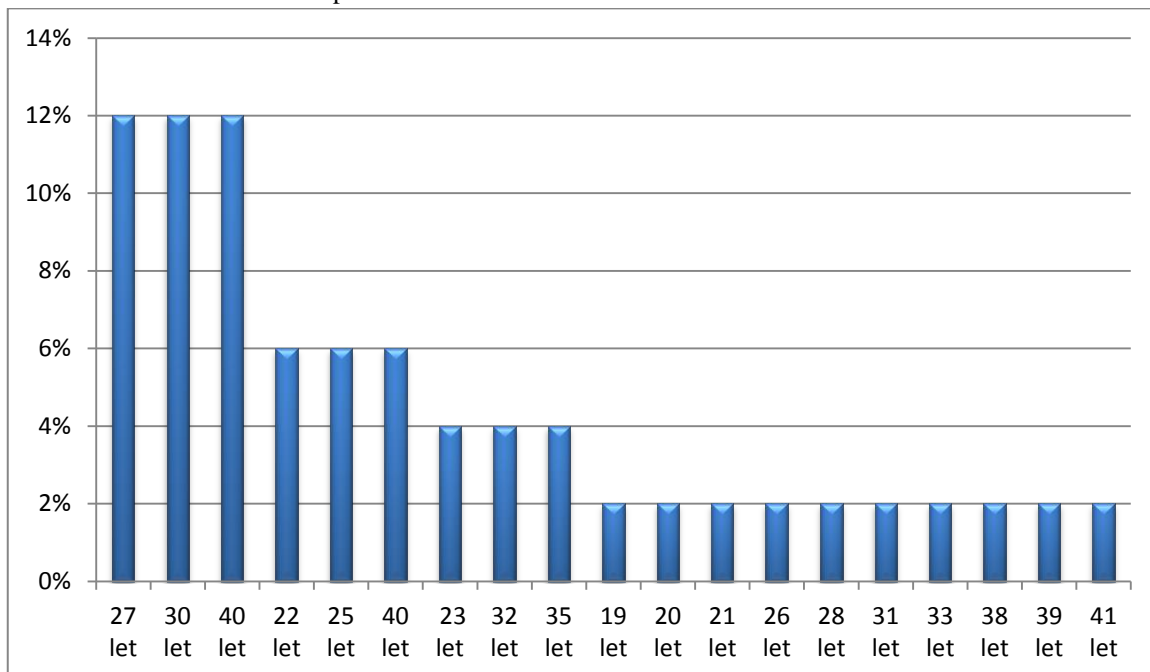


- Věk respondentů

Druhá otázka se ptala na věk respondentů. Výzkumu se mohl zúčastnit kdokoli bez ohledu na jeho věk. Respondenti měli vyplnit svůj věk jako číslici v letech. Průměrný věk základního souboru je 35,8 let. Průměrný věk účastníků výzkumu činí 32 let, tedy o 3,8 let nižší než průměrný věk základního souboru. Nejvyšší věk respondentů je 41 let, nejnižší 19 let.

Graf číslo 2. znázorňuje věkovou strukturu respondentů.

Graf č. 2. Věková struktura respondentů

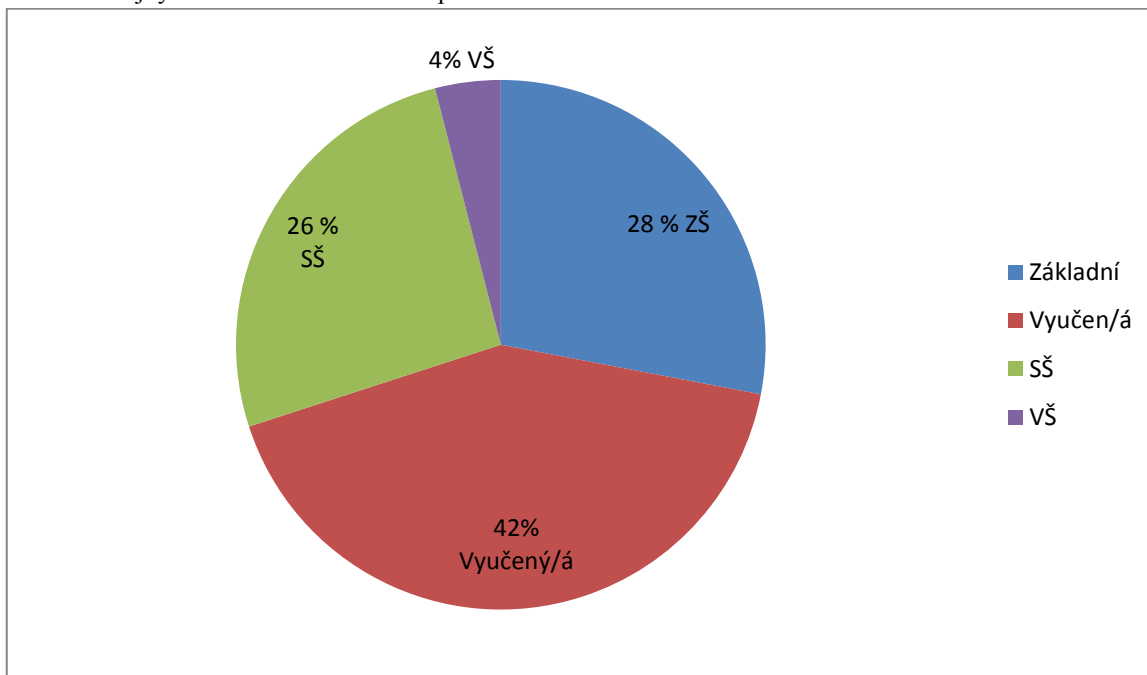


- **Vzdělání respondentů**

Následující graf (číslo 3.) se zabývá nejvyšším dosaženým vzděláním respondentů. Největší podíl účastníků ve výzkumu je vyučeno, celkem 42 %. Pouze základní vzdělání má celkem 28 % respondentů, střední školu dokončilo 26 % dotazovaných. Pouze 4 % respondentů vystudovalo vysokou školu.

Pro přehlednost jsou výsledky uvedeny také v grafu číslo 3.

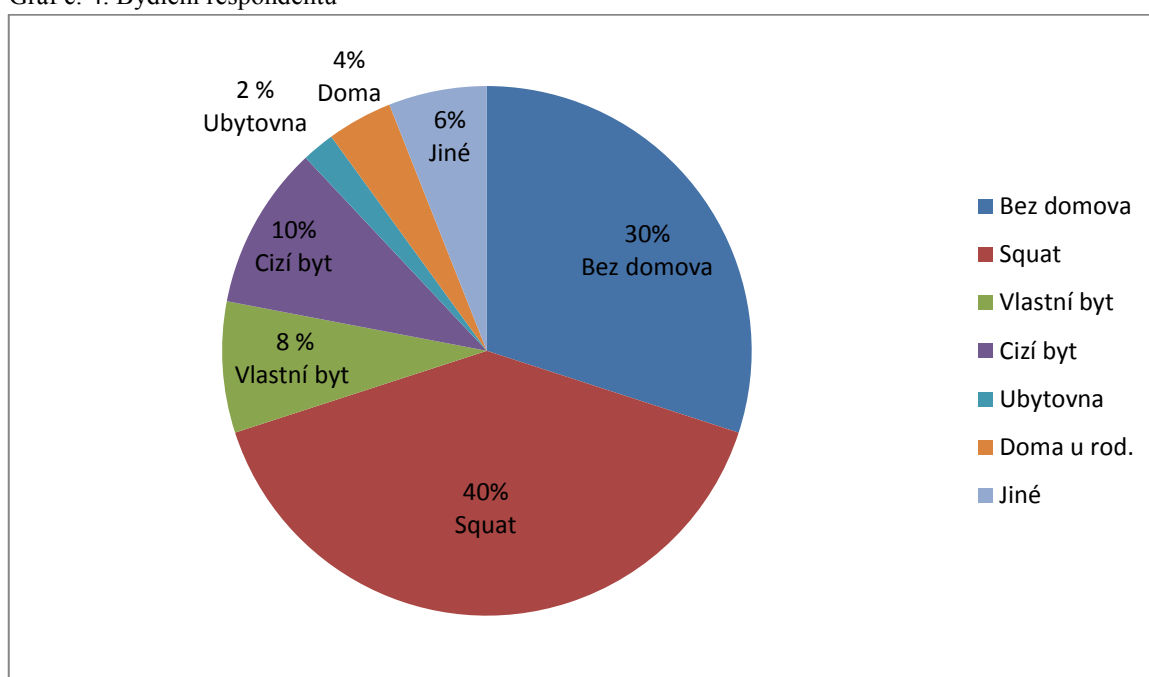
Graf č. 3. Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů



- Bydlení respondentů

Největší podíl respondentů uvedlo, že v současné době bydlí na squatu, celkem se jedná o 40 % z nich. Dalších 30 % pak nemá žádný domov, žije na ulici. Celkem 10 % lidí momentálně bydlí v cizím bytě, 8 % respondentů má pak byt vlastní. Na ubytovně bydlí pouze 2 % respondentů, 4 % bydlí doma u rodičů. Celkem 6 % účastníků výzkumu uvedlo možnost bydlení „Jiné“. V takovém případě nejčastěji uváděli chatu či azylový dům. Výsledky jsou znázorněny v následujícím grafu číslo 4.

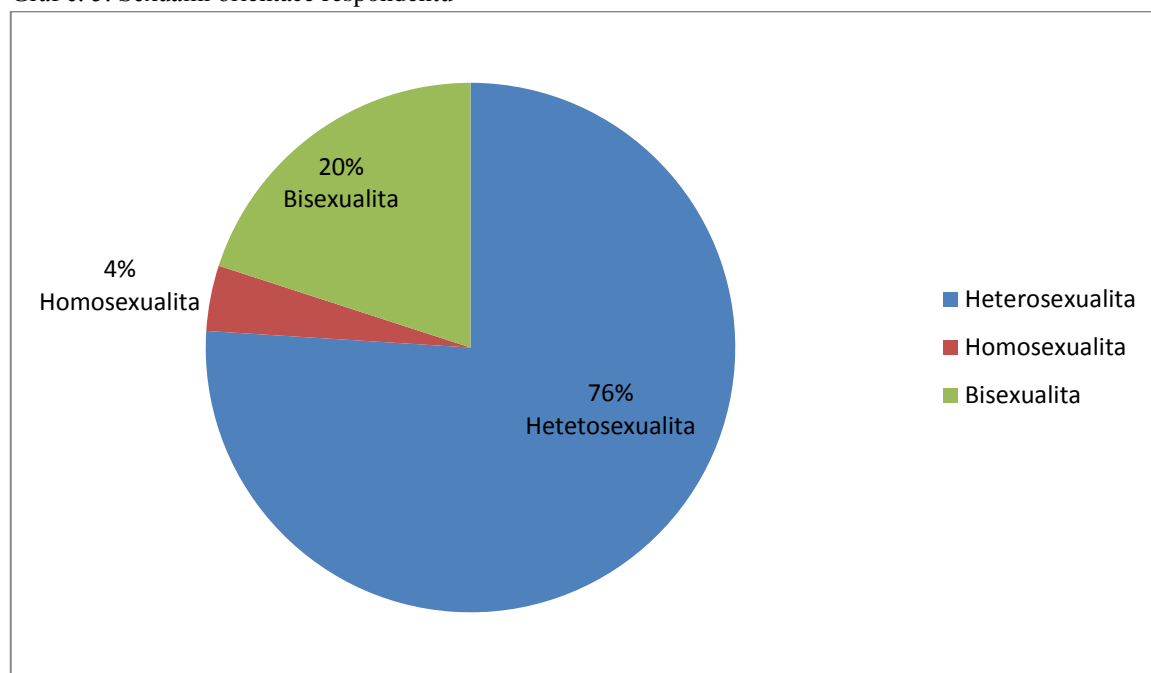
Graf č. 4. Bydlení respondentů



- Sexuální orientace

Výzkum se zabýval také otázkou sexuální orientace respondentů. Drtivá většina z nich, celkem 76 %, uvedlo svou orientaci jako heterosexuální. Dalších 20 % respondentů se považuje za bisexuály. Nejčastěji se za bisexuály považují uživatelé pervitinu. Celkem 4 % respondentů jsou homosexuálové, všichni homosexuálové uvedli jako svou primární drogu též pervitin. Následující graf číslo 5 výsledky znázorňuje.

Graf č. 5. Sexuální orientace respondentů



- Primární návyková látka

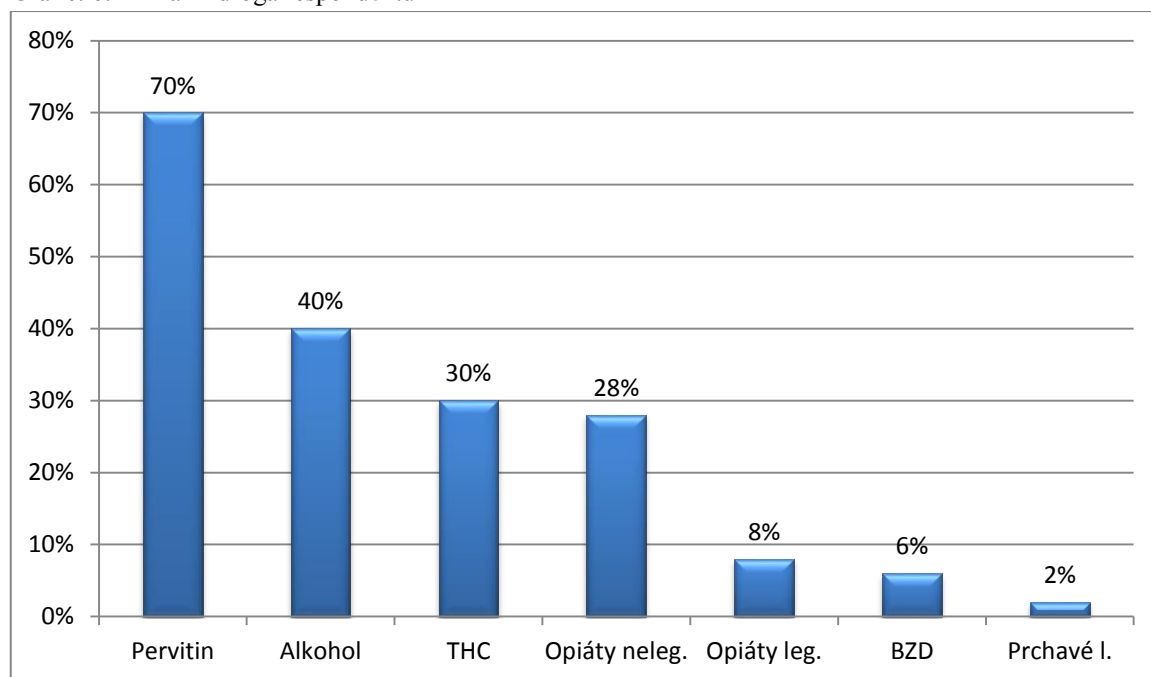
Respondenti měli na výběr z několika možných typů primární drogy, přičemž nemuseli vybrat pouze jednu konkrétní drogu. V případě, že za svou primární návykovou látku považují více návykových látek najednou, měli možnost zaškrtnout více možností. Ukázalo se, že vůbec nejčastější návyková látka užívaná v nízkoprahové službě, je pervitin. Pervitin uvedlo za svou primární drogu celkem 70 % respondentů (v základním souboru je primární drogou pervitin u 50 % klientů, tedy nižší než u výběrového souboru).

Druhá nejčastější primárně užívaná látka je alkohol- alkohol uvedlo celkem 40 % respondentů (základní soubor udává alkohol jako primární návykovou látku celkem 22 % klientů centra).

THC užívá celkem 30 % respondentů, což je srovnatelné s užíváním nelegálních opiátů (tj. 28 %). U základního souboru uvádí THC jako primární drogu pouze zanedbatelné množství klientů, opiáty uvádí 11 % klientů.

Méně než 10 % respondentů uvádělo jako svou primární drogu opiáty legálně (substituce), Benzodiazepiny či prchavé látky (toluen atd.). Výsledky znázorňuje následující graf.

Graf č. 6. Primární droga respondentů

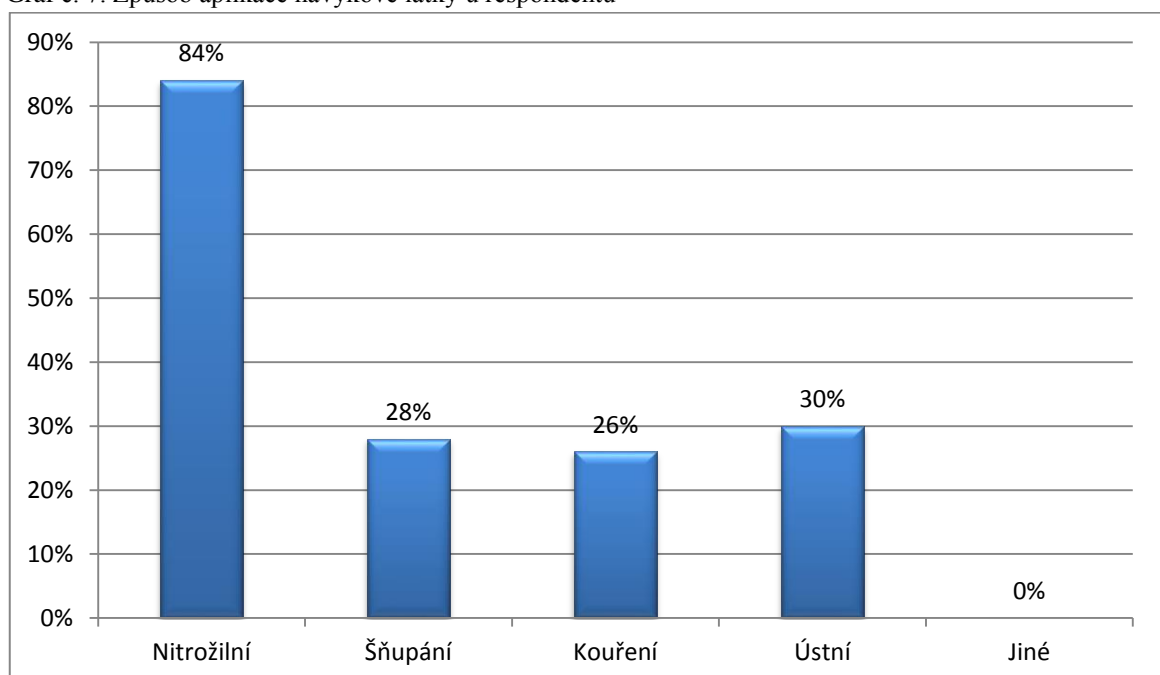


- Způsob aplikace návykových látek

Stejně jako u předchozí otázky, i zde mohli respondenti zakroužkovat více možností způsobu aplikace návykové látky. Vůbec nejčastěji respondenti uváděli způsob aplikace ten nejrizikovější- tedy intravenózní aplikaci, celkem 84 %. Ostatní způsoby aplikace se drželi zhruba na stejné úrovni, kolem 30 % (šňupání 28 %, kouření 26 %, ústní 30 %). Žádný z respondentů nevedl možnost *jiné*, například rektální aplikaci či aplikaci intramuskulární).

Níže jsou výsledky graficky zpracovány.

Graf č. 7. Způsob aplikace návykové látky u respondentů



10. Výsledky výzkumu

V této kapitole budou shrnuty a znázorněny výsledky, které vzešly z dotazníkového šetření. Výsledky budou pro lepší orientaci v textu graficky znázorněny, popřípadě budou data uvedena v tabulkách. Každý graf i tabulka bude mít přidělené pořadové číslo.

10. 1. Výskyt rizikového sexuálního chování u problémových uživatelů návykových látek využívajících nízkoprahové adiktologické služby

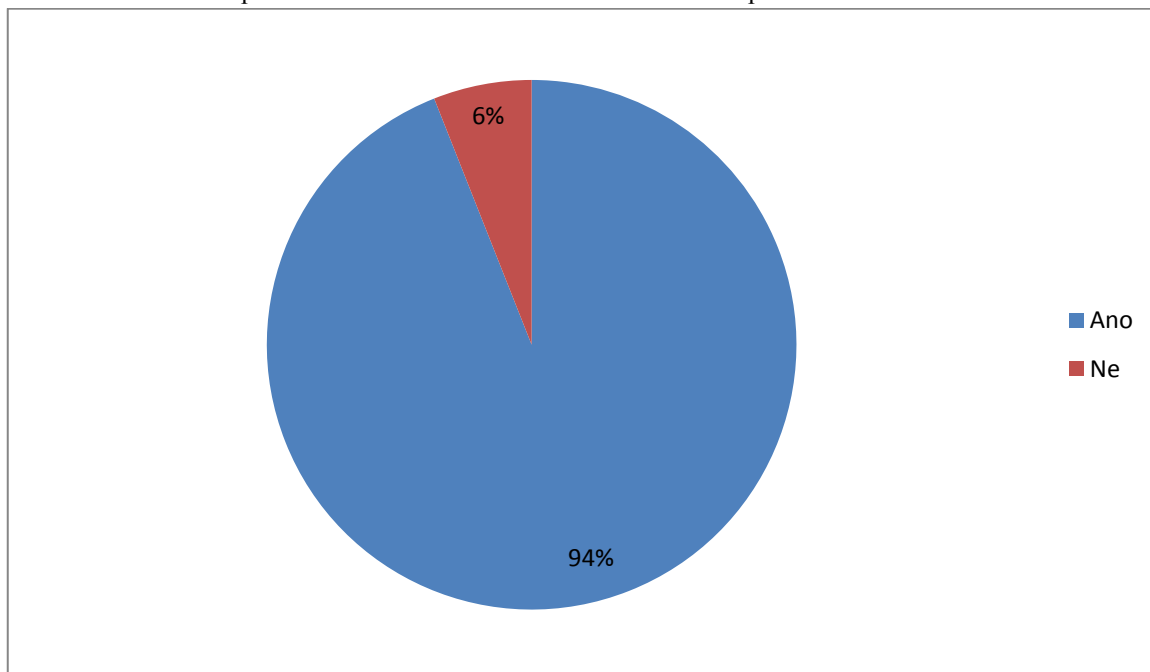
Dotazník se zejména zabýval rizikovým sexuálním chováním- zda se respondent někdy dopustil rizikového sexuálního chování. Uveden byl nechráněný sex s náhodným partnerem, komerční sex (sex za peníze či drogy), rizikové sexuální praktiky a promiskuita (časté střídání partnerů). Zároveň respondenti odpovídali také na časovou osu- tedy kdy k takovému chování došlo (v posledním měsíci, v posledních 12 měsících, někdy dříve v životě a nikdy). Respondent měl za úkol u každého druhu rizikového sexuálního chování zaškrtnout, kdy k němu došlo, pokud vůbec.

- Celoživotní prevalence rizikového sexuálního chování u respondentů

Z celkového počtu respondentů výsledky ukázaly, že naprostá většina respondentů se někdy v životě chovala sexuálně rizikově- celkem 94 %.

Pouze tři účastníci výzkumu uvedli, že se nikdy nedopustili žádné ze sledovaných forem rizikového sexuálního chování. Celoživotní prevalence rizikového sexuálního chování je znázorněna v grafu číslo 8.

Graf č. 8. Celoživotní prevalence rizikového sexuálního chování u respondentů



Z výsledků je patrné, že všichni 3 respondenti, kteří se nikdy nechovali sexuálně rizikově, byli uživatelé opiátů a BZD.

- Prevalence jednotlivých forem rizikového sexuálního chování u respondentů

Výsledky ukazují, že nechráněného sexu se někdy v životě dopustilo 43 respondentů z 50, celkem tedy 86 % účastníků výzkumu.

Celkem 25 (tj. 58,1 %) z nich mělo nechráněný sex v posledním měsíci, 7 respondentů (tj. 16,2 %) v posledních 12 měsících a 11 respondentů (tj. 25,6 %) uvedlo, že mělo nechráněný sex někdy dříve v životě.

Také promiskuity se dopustila většina respondentů- 80 % z dotazovaných se někdy v životě chovalo promiskuitně (celkem 40 respondentů).

Z těch, kteří se někdy chovali promiskuitně, bylo celkem 47,5 % (19 respondentů) promiskuitních v posledním měsíci, 27,5% (tedy 11 respondentů) v posledních 12 měsících a 25 % (10 respondentů) uvedlo, že se promiskuity dopustilo někdy dříve v životě.

Rizikových sexuálních praktik se někdy v životě dopustilo celkem 74 % respondentů (tedy 37 respondentů z celkového počtu 50 respondentů).

Celkem 35,1 % (13 respondentů), kteří někdy zažili nějakou rizikovou sexuální praktiku, pak uvedli, že jí zažili v posledním měsíci.

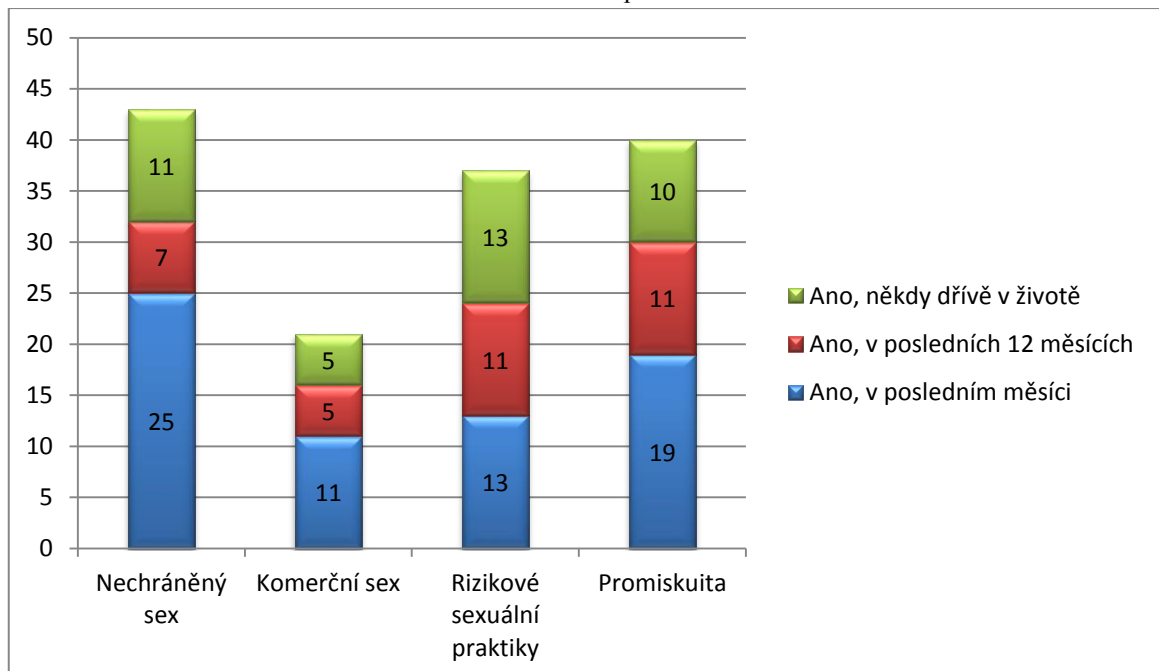
V posledních 12 měsících se rizikových sexuálních praktik dopustilo 29,7 % z nich (tedy 11 respondentů) a někdy dříve v životě se takových praktik dopustilo 35,1 % tedy 13 respondentů, z celkového počtu 37 respondentů).

Z uvedené nabídky rizikového sexuálního chování se respondenti nejméně dopouštěli komerčního sexu (sex za peníze nebo za drogy). Někdy v životě komerční sex provozovalo celkem 42 % respondentů (21 účastníků).

Z celkového počtu 21 respondentů, kteří se někdy v životě dopustili komerčního sexu, uvedlo 52,3 % (11 respondentů) z nich, že se ho dopustilo v posledním měsíci. V posledních 12 měsících komerční sex provozovalo 23,8 % (tedy 5 respondentů) a dalších 5 respondentů (23,8 %) uvedlo, že mělo sex za účelem získání peněz (či drog) někdy dříve v životě.

Níže jsou pro přehlednost výsledky graficky zpracovány.

Graf č. 9. Prevalence rizikového sexuálního chování u respondentů



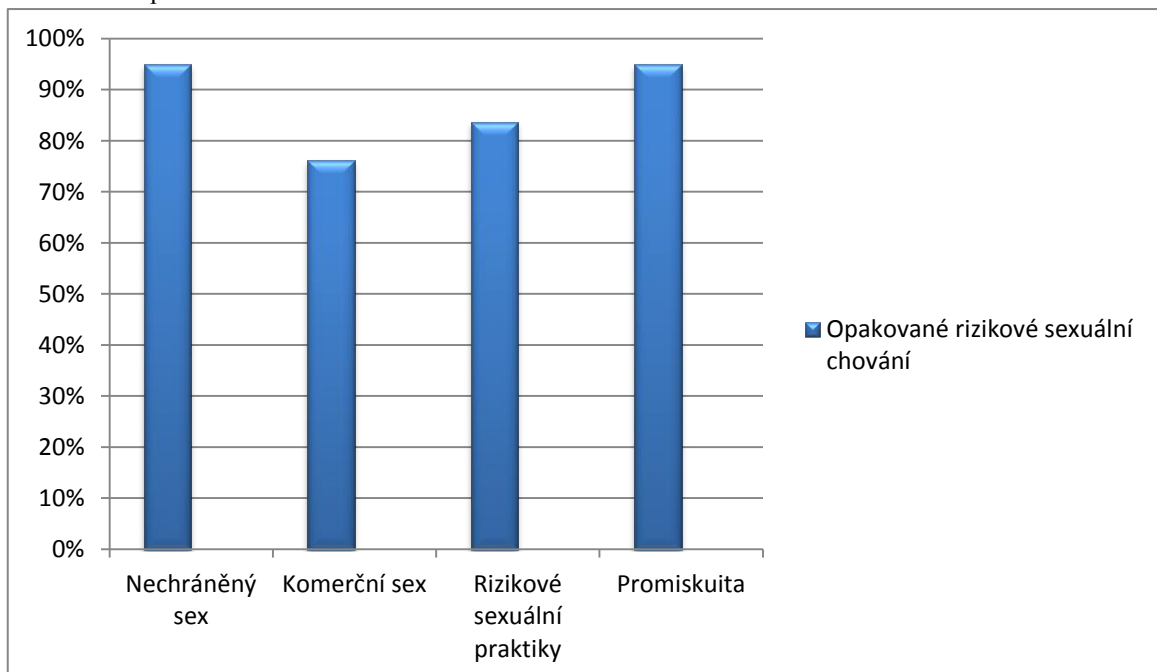
- Frekvence rizikového sexuálního chování

Dotazník se také o to, zda v případě, že došlo k rizikovému sexuálnímu chování, k němu došlo pouze jednou v životě, nebo vícekrát za život. Výsledky ukazují, že v případě, kdy u respondenta došlo k nějakému rizikovému sexuálnímu chování, většinou se tak stalo opakovaně. Nechráněný sex mělo někdy v životě celkem 43 respondentů, z toho 41 z nich mělo nechráněný sex opakovaně.

Podobné výsledky jsou zaznamenány i v případě promiskuity- z celkového počtu respondentů, kteří uvedli, že se někdy chovali promiskuitně (40 účastníků), se promiskuitně chovalo celkem 38 z nich opakovaně. Dalších 31 respondentů z celkového počtu 37 respondentů, kteří se někdy v životě dopustili jakýchkoliv rizikových sexuálních praktik, tak jednalo také opakovaně. V neposlední řadě se celkem 16 lidí z 21 respondentů, kteří uvedli, že se někdy dopustili komerčního sexu, se tohoto rizikového sexuálního chování dopustilo též opakovaně.

Následující graf číslo 10 ukazuje procentuální poměr zastoupení respondentů, kteří se dopustili rizikového sexuálního chování opakovaně. Výsledky jsou počítány pouze z těch respondentů, kteří se někdy sexuálně rizikově chovali, nikoli z celkového počtu všech respondentů.

Graf č. 10. Opakované rizikové sexuální chování



- Rizikové sexuální chování v závislosti na pohlaví respondentů

Další analýza ukazuje, jaký je výskyt rizikového sexuálního chování podle pohlaví respondentů.

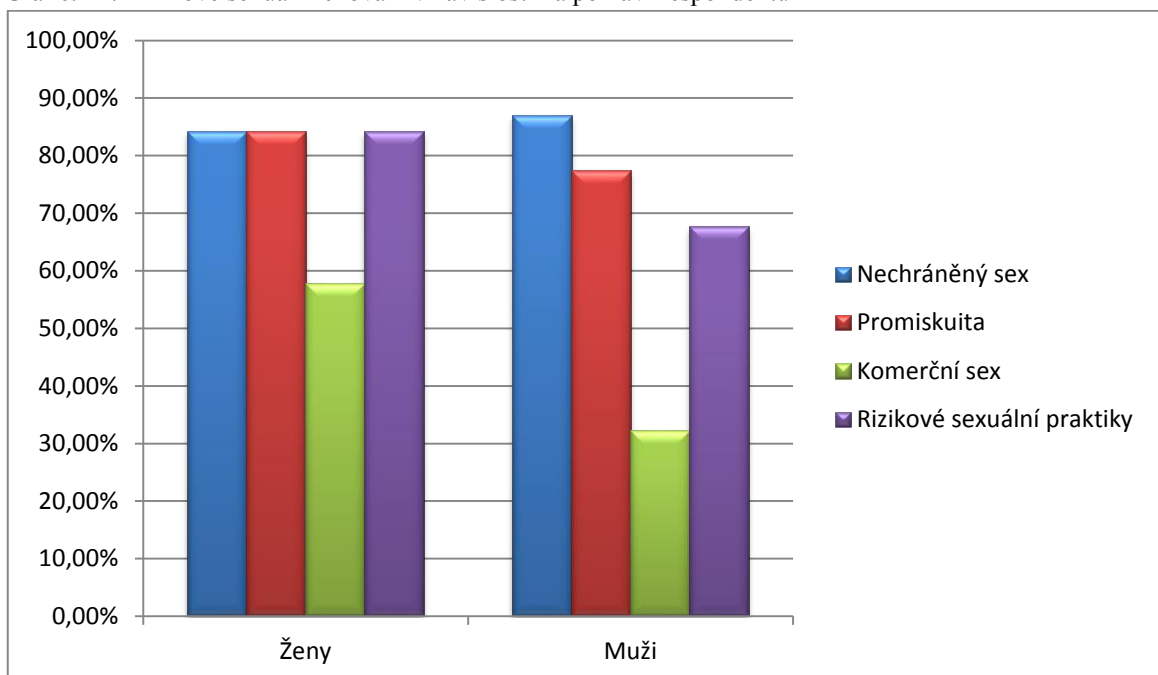
Ukázalo se, že nejčastější riziková praktika- nechráněný sex- uváděli nejčastěji muži, celkem 87 % z nich. Ve všech dalších rizikových sexuálních praktikách se však chovali sexuálně rizikově častěji ženy.

Ženy se chovaly promiskuitně celkem v 84, 2 % případů, stejný podíl žen se někdy dopustilo také rizikových sexuálních praktik či nechráněného sexu. Celkem 57,8 % žen někdy v životě provozovalo komerční sex (sex za peníze nebo za drogu).

Muži měli nechráněný sex v 87 % případů, promiskuitně se chovalo 77, 4 % z nich, rizikové sexuální praktiky provádělo někdy v životě 67,7% mužů. Celkem 32,2 % mužů někdy v životě provozovalo komerční sex.

Následující graf výsledky znázorňuje.

Graf č. 11. Rizikové sexuální chování v závislosti na pohlaví respondentů



- Rizikové sexuální chování v souvislosti se sexuální orientací respondentů

Z celkového počtu uvedlo 76 % (38 respondentů), že jsou heterosexuální. Dalších 20 % (tedy 10 respondentů) uvedlo, že jsou bisexuálové a 4 % (2 respondenti) uvedli, že jsou homosexuální.

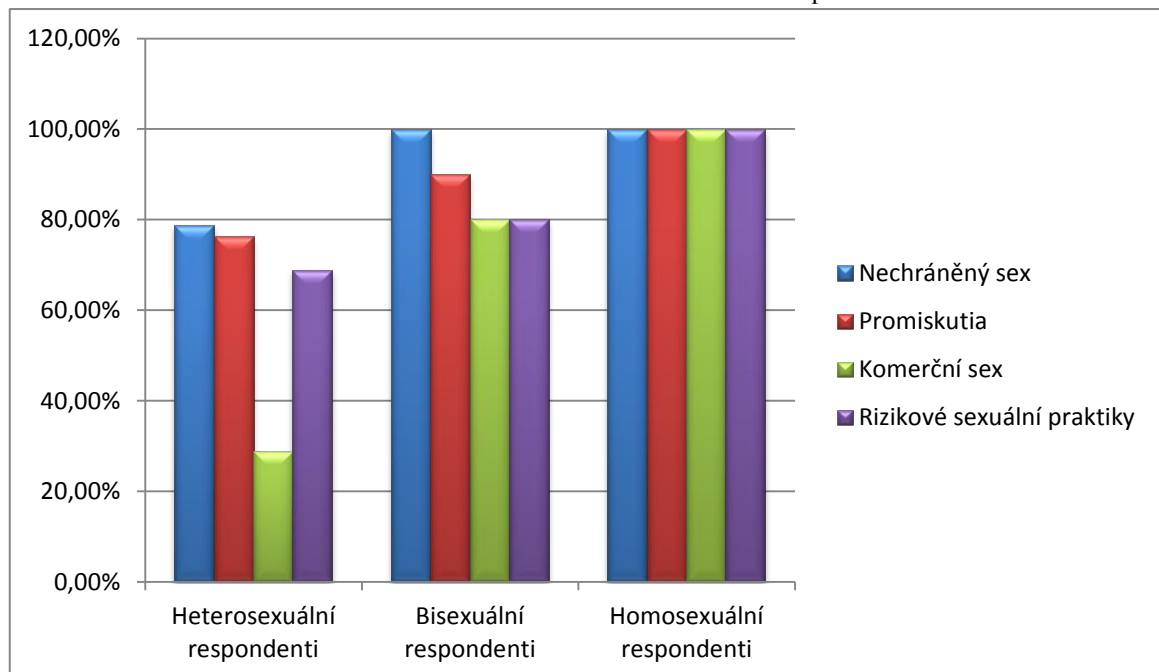
Analýza se zabývala vlivem sexuální orientace na rizikové sexuální chování u respondentů. Ukázalo se, že nejvíce rizikově se chovali respondenti, kteří jsou homosexuální. Celkem 100 % z nich se někdy v životě dopustilo všech sledovaných rizikových sexuálních praktik.

Následovali respondenti, kteří uvedli svou sexuální orientaci jako bisexuální. Celkem 100 % z nich někdy mělo nechráněný sex, 90 % bylo promiskuitních, 80 % provozovalo komerční sex a 80 % provozovalo rizikové sexuální praktiky.

Heterosexuálové se nejčastěji dopouštěli nechráněného sex (78,9%), následovala promiskuita (76,3%), rizikové sexuální praktiky (68,9 %). Komerční sex někdy v životě provozovalo 28,9 % heterosexuálních respondentů.

Celkem 100 % respondentů, kteří uvedli, že jsou homosexuálové, jsou uživatelé pervitinu. Bisexuálové uváděli jako svou primární návykovou látku pervitin v 80 % případů, zbylých 20 % pak byli uživatelé THC a alkoholu. Níže jsou výsledky graficky zpracovány.

Graf č. 12. Rizikové sexuální chování v souvislosti se sexuální orientací respondenta



- Rizikové sexuální chování v závislosti na bydlení respondenta

Jak již bylo výše zmíněno, největší zastoupení respondentů bydlí na squatu- celkem 40 %. Dalších 30 % pak žije na ulici, bez domova. V cizím bytě bydlí 10 % respondentů. Zbýlých 12 % respondentů bydlí buď doma u rodičů (4 %), na ubytovně (2%) nebo uvedli možnost „jiné“ (6 %).

Analýza se zabývala rizikovým sexuálním chováním v závislosti na sociální situaci respondentů. Vzhledem k malému množství respondentů zde budou zmíněny rozdíly pouze u lidí žijících na ulici a u lidí žijících na squatu. Ostatní možnosti (ubytovna, doma u rodičů, cizí či vlastní byt) budou sloučeny do jedné kategorie s názvem „ostatní“. Sloučené možnosti jsou lidé, kteří mají sociální zázemí.

Nechráněného sexu se dopustilo 80 % lidí žijících na ulici, stejný podíl lidí žijících na squatu. V kategorii „ostatní“ mělo nechráněný sex 66 % respondentů.

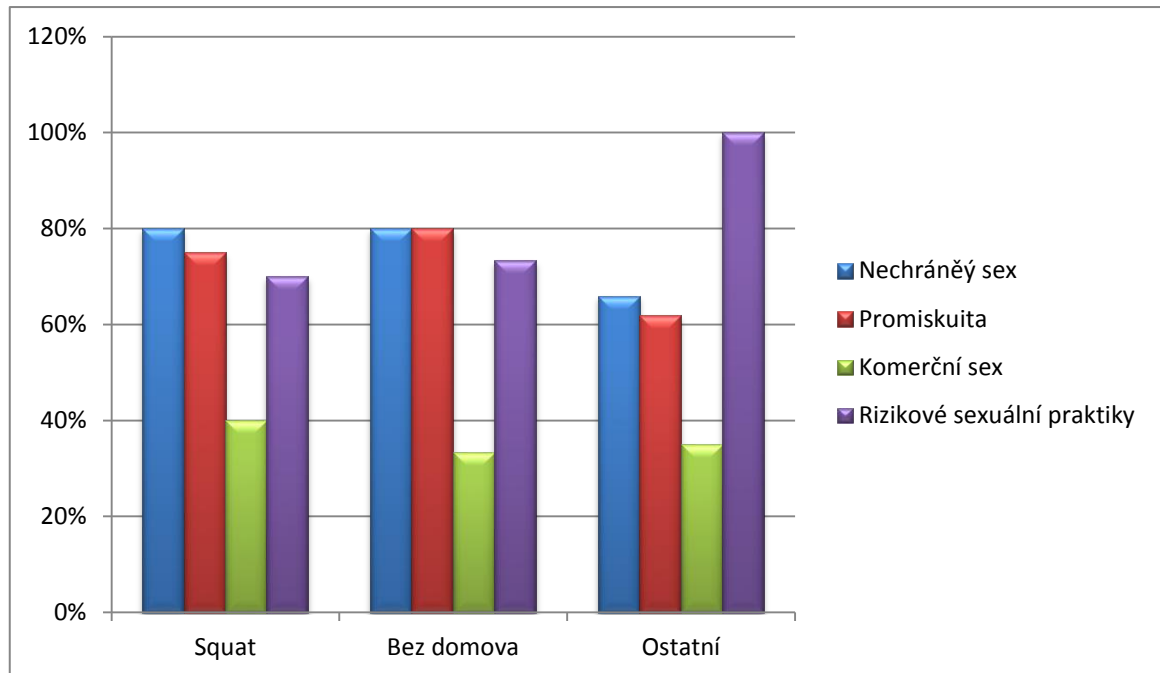
Promiskuitně se chovalo 80 % lidí žijících na ulici a 75 % lidí bydlících na squatu, 61,9% respondentů z kategorie „ostatní“.

Také rizikových sexuálních praktik se dopustili více lidé, kteří jsou bez domova (tj. 73,3%), lidí na squatu rizikové sexuální praktiky provozovali v 70 %. Celkově 100 % respondentů, kteří mají sociální zázemí, se někdy v životě dopustili rizikových sexuálních praktik.

Komerční sex provozovali nejvíce respondenti, kteří bydlí na squatu (40 %), další v pořadí jsou lidé se sociálním zázemím (35%). Respondenti, žijící na ulici, komerční sex provozovali v 33,3%.

Níže výsledky znázorňuje graf.

Graf č.13. Porovnání rizikového sexuálního chování u osob žijících na squatu, osob bez domova ostatních respondentů



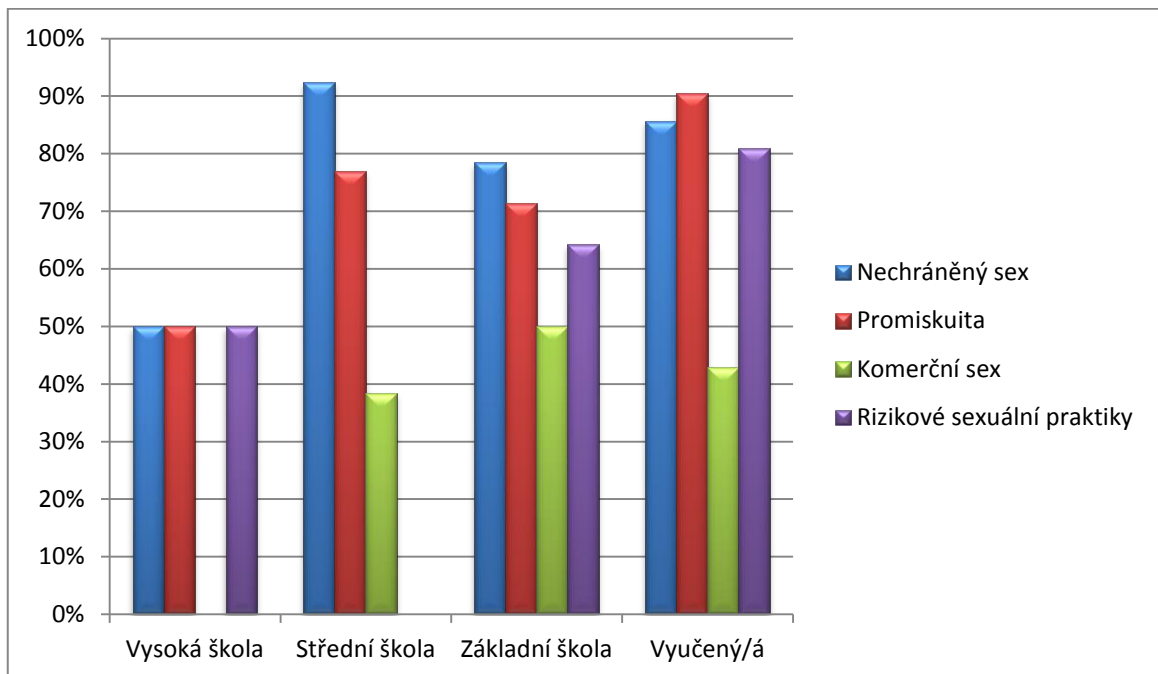
- Rizikové sexuální chování v závislosti na vzdělání respondenta

Nechráněný sex nejvíce provozovali respondenti, s maximálním dosaženým vzděláním Střední škola (92,3%). Vyučení respondenti měli nechráněný sex v 85,7% případů, respondenti se základní školou měli nechráněný sex v 78,5% a vysoko školky vzdělání respondenti měli nechráněný sex celkem v 50 % případů.

Ve všech dalších sledovaných formách rizikového sexuálního chování se nejvíce dopouštěli jakéhokoli rizikového sexuálního chování respondenti, kteří uvedli, že jsou vyučení. Naopak nejméně rizikově se chovali ve všech oblastech rizikového sexuálního chování vysokoškolsky vzdělání respondenti.

Pro přehlednost jsou výsledky graficky zpracované v následujícím grafu.

Graf č. 14. Rizikové sexuální chování v závislosti na nejvyšším dosaženém vzdělání respondentů



10. 2. Vztah mezi problémovým užíváním návykových látek a rizikovým sexuálním chováním respondentů

Další kapitola je zaměřená na rizikové sexuální chování v souvislosti s užíváním návykových látek respondentů.

- Rizikové sexuální chování v souvislosti s primární návykovou látkou respondenta

Analýza se zabývala souvislostí mezi rizikovým sexuálním chováním v závislosti na primární návykové látce respondenta.

Ukázalo se, že nejčastěji se sexuálně rizikově chovali respondenti, kteří uvedli jako svou primární návykovou látku alkohol. Nechráněný sex mělo 95 % z nich, promiskuitně se chovalo 85 % uživatelů alkoholu a rizikových sexuálních praktik se dopustilo 80 % uživatelů této legální návykové látky.

Uživatelé konopných drog se nejčastěji chovali promiskuitně, ale také měli nechráněný sex s náhodným partnerem. Obě formy rizikového sexuálního chování uvedlo 86,6 % respondentů, kteří považují právě THC jako svou primární látku. Pozadu však nebyli ani rizikové sexuální praktiky, které uživatelé THC provozovali v 80 %.

Sexuálně rizikově se chovali také uživatelé pervitinu. U těchto respondentů dominoval nechráněný sex (85,7 %), poté promiskuita (80 %), a rizikové sexuální praktiky (71,4 %).

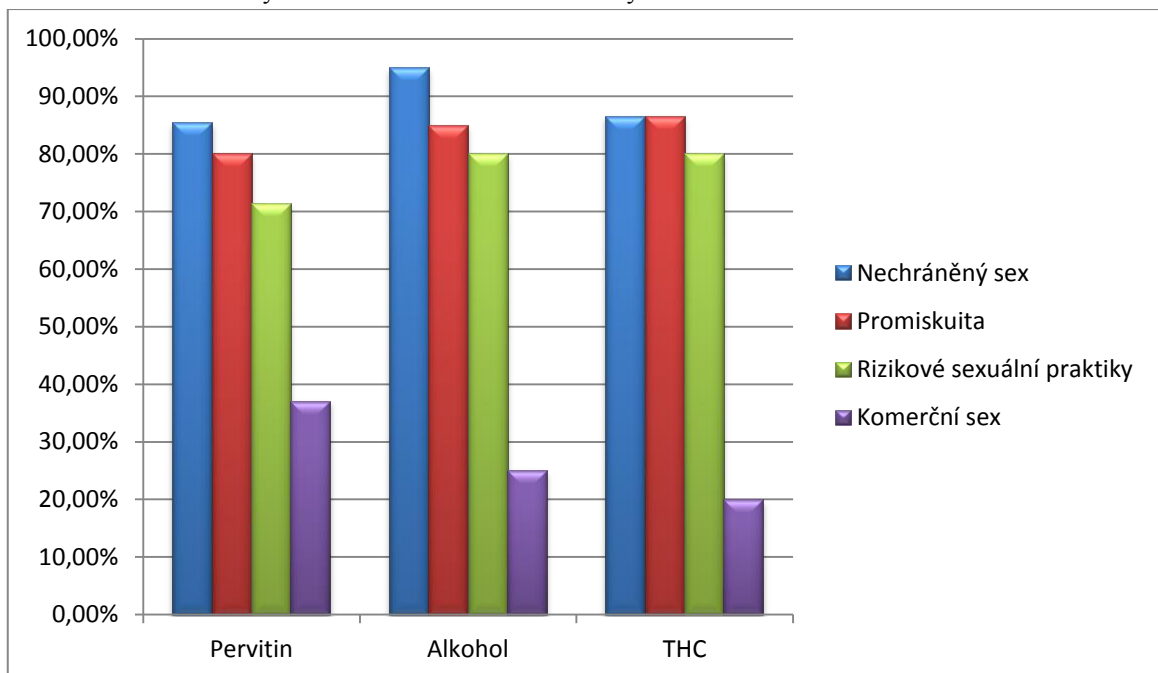
Nejméně se rizikového sexuálního chování dopouštěli uživatelé benzodiazepinů, prchavých látek a opiátů (legálních i nelegálních).

Nejméně častou formou rizikového sexuálního chování u všech respondentů byl komerční sex.

V provozování komerčního sexu dominují uživatelé pervitinu, kteří se komerčního sexu dopustili celkem ve 37,1 % případů. Uživatelé alkoholu komerční sex provozovali ve 25 % případů, a uživatelé THC v 20 %.

Následující graf č. 15 znázorňuje procentuální podíl respondentů chovajících se sexuálně rizikově v souvislosti s primární návykovou látkou.

Graf č. 15. Primární návyková látka v souvislosti s rizikovým sexuálním chováním

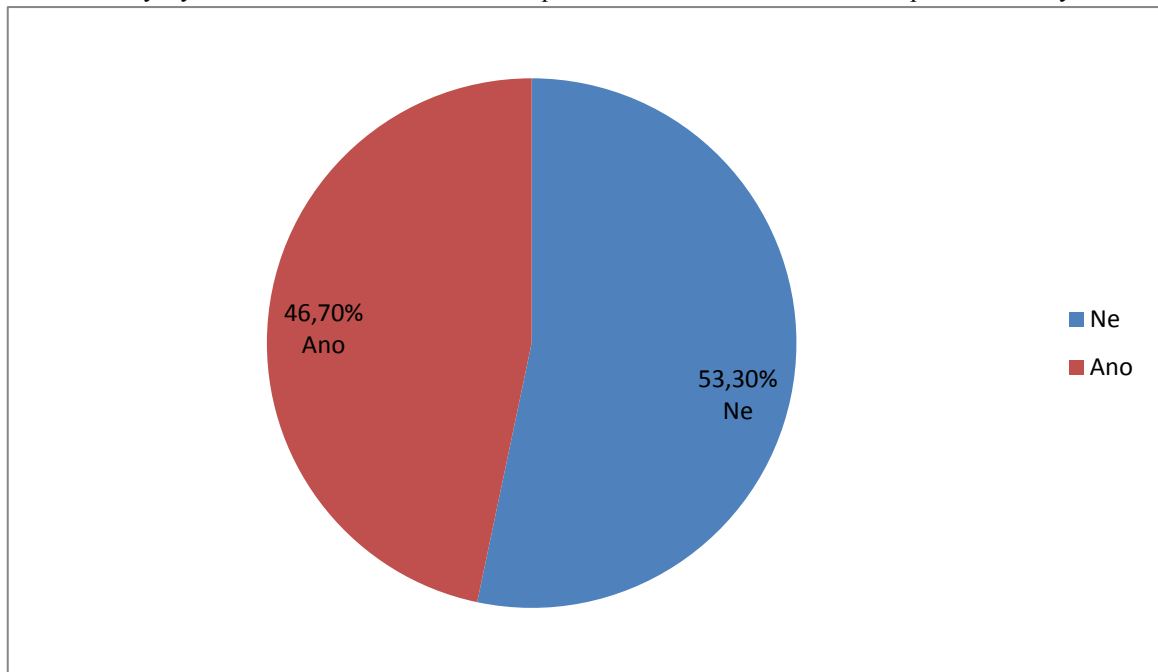


- Rizikové sexuální chování před začátkem docházení do nízkoprahového adiktologického zařízení

Dotazník se ptal na to, zda se respondenti chovali sexuálně rizikově až poté, co začali navštěvovat nízkoprahové adiktologické zařízení, a nebo už dříve v životě. Předpokládá se, že uživatel nízkoprahových služeb je problémový uživatel drog.

Odpovídali pouze ti respondenti, kteří se někdy nějakého rizikového sexuálního chování dopustili. Celkem 46,7 % respondentů, se rizikového sexuálního chování dopustilo ještě předtím, než se stali klienty nízkoprahové adiktologické služby. Zbýlých 53,3 % se rizikového sexuálního chování dopustilo až v době, kdy už navštěvovali nízkoprahová zařízení.

Graf č. 16. Výskyt rizikového sexuálního chování před začátkem docházení do nízkoprahové služby

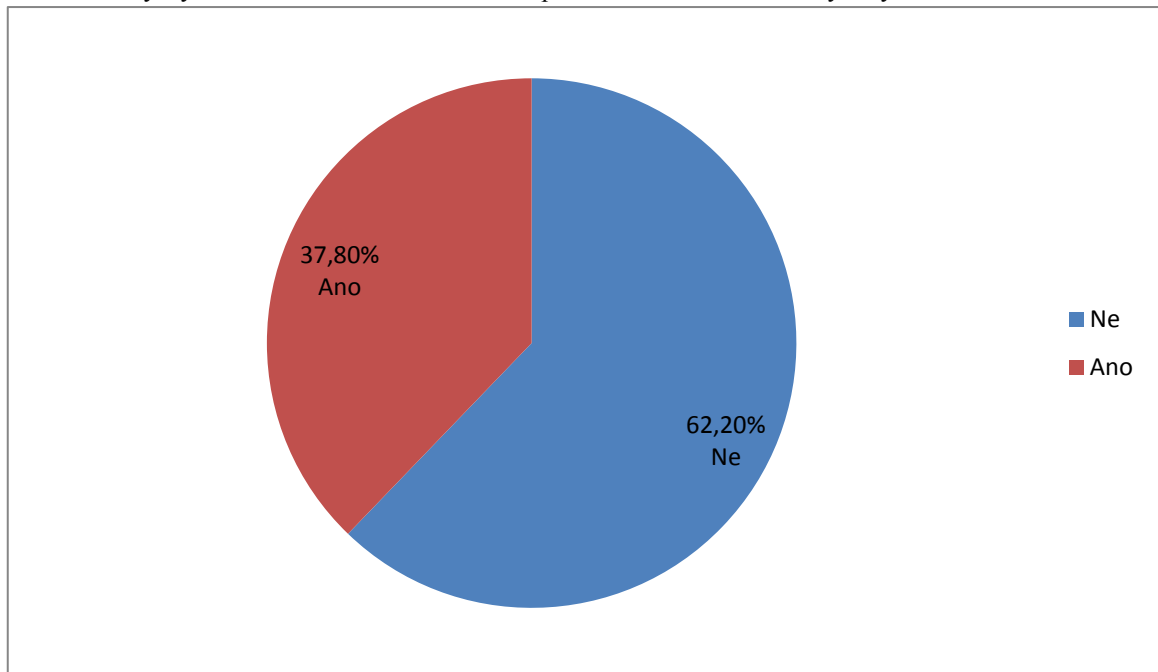


- Rizikové sexuální chování před začátkem užívání návykových látek

Další otázka se zajímala o to, zda se respondenti dopouštěli rizikového sexuálního chování ještě předtím, než začali užívat návykové látky. Stejně jako v předchozí otázce odpovídali pouze ti respondenti, kteří se někdy v životě nějakého rizikového sexuálního chování dopustili.

Celkem 62,2 % respondentů uvedlo odpověď „Ne“, celkem 37,8 % pak uvedlo, že se rizikového sexuálního chování dopustili i v době, kdy ještě neměli problém s užíváním drog.

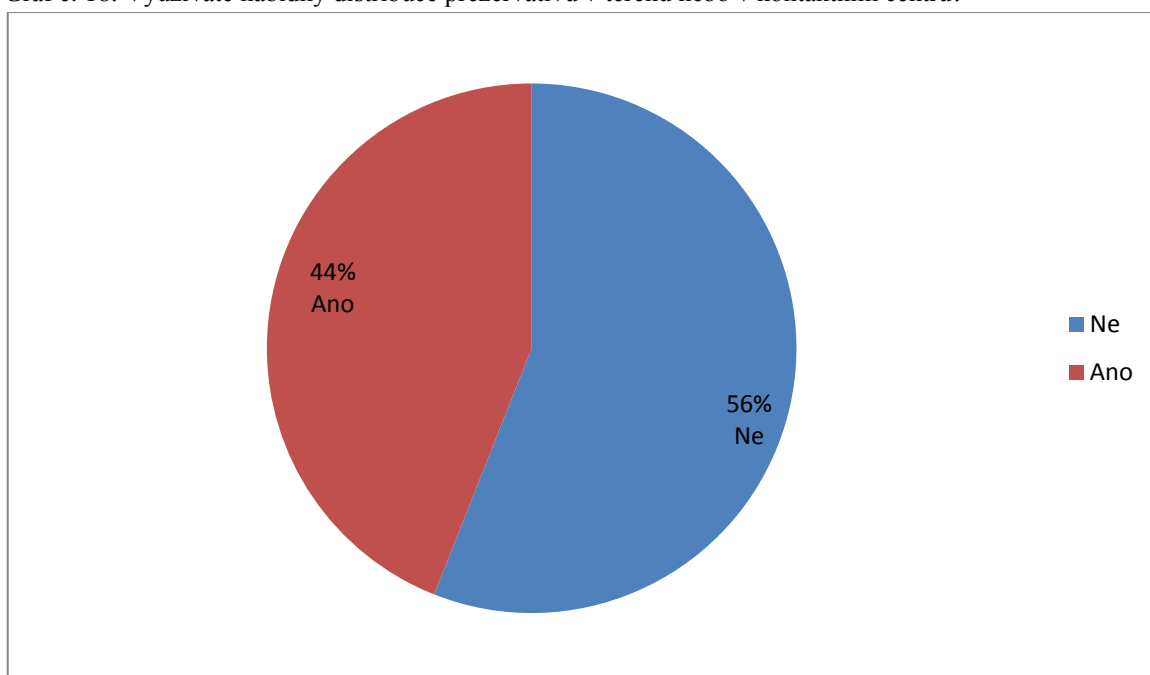
Graf č. 17. Výskyt rizikového sexuálního chování před začátkem užívání návykových látek



- Využívání nabídky distribuce prezervativů v nízkoprahových zařízeních

Poslední otázka se zajímala, zda respondenti využívají nabídky prezervativů v nízkoprahových službách. Celkem 56 % dotazovaných si prezervativy ve svém nízkoprahovém zařízení nebere, 44 % dotazovaný tuto službu využívá.

Graf č. 18. Využíváte nabídky distribuce prezervativů v terénu nebo v kontaktním centru?



- Rizikové sexuální chování po užití návykové látky

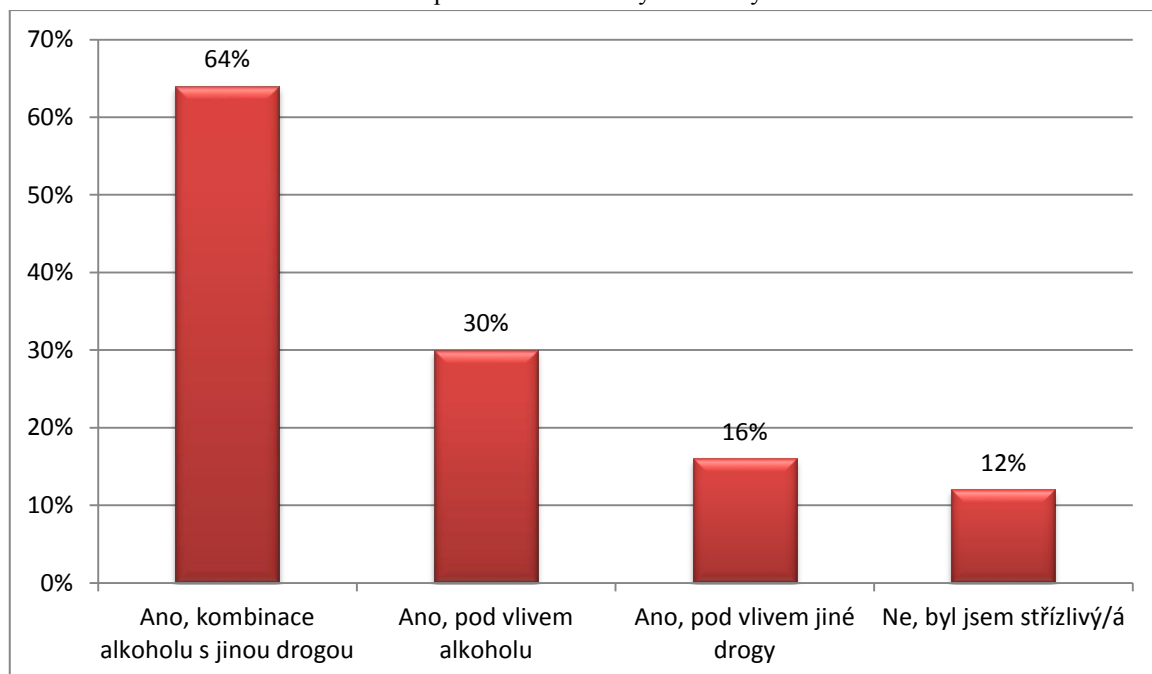
Další otázka se ptala, zda byl respondent v případě rizikového sexuálního chování pod vlivem nějaké návykové látky. Respondenti měli na výběr z několika možností, přičemž znovu mohli zakroužkovat více možností najednou. V případě, že respondent uvedl, že byl pod vlivem alkoholu s jinou drogou, mohl uvést, o jakou drogu šlo.

Výsledky ukázaly, že pouze 12 % respondentů se dopustilo rizikového sexuálního chování za „střízliva“ - tedy bez předchozího užití jakékoli návykové látky.

Naopak nejčastěji se respondenti chovali sexuálně rizikově pod vlivem návykových látek - celkem 64 % respondentů uvedlo kombinaci drogy s alkoholem. Pokud respondent vyplnil, o jakou drogu šlo, jednalo se především o pervitin, následně THC.

Pouze pod vlivem alkoholu se rizikového sexuálního chování dopustilo 30 % respondentů, pod vlivem jiné drogy (vyjma alkoholu) se rizikového sexuálního chování dopustilo 16 % respondentů. I v tomto případě šlo převážně o pervitin a následně THC.

Graf č. 19. Rizikové sexuální chování a předchozí užití návykové látky



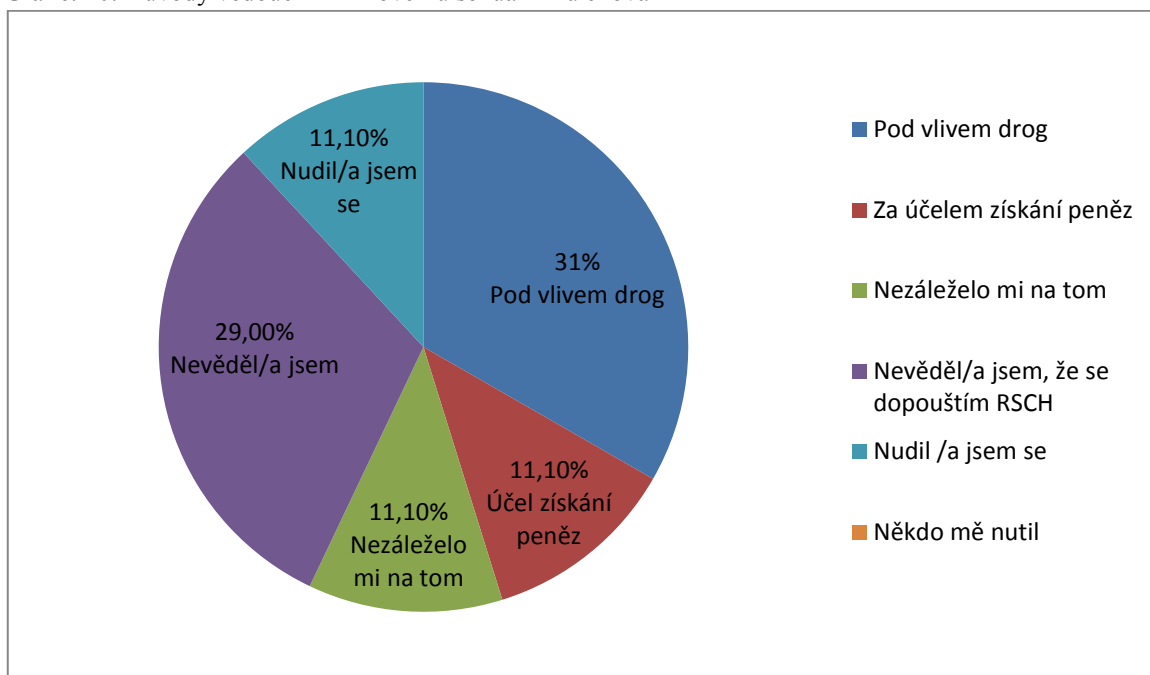
10. 3. Důvody vedoucí k rizikovému sexuálnímu chování u respondentů

Respondenti měli také odpovědět, za jakých okolností u nich došlo k rizikovému sexuálnímu chování. V nabídce bylo několik možností, respondenti mohli zakroužkovat více z nich.

Výsledky ukázaly, že za nejčastější důvody vedoucí k rizikovému sexuálnímu chování, respondenti považují fakt, že byli pod vlivem návykových látek (celkem 31 % respondentů). Celkem 29 % respondentů uvedlo, že nevěděli o tom, že se nějakého rizikového sexuálního chování právě dopouštějí. Srovnatelné jsou výsledky možnosti „Nezáleželo mi na tom, že se dopouštím rizikového sexuálního chování“, „Dopustil/a jsem se rizikového sexuálního chování za účelem získání peněz“ a „Nudil/a jsem se“. Všechny tři možnosti zvolilo celkem 11 % respondentů. Nikdo neuvedl, že by ho k rizikovému sexuálnímu chování nutil někdo další.

Níže jsou výsledky graficky zpracovány.

Graf č. 20. Důvody vedoucí k rizikovému sexuálnímu chování



Jak ukazuje graf číslo 18, mezi nejčastější důvody, které vedou klienty nízkoprahových služeb k rizikovému sexuálnímu chování, patří užívání (vliv) návykových látek a nevědomost toho, že se klient dopouští rizikového sexuálního chování.

Mezi další příčiny patří nuda či rizikové sexuální chování za účelem získání peněz, případně lhostejnost klientů.

Z dotazníků vyplývá, že v případě, že se respondent dopustil rizikového sexuálního chování pod vlivem nějaké návykové látky, jednalo se nejčastěji o nechráněný sex s náhodným partnerem.

Ti respondenti, kteří uvedli, že nevěděli o tom, že se právě dopouštějí rizikového sexuálního chování, se nejčastěji dopouštěli rizikových sexuálních praktik (somasochismus, nechráněný anální sex apod.).

11. Diskuze a závěry

Ačkoli je výzkumný soubor respondentů malý (celkem 50), složení odpovídá základnímu souboru. Výsledky, které tato práce přinesla, odpovídají očekávání, proto je možné považovat práci za pravdivou.

Výsledky výzkumu potvrzují, že nejčastější užívaná návyková látka mezi problémovými uživateli drog je pervitin. Respondenti v tomto výzkumu uváděli pervitin jako svou základní drogu celkem v 70 % případů. Klienti kontaktního centra v Českých Budějovicích, pak uvádí pervitin v 50 % případech, dle Mravčíka et al. (2017) uvádí pervitin jako svou primární drogu v České republice celkem cca 74 % problémových uživatelů drog.

Druhou návykovou látkou, kterou respondenti uváděli jako svou primární, byl alkohol (celkem 40 % respondentů), což podporuje fakt, že v tomto Kontaktním centru mírně stoupá počet uživatelů alkoholu. To může být dáno například dostupností této návykové látky- méně kvalitní alkohol jde sehnat velice levně a klienti, kteří jsou závislí na nelegálních návykových látkách, mohou v případě nedostatku financí na svou drogu sahat právě po alkoholu. Z vlastní zkušenosti z práce v kontaktním centru vím, že užívání alkoholu je velkým problémem a to nejen v celé České republice samotné- dle Kaliny a kol. (2015) je odhadem přes 300 000 lidí v ČR závislých na alkoholu- ale právě i mezi problémovými uživateli drog. Mnoho klientů uvádí jako svou primární drogu nelegální návykovou látku v kombinaci s alkoholem. V loňském roce uvedlo v kontaktním centru v Českých Budějovicích jako svou primární návykovou látku alkohol celkem 22 % klientů. Dle mého názoru by bylo vhodné začít zakládat nová kontaktní centra pouze pro uživatele alkoholu. Harm reduction v kontaktních centrech bývá zaměřeno převážně na nelegální drogy, na výměnu injekčních setů a podobně. Bylo by vhodné zaměřit více intervencí také právě na klienty, kteří jsou závislí na alkoholu.

Z provedeného výzkumu lze konstatovat, že naprostá většina respondentů se chová, nebo alespoň někdy v životě chovala, sexuálně rizikově. Pouze 3 respondenti uvedli, že se nikdy ve svém životě nedopustili žádného rizikového sexuálního chování. Lze vidět rozdíly v rizikovém sexuálním chování mezi obecnou populací a problémovými uživateli návykových látek.

V obecné populaci v České Republice je totiž poslední dobou viděn spíše pozitivní trend v oblasti rizikového sexuálního chování. Výzkum, zaměřený na sexuální chování obecné České populace, který je od roku 1993 prováděn každých pět let například uvádí, že celkem 88 % respondentů, kteří se výzkumu zúčastnili, použili při náhodné souloži prezervativ. Výsledky mezi klienty nízkoprahové adiktologické služby spíše ukazují na negativní trend v této oblasti.

Vůbec nejčastěji měli respondenti právě nechráněný sex, kterého se někdy v životě dopustilo celkem 86 % respondentů. Oproti výzkumu zaměřeným na rizikové sexuální chování u rekreačních uživatelů návykových látek, který byl proveden v roce 2016 na

českobudějovické taneční scéně, je četnost výskytu tohoto rizikového sexuálního chování u problémových uživatelů drog mírně vyšší. Ve zmíněném výzkumu se tehdy ukázalo, že se tohoto druhu rizikového sexuálního chování dopustilo 78 % respondentů.

Také promiskuity se někdy v životě dopustilo velké množství respondentů, celkem 80 % dotazovaných. Téměř 50 % z nich se bylo promiskuitních v posledním měsíci, což naznačuje, že četnost střídání partnerů u problémových uživatelů návykových látek je vysoká.

Ani rizikové sexuální praktiky nejsou u problémových uživatelů návykových látek navštěvujících nízkoprahové adiktologické služby výjimkou. Někdy v životě se jich dopustilo celkem 74 % respondentů.

Nejméně se respondenti uváděli komerční sex (sex za peníze či za drogy). Celoživotní prevalence komerčního sexu u dotazovaných je 42 %, přičemž nejčastěji šlo o uživatele pervitinu. Ženy se komerčního sexu dopouštěly daleko častěji než muži, celkem 57,8 % žen někdy v životě provozovalo komerční sex, u mužů tomu bylo v 32,2 procentech.

Tyto výsledky potvrzují, že je pervitin velmi často užíván v sexbyznysu, kvůli snížení zábran, zvýšení sebejistoty a zvýšené chuti na sex, ale také pro usnadnění komunikace mezi zúčastněnými (Žáková, 2010).

Z výzkumu lze zaznamenat také fakt, že v případě, kdy se respondent dopustil nějakého rizikového sexuálního chování, se tak většinou stalo opakovaně. Například opakovaný nechráněný sex mělo 41 z celkového počtu 43 respondentů. Podobné výsledky můžeme vidět také u častého střídání partnerů- promiskuity. Také rizikových sexuálních praktik či komerčního sexu se respondenti většinou dopouštěli opakovaně.

Výzkumná část této práce se zajímala také o rozdíly v rizikovém sexuálním chování mezi muži a ženami. Ukázalo se, že podíl nechráněného sexu a promiskuitního chování u mužů a u žen je téměř stejný. Rozdíly jsou však viděny v rizikových sexuálních praktikách, ale také především v komerčním sexu. Obou forem tohoto rizikového sexuálního chování se dopouštějí daleko více ženy. To podporuje hypotézy, že v sexbyznysu se pohybuje větší množství ženských těl, které si vydělávají svým tělem.

Také vzdělání hraje roli v rizikovém sexuálním chování u uživatelů nízkoprahových adiktologických služeb. Všechny formy rizikového sexuálního chování se nejméně dopouštěli vysokoškolsky vzdělaní respondenti, nejvíce respondenti, kteří jsou vyučeni.

Analýza, která se zajímala o sociální situaci respondentů (bydlení) ukázala, že nejsou velké rozdíly v rizikové sexuální oblasti u respondentů žijících na ulici a u respondentů žijících na squatu.

Menší pokles v podílu respondentů, kteří se chovají sexuálně rizikově (nechráněný sex, komerční sex a promiskuita), můžeme vidět u osob žijících v bytě (vlastním i cizím), u rodičů, či na ubytovně. Naopak tyto respondenti se nejčastěji dopouštějí rizikových sexuálních praktik.

Z výsledků výzkumu lze konstatovat, že užívání návykových látek a následné rizikové sexuální chování spolu souvisí. Respondenti, kteří se nějaké formy rizikového sexuálního chování dopustili, byli většinou pod vlivem nějaké návykové látky (nejčastěji kombinace alkoholu s jinou drogou).

Pouze 12 % respondentů uvedlo, že nebylo během rizikového sexuálního chování pod vlivem návykové látky.

Nejčastěji respondenti uváděli (celkem 64 %), že byli pod vlivem kombinace alkoholu s jinou drogou. Vůbec nejčastější návykovou látkou je tedy alkohol. Pokud respondent vyplnil, o jakou drogu šlo, jednalo se převážně o THC a pervitin. To odpovídá dřívějším výzkumům, které ukazují, že nejrizikovější droga v oblasti rizikového sexuálního chování je pravděpodobně pervitin, a to zejména díky zvýšenému sexuálnímu libidu po užití této látky a kreativitě při sexu. Všichni homosexuální respondenti jsou uživatelé pervitinu, většina bisexuálních respondentů uvádí též pervitin jako svou primární drogu (80 % respondentů). Tento fakt také podporuje, že uživatelé pervitinu mají vyšší sklon k homosexualitě (Žáková, 2010).

Také akutní účinky THC mají dle dostupných výzkumů vliv na zvýšenou sexuální touhu uživatele. Právě THC je považováno za afrodisiakum a může mít na následné rizikové chování též vliv (Doležalová Hrouzková, 2010). Uživatelé, kteří THC považují za svou primární drogu, mají v oblasti rizikového sexuálního chování též velký podíl. Pouze zanedbatelné množství respondentů uvedlo, že bylo pod vlivem opiátů. To podporuje fakt, že opiáty obecně sexualitu uživatele ovlivňují spíše negativně, zájem o sex jako takový u uživatelů upadá.

Tyto výsledky do jisté míry odpovídají teoriím o sexualitě a návykových látkách uvedené v teoretické části této práce.

Pouze pod vlivem alkoholu se dopustilo rizikového sexuálního chování 30 % respondentů. Tyto výsledky podporují fakt, že alkohol je častou užívanou látkou mezi problémovými uživateli drog a že má také vliv na následné rizikové chování. Pro porovnání opět uvádím výzkum, který byl proveden v roce 2016 mezi rekreačními uživateli drog. Tehdy se ukázalo, že právě alkohol má nejvyšší vliv na následné rizikové sexuální chování (celkem 49 % respondentů).

Pouze pod vlivem jiné návykové látky (vyjma alkoholu) se sexuálně rizikově chovalo 16% respondentů. I v takovém případě šlo o pervitin a THC.

Že mají návykové látky vliv na rizikové sexuální chování respondentů, dokazuje i fakt, že celkem 62 % respondentů uvedlo, že se nedopouštělo takového chování ještě předtím, než začalo návykové látky užívat. Dalších 53,3 % respondentů pak uvedlo, že se sexuálně rizikově chovalo až poté, co začalo navštěvovat nízkoprahové adiktologické služby- tedy pravděpodobně až poté, co se stali problémovými uživateli návykových látek.

Respondenti také měli odpovídat na otázku ohledně toho, jaké příčiny či souvislosti (případně důvody) je vedli k tomu, že se chovali sexuálně rizikově. Nejčastěji respondenti uváděli, že byli ovlivněni návykovou látkou (celkem 31 %).

Alarmující je ale také fakt, že celkem 29 % respondentů nevědělo, že se právě dopouští rizikového sexuálního chování. Nevědomost ohledně rizik během sexu tedy hrála v rizikovém sexuálním chování velkou roli. Je potřeba zaměřit více intervencí v oblasti bezpečného sexu v nízkoprahových adiktologických službách a to nejen brožurkami o bezpečném sexu, ale také například různými přednáškami či workshopy s klienty na toto téma. Nadpoloviční většina, celkem 56 % respondentů, nevyužívá služby distribuce prezervativů v kontaktním centru.

Považuji za nutné uvést, že tato práce může mít mnoho limitů. Jak uvádí Ferjenčík (2000), samotný výběr nástroje pro získání dat- dotazník- může být příčinou pro nižší věrohodnost těchto dat.

Ačkoli ve výzkumu nebyly zaznamenány dva totožné dotazníky, není zaručeno, že jeden a týž respondent nevyplnil více dotazníku. Nutné je brát v potaz také fakt, že většina návštěvníků nízkoprahových adiktologických služeb, je pod vlivem akutní intoxikace návykové látky. Právě tato skutečnost může mít do jisté míry negativní dopad na věrohodnost dotazníků.

Vzhledem k tomu, že se do výzkumu zapojilo pouze 50 respondentů, nemusí být práce reprezentativní pro většinu problémových uživatelů navštěvujících nízkoprahové adiktologické služby. Téma rizikového sexuálního chování je natolik důvěrné a intimní, že někteří respondenti mohli schválně pozměnit svou výpověď.

Navzdory všem možným limitům, které práce zajisté má, se opět ukazuje, že návykové látky a rizikové sexuální chování spolu úzce souvisí. Je potřeba klást na tuto problematiku větší důraz a více klienty nízkoprahových center informovat o rizicích s rizikovým sexuálním chováním spojených.

Rizikové sexuální chování samo o sobě může přinést velmi vážné zdravotní komplikace, natož pak mezi lidmi, kteří problémově užívají návykové látky a tím se vystavují negativním nejen zdravotním dopadům ještě častěji, než obecná populace.

Zdroje

Alkohol a drogy za volantem se nevyplácí. (2017). Retrieved March 1, 2018, from <http://www.ibesip.cz/>

Baierová, J. (2013). Sociální dopady prostituce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí bakalářské práce: Martina Hrušková.

Blaha, T. (2008). Lidská sexualita v kontextu akutní intoxikace konopnými drogami. In M. Miovský. (ed.). Konopí a konopné drogy: Adiktologické kompendium. 1. vyd. Praha: Grada Publishing.

Češka, R., Tesař, V., Dítě, P., Štulc, T. (2010). Interna. Praha: Triton.

Doležalová Hrouzková, A. (2010). Sexualita uživatelů marihuany. Praha: Univerzita Karlova v Praze. Vedoucí diplomové práce: Petr Weiss.

Drogy-Info. (n.d.). Retrieved February 20, 2018, from <http://www.drogy-info.cz/>

EMCDDA, & Institute for Therapy Research. (1998). Study to Obtain Comparable National Estimates of Problem Drug Use Prevalence for all EU Member States. Report No. EMCDDA Project (CT.97.EP.04). Lisboa/München: EMCDDA.

Ferjenčík, J. (2000). Úvod do metodologie psychologického výzkumu: Jak zkoumat lidskou duši. Praha: Portál.

Fürstová, M. (2016). Rizikové sexuální chování a rekreační užívání drog na českobudějovické taneční scéně: korelační studie. Praha: Univerzita Karlova v Praze. Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Jaroslav Vacek.

Hartl, P., Hartlová-Císařová, H. (2009). Psychologický slovník. Praha: Portál.

Hiv prevence. (n.d.). Retrieved March 7, 2018, from <http://www.hiv-prevence.cz>.

Hobstová, J., Minařík, J. (2003). Somatické komplikace a komorbidita 2 – infekční hepatitidy a AIDS. In Kalina, K. & Radimecký, J. (Eds.) Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup. Vyd. 1. Praha: Úřad vlády České republiky.

IHRA (2010). What is Harm reduction? A position statement from the International Harm reduction Association. London, UK: IHRA.

Jak provozovat bezpečnější sex: sexuální praktiky (n.d.). Retrieved March 3, 2018, from <http://www.rozkosbezrizika.cz/>

Janíková B. (2008). Harm reduction: časné intervence v nízkoprahových službách. In Kalina K., a kol., *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

Justinová, J., (2010). *Sexualita uživatelů návykových látek*. Praha: Univerzita Karlova v Praze. Vedoucí disertační práce: prof. PhDr. Petr Weiss Ph.D.

Kalina, K. a kol. (2001). *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Filia Nova.

Kalina, K. (2003). *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky.

Kalina K. et al. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

Kořínková, J. (2010). *Promiskuita adolescentů jako jeden z důsledků existencionální frustrace*. Brno: Masarykova univerzita v Brně. Vedoucí diplomové práce: Monika Šišláková.

Miovský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J., Novák, P. (2010). *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Tišnov: Sdružení SCAN.

Mravčík, V., et al., (2014). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2013*. Praha: Úřad vlády České republiky.

Mravčík, V., et al., (2017). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2016*. Praha: Úřad vlády České Republiky.

MKN-10 online prezentace. (n.d.). Retrieved March 2, 2018, from <http://www.uzis.cz/>

Nešpor, K. & Csémy, L. (1997). *Alkohol, drogy a vaše děti: Jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat a jak je zvládat*. Praha: BESIP.

Nešpor, K. (2011). *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál.

Pates, R. M. (2001). *A case of needle fixation*. Journal of substance use. Redcliffe Medical press.

Peterová, M. (2014). *Etika klinického výzkumu. Informovaný souhlas v klinickém hodnocení*. Praha: Univerzita Karlova v Praze. Vedoucí disertační práce: prof. PhDr. RNDr. Helena Haškovcová, CSc.

Syfilis. (n.d.). Retrieved March 3, 2018, from <http://www.pohlavni-nemoci-a-jejich-priznaky.cz>

Rhodes, T., Fitch, C., Stimson, G. (2002). *SEX-RAR Guide: The rapid assessment and response guide on substance use and sexual risk behaviour*. Geneva: World Health Organization.

Salvová, D., (2009). *Problematika neplánovaného těhotenství u drogově závislých žen*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí diplomové práce: MUDr. Kvetoslava Kotrbová, Ph.D.

Sklenář, O. (2014). *Závislost na jehle u injekčních uživatelů drog v ČR*. Praha: Univerzita Karlova v Praze. Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Josef Radimecký, Ph.D., MSc.

Stronach, B. (2003). Alcohol and harm reduction. In E. Buning, M. Gorgulho, A. G. Melcop & P. O'Hare (Eds.), *Alcohol and harm reduction, an innovative approach for countries in transition* (pp. 27-33). Amsterdam: The International Coalition on Alcohol and Harm Reduction.

Sussman S., Lisha N., Griffiths M., (2011). *Prevalence of the Addictions: A Problem of the Majority or the Minority?* California: University of Southern California.

Štork, J, et al. (2008). *Dermatovenerologie*. Praha: Galén.

Tart, CH. T. 1978. *Sex, Drugs and Altered States of Consciousness* [online]. 1978, nepublikováno. Dostupné z: http://www.paradigmsys.com/ctt_articles2.cfm?id=70.

Vavrinčíková, L. (2012). *Harm reduction a alkohol*. Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga.

Ventura, V. (2015). *Alternativní způsoby aplikace u injekčních uživatelů drog*. Praha: Univerzita Karlova v Praze. Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Barbara Janíková

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

Přílohy

Příloha č. 1- Dotazník použitý ve výzkumu

Dobrý den, jmenuji se Martina Fürstová a jsem studentkou 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze, obor Adiktologie. V současné době píši diplomovou práci na téma: **Rizikové sexuální chování u problémových uživatelů návykových látek**. Prosím vás tedy o vyplnění přiloženého dotazníku zaměřený na toto téma. Vyplnění dotazníku je zcela **anonymní a dobrovolné**. Vyplněním dotazníku tedy souhlasíte s účastí ve výzkumu. Informace vycházející z dotazníku budou použity pouze ke zpracování diplomové práce, poté budou data skartována. Děkuji.

1. Pohlaví: žena x muž

2. Věk (číslice v letech):

3. Vzdělání (zakroužkujte) -

1. Základní
2. Vyučený/ á
3. Středoškolské
4. Vysokoškolské

4. Bydlení (zakroužkujte)-

1. Bez domova/ na ulici
2. Squat
3. Vlastní byt (i pronajatý)
4. Cizí byt
5. Ubytovna (hotel)
6. Doma (u rodičů)
7. Jiné:

5. Sexuální orientace (zakroužkujte)-

1. Heterosexualita
2. Homosexualita
3. Bisexualita

6. Základní droga (je možné zakroužkovat více odpovědí):

1. Pervitin a jiné stimulanty
2. Alkohol
3. Konopí
4. Opiáty legálně (substituční léčba)
5. Opiáty nelegálně (subutex, vendal, heroin atd.)
6. Prchavé látky (toluen atd.)
7. Benzodiazepiny (př. Diazepam, Rivotril)
8. Jiné:

7. Způsob užití drogy (je možné zakroužkovat více odpovědí):

1. Nitrožilní
2. Šňupání
3. Kouření
4. Ústní (př. kapsle)
5. Jiné:

8. Dopustil/a jste se někdy rizikového sexuálního chování? (Zaškrtněte u každé možnosti, zda a popřípadě kdy jste se takového chování dopustil/a)

| Rizikové chování | Nikdy | Ano, v posledním měsíci | Ano, v posledních 12 měsících | Ano, někdy dříve v životě |
|---|-------|-------------------------|-------------------------------|---------------------------|
| Nechráněný sex při náhodné známosti | | | | |
| Sex za peníze (příp. drogy) | | | | |
| Rizikové sexuální praktiky (př. anální sex, sadomasochismus, skupinový sex) | | | | |
| Časté střídání sexuálních partnerů | | | | |

9. Jak často (pokud vůbec) jste se dopouštěl/a rizikového sexuálního chování? (Vyplňte pouze v případě, jestli jste se někdy takového chování dopustil/a)

| Rizikové chování | Vícekrát | Pouze jednou v životě | Nikdy |
|---|----------|-----------------------|-------|
| Nechráněný sex při náhodné známosti | | | |
| Sex za peníze (příp.za drogy) | | | |
| Rizikové sexuální praktiky (př. anální sex, sadomasochismus, skupinový sex) | | | |
| Časté střídání sexuálních partnerů | | | |

10. Pokud jste se někdy nějakého rizikového sexuálního chování dopustil/a, byl/a jste pod vlivem nějaké drogy či alkoholu? (Zakroužkujte, je možné zakroužkovat více odpovědí):

1. Ano, byl/a jsem pod vlivem alkoholu
2. Ano, kombinoval/a jsem alkohol s jinou drogou (doplň s jakou):
3. Ano, byla jsem pod vlivem nějaké drogy (doplň jaké):
4. Ne, byl/a jsem střízlivý/á
5. Ne, žádného rizikového sexuálního chování jsem se nikdy nedopustil/a

11. Za jakých okolností u vás došlo k rizikovému sexuálnímu chování? (je možné zakroužkovat více odpovědí)

1. Byl/a jsem pod vlivem alkoholu/ drog
2. Dopustil/a jsem se rizikového chování za účelem získání peněz/ drog
3. Nezáleželo mi na tom, že se dopouštím rizikového chování
4. Nevěděl/a jsem, že se dopouštím rizikového sexuálního chování
5. Nudil/a jsem se, baví mě to
6. Někdo mě k tomu nutil
7. Vedly mě k tomu jiné příčiny

12. Dopouštěl/a jste se rizikového sexuálního chování ještě před tím, než jste začal/a navštěvovat kontaktní centrum nebo využívat služeb streetworkerů?

Zakroužkujte: Ano x Ne

13. Dopouštěl/a jste se rizikového sexuálního chování ještě předtím, než jste začal/a užívat drogy? (Před první zkušeností s drogou?)

Zakroužkujte: Ano x Ne

14. Využíváte nabídky distribuce prezervativů v terénu nebo v kontaktním centru?

Zakroužkujte: Ano x Ne

