

Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie

ID studijního oboru: B5345



Bc. Filip Staš, DiS.

Užívání benzodiazepinů mezi klienty harm reduction programů

SEMIRAMIS z.ú.: dotazníkové šetření

Benzodiazepine use amongst clients in harm reduction programs of SEMIRAMIS z.ú:

questionnaire survey

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce:

Mgr. Jaroslav Vacek, Ph.D.

Praha, 2021

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracoval samostatně a že jsem řádně uvedl a citoval 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, 17.4.2021

Bc. Filip Staš, DiS.

.....

Identifikační záznam:

STAŠ, Filip. *Užívání benzodiazepinů mezi klienty harm reduction programů SEMIRAMIS z.ú.: dotazníkové šetření [Benzodiazepine use amongst clients in harm reduction programs of SEMIRAMIS z.ú.: questionnaire survey]*. Praha, 2021, 58 s., 2 přílohy, 26 grafů, 2 tabulky. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika Adiktologie. Vedoucí práce Mgr. Jaroslav Vacek, Ph.D.

Poděkování:

Děkuji Mgr. Jaroslavu Vackovi, Ph.D. za vedení této bakalářské práce. Dále chci poděkovat vedoucímu terénního programu a kontaktního centra SEMIRAMIS z.ú. Ondřeji Šulcovi, DiS. za umožnění provedení výzkumu a všem pracovníkům z těchto programů, kteří se na něm podíleli, moc si toho vážím. V neposlední řadě děkuji své partnerce za vytrvalou podporu při psaní této práce a všem svým blízkým za trpělivost a podporu v průběhu mého studia.

Abstrakt

VÝCHODISKA: Nadužívání psychoaktivních léků vykazuje v České republice až 900 tis. lidí, benzodiazepiny (dále jen BZD) s obsahem alprazolamu nadužívá až 270 tis. lidí. Jedná se o dlouhodobě skrytý a neřešený problém, který se týká i lidí užívajících drogy rizikově.

CÍLE: Cílem této práce je popsat výskyt užívání benzodiazepinů mezi lidmi užívajícími drogy rizikově z řad klientů terénního programu a kontaktního centra SEMIRAMIS z.ú. K jeho naplnění byly formulovány výzkumné otázky, které se zaměřovaly na oblasti míry užívání, zdrojů BZD, vzorců jejich užívání, výskytu rizikového užívání BZD a znalosti rizik s nimi spojených.

METODY: Pro sběr a zpracování dat byl použit kvantitativní výzkum s využitím standardizovaného dotazníku. Výběrový soubor tvořilo 79 respondentů z řad klientů výše zmíněných programů vybraných metodou samovýběru a výběru úsudkem. Získaná data byla zpracována s využitím kódování, kvalitativní data z otevřených otázek byla podrobena základní kvalitativní analýze. Setříděná data byla následně analyzována a vzájemně porovnávána pomocí popisně-statistických metod.

HLAVNÍ VÝSLEDKY: Celoživotní prevalence užití benzodiazepinů činila 67 %, v posledním roce užilo BZD 37 % respondentů. Denně či alespoň jednou týdně je užívá 31 % dotazovaných. Nejčastěji užívaný byl Rivotril. 44 % respondentů získávalo BZD od lékaře/ů, z nich zároveň 85 % je získává i z jiných zdrojů, nejčastěji od známých či z černého trhu. Většina respondentů užila BZD pouze perorálně (66 %), 21 % mělo zkušenost i s jejich intravenózní aplikací. 81 % dotazovaných mělo zkušenost se současným užitím BZD s jinou návykovou látkou, z nich 56 % takto užívá pravidelně. Nejčastěji kombinovali BZD s pervitinem či s alkoholem. 61 % dotazovaných uvedlo negativní zážitky spojené s užitím BZD, příznaky odvykacího stavu po odnětí BZD zaznamenalo 22 %. Žádná rizika spojená s užíváním BZD neznalo nebo neuvedlo 30 % dotazovaných, 51 % uvedlo 1 riziko, 19 % znalo 2 a více. Pouze třetinu dotazovaných někdo informoval o rizicích spojených s užíváním BZD.

ZÁVĚR: Hlavním zjištěním práce byla především vysoká prevalence užívání BZD a nízká míra informovanosti o rizicích mezi respondenty. Z tohoto důvodu autor doporučuje ve vyšší míře mapovat užívání BZD mezi klienty z řad lidí rizikově užívajících drogy a důsledněji je o rizicích spojených s BZD informovat.

Klíčová slova:

benzodiazepiny; problémové užívání drog; nízkoprahové služby; kvantitativní výzkum; zneužívání psychoaktivních léků

Abstract

BACKGROUND: Abuse of psychoactive drugs shows up to 900 thousand people in Czech Republic, benzodiazepine (further referred as BZD) alprazolam abuse up to 270 thousand people. This is a long-hidden and unresolved problem that also affects people who use drugs.

AIMS: The aim of this work is to describe the occurrence of benzodiazepine use among the clients of outreach program and contact center SEMIRAMIS z.ú. To fulfill it, research questions were formulated with focus on prevalence of use, sources of BZD, patterns of their use, the occurrence of risk use of BZD and knowledge of the risks associated with BZD use.

METHODS: Quantitative research using a standardized questionnaire was used for data collection and processing. Sample consisted of 79 respondents from clients of the above-mentioned programs using the method of self-selection and selection by judgment. The obtained data were processed using coding, qualitative data from open questions were subjected to basic qualitative analysis. Sorted data were then analyzed and compared using descriptive-statistical methods.

MAIN RESULTS: Lifetime prevalence of benzodiazepine use was 67 %, in the last year 37 % of respondents used BZD. 31 % of respondents use them daily or at least once a week. The most commonly used was Rivotril. 44 % of respondents obtained BZD from doctors, of which 85 % also obtained it from other sources, most often from acquaintances or the black market. Most respondents used BZD only orally (66 %), 21 % had experience with their intravenous use. 81 % of respondents had experience with concurrent use of BZD with another drug, of which 56 % use them this way regularly. Respondents most often combined BZD with methamphetamine or alcohol. 61 % of respondents reported negative experiences related to the use of BZD, 22 % experienced symptoms of withdrawal after ceasing their use. 30 % of respondents did not state any risks associated with the use of BZD, 51 % stated 1 risk, 19 % knew 2 or more. Only a third of the respondents were informed by someone about the risks associated with the use of BZD.

CONCLUSION: The main findings of the work were high prevalence of BZD use and low level of awareness about their risks among respondents. For this reason, author recommends to increase focus on mapping BZD use among people who use drugs and to inform them more consistently about the associated risks.

Key words:

benzodiazepines; problem drug use; low threshold services; quantitative research; abuse of psychoactive drugs

Obsah

Seznam zkratk	2
1. Úvod	3
2. Benzodiazepinová psychofarmaka	4
2.1 Indikace benzodiazepinů	4
2.2 Rozdělení benzodiazepinů	5
2.3 Kontraindikace benzodiazepinů	6
2.4 Lékové interakce	6
2.5 Přehled benzodiazepinů	6
2.6 „Nové“ benzodiazepiny	8
3. Rizika užívání benzodiazepinů	9
3.1 Nežádoucí účinky	9
3.2 Akutní intoxikace a předávkování benzodiazepiny	10
3.3 Závislost, odvykací stav	11
3.4 Gravidita a laktace	12
3.5 Rizika specifická pro uživatele drog	13
4. Užívání benzodiazepinů mezi lidmi užívajícími drogy rizikově	15
4.1 Definice (zne)užívání léků	15
4.2 Aktuální epidemiologická situace	15
4.3 Vzorce užívání benzodiazepinů mezi LDR	16
4.4 Zdroje benzodiazepinů mezi LDR	18
4.5 Zdravotní gramotnost a rizikové chování	19
5. Harm reduction programy SEMIRAMIS z.ú.	20
6. Výzkumná část	21
6.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky	21
6.2 Metodologie	21
6.3 Etické aspekty výzkumu	23
6.4 Časový harmonogram a personální zabezpečení výzkumu	23
6.5 Výsledky	23
6.6 Diskuze	43
6.7 Závěr	47
Citovaná literatura	49
Přílohy	54

Seznam zkratk

ATC	Anatomicko-terapeuticko-chemická klasifikace léčiv
BZD	Benzodiazepiny (alternativně BDZ/BZ)
CNS	Centrální nervová soustava
EMCDDA	Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti
EWS	Evropský včasný varovný systém
GABA	Kyselina gama-aminomáselná
I.V	Intravenózní aplikace
KC	Kontaktní centrum
LDR	Lidé užívající drogy rizikově
NMS	Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti
NREM	Non-rapid eye movement
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
REM	Rapid eye movement
TP	Terénní program
VHC	Virová hepatitida typu C

1. Úvod

Dne 27. října 2020 proběhla národní konference Psychoaktivní léky 2020, která se věnovala problematice zneužívání psychofarmak v České populaci. Podle odhadů nadužívá léky v ČR zhruba 900 tisíc lidí, z toho 270 tisíc benzodiazepin alprazolam (Úřad vlády České republiky, 2020).

Zneužívání psychoaktivních léků se zároveň poprvé objevuje v Národní strategii prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním na roky 2019-2027. V dokumentu je popsáno jako dlouhodobě skrytý a neřešený problém. Cílem strategie je zvýšit informovanost odborné i laické veřejnosti o rizicích psychoaktivních léků a posílit využívání regulačních nástrojů pro kontrolu spotřeby léčivých přípravků (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2019, stránky 13-26).

V akčním plánu výše zmínění národní strategie pro období 2019–2021 jsou definovány konkrétní aktivity k naplnění těchto cílů, včetně zmapování situace v oblasti nadužívání psychoaktivních léčivých přípravků (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2019, str. 55).

Kromě běžné populace se problém zneužívání psychofarmak vyskytuje i mezi lidmi užívajícími drogy rizikově. Na výše zmíněné konferenci byl představen příspěvek prezentující aktuální epidemiologické údaje, včetně dat ze studie Multiplikátor 2019 prováděné mezi klienty nízkoprahových zařízení. Podle této studie benzodiazepiny v posledních 12 měsících užilo 22,6 % respondentů, 2,7 % pak uvedlo benzodiazepiny jako svou primární drogu (Mravčík, Chomynová, & Grolmusová, 2020).

Práce má za cíl zmapovat užívání benzodiazepinových psychofarmak mezi lidmi užívajícími drogy rizikově z řad klientů terénního programu a kontaktního centra organizace SEMIRAMIS z.ú. Důvodem k provedení tohoto výzkumu je i častý kontakt pracovníků této organizace (jímž je i autor této práce) s klienty, kteří vykazují známky intoxikace benzodiazepiny nebo jejich užívání uvádějí.

Práce je rozdělena na dvě části. Teoretická část podává přehled základních informací o problematice a definuje klíčové pojmy. Praktickou část tvoří samotný výzkum mezi klienty zmíněné organizace.

2. Benzodiazepinová psychofarmaka

První objevený benzodiazepin byl chlórdiazepoxid v roce 1955, do praxe byl uveden v roce 1960 k léčbě úzkosti a nespavosti. Krátce poté v roce 1963 jej následoval diazepam (Schmitz & PharmD, 2016, str. 1). Za necelých 10 let od zavedení do praxe ovládly benzodiazepiny 90 % trhu, kterému do té doby dominovaly barbituráty. Po další zhruba dekádě začalo být obecně akceptováno, že mají množství rizik a byl postupně vyvrácen původní předpoklad, že jsou nenávykové (Ford & Law, 2020, stránky 14-15).

Benzodiazepiny tvoří skupinu látek, které mají anxiolytické, hypnotické/sedativní, myorelaxační a antikonvulzivní působení. Dříve byly označovány také jako „malé trankvilizéry (Kalina & al., 2001, str. 21). Jedná se o farmakologickou skupinu, která má z hlediska frekvence poruch souvisejících s jejich užíváním celosvětově největší význam (Raboch, Zvolský, & al., 2001, str. 210).

Mechanismus účinku benzodiazepinů spočívá v jejich vazbě na specifické benzodiazepinové receptory v CNS. Tyto receptory jsou spojené v jeden komplex s GABA_A receptory a chloridovými kanály. Pokud GABA (kyselina gama-aminomáselná) obsadí GABA receptor, otevřou se chloridové kanály a vnikající chloridové ionty sníží elektrický potenciál membrány buňky, čímž se stane méně excitovatelnou. Benzodiazepiny toto otevírání chloridových kanálů potencují (Švestka & al., 1995, str. 121).

Jejich výhodou je výborná, prakticky 100% biologická dostupnost při perorálním užití, vysoká lipofilie jim dále umožňuje snadno prostupovat hematoencefalickou membránou, což umožňuje rychlý nástup účinku (Ramešová, 2006, str. 21)

2.1 Indikace benzodiazepinů

2.1.1 Benzodiazepinová anxiolytika

Představují nejdůležitější typ anxiolytik pro svou vysokou a značně specifickou účinnost, relativně nízké riziko předávkování a drogové závislosti. Proto jsou nejvíce předepisovanou a zároveň také nadužívanou skupinou psychofarmak (Švestka & al., 1995, str. 121).

Vývoj tolerance k anxiolytickému účinku se u nich obvykle nevyskytuje (na rozdíl od rozvoji tolerance k účinkům sedativním, myorelaxačním a antikonvulzivním). Není tedy nutné zvyšovat v této indikaci jejich dávky. Po předešlém dlouhém užívání benzodiazepinů či alkoholu (vlivem zkřížené tolerance) však může být zapotřebí zvýšení užívaného množství (Bouček & Pidrman, 2005, str. 19).

Benzodiazepinová anxiolytika se předepisují u úzkostných, úzkostně-fobických a smíšeně úzkostných poruch, u úzkosti či neklidu při akutní psychické reakci na stres, posttraumatické stresové poruše a insomnii. V závislosti na konkrétní indikaci je jejich podávání omezeno od 3-7 dnů u psychických reakcí na stres, 4-6 týdnů při jiných úzkostných

stavech a insomnii až po 12-16 týdnů při generalizované úzkostné poruše a panické poruše (Raboch, Zvolský, & al., 2001, str. 414)

2.1.2 Benzodiazepinová hypnotika

Benzodiazepinová hypnotika jsou indikována u poruch spánku, zvláště způsobených tenzí a anxiétou. Navozují spánek, který se však od fyziologického liší v několika ohledech, například ovlivněním NREM a REM fází spánku. Často se však při jejich užívání objevuje zvýšená ranní somnolence a únavnost (Švestka & al., 1995, str. 57). Subjektivně zvyšují kvalitu spánku, přestože překvapivě prodlužují spánek v průměru jen o 1 hodinu. Narušením architektury fyziologického spánku dochází k negativnímu vlivu na krátkodobou paměť a na tvorbu trvalých paměťových stop (Raboch, Zvolský, & al., 2001, str. 405).

2.1.3 Další indikace benzodiazepinů

Dalšími indikacemi benzodiazepinů jsou abstinenční syndromy při závislosti na alkoholu či barbiturátech; epilepsii a konvulzích jiné než epileptické etiologie. Do této skupiny se řadí i klonazepam (např. Rivotril), který je zároveň veden i jako anxiolytikum a indikuje se u záchvatovitých onemocnění zejména v kombinacích léků (Bouček & Pidrman, 2005, str. 23).

Dále se využívají při algických syndromech; premedikaci v anestezii a při krátkodobých bolestivých výkonech (např. kardioverze), kde se využívá jejich amnestického působení (Švestka & al., 1995, str. 123)

2.2 Rozdělení benzodiazepinů

Benzodiazepiny lze dělit podle různých kritérií, z nich podle Švestky a kolektivu (1995, str. 123) se jako klinicky nejužitečnější jeví rozdělení podle jejich biologického poločasu na tři skupiny: s dlouhým vylučovacím poločasem (>20 hodin), středním (12-19 hodin) a krátkým (<12 hodin). Benzodiazepiny s dlouhým poločasem se mohou kumulovat v organismu a působit následující den sedaci. Závislost na ně vzniká méně často (u 1-3 % léčených) a vysazení doprovází méně výrazné abstinenční příznaky. Jsou vhodné při potřebě dlouhodobé stabilní koncentrace za účelem anxiolytického a antikonvulzivního působení (Raboch, Zvolský, & al., 2001, str. 416).

Dle Rabocha a Zvolského (2001, str. 416) nemají benzodiazepiny s krátkým vylučovacím poločasem výše zmíněná negativa, jsou však zatíženy vyšším rizikem vzniku závislosti (5-10 %) a vyvolávají často poruchy paměti a kognice. Při jejich vysazení po dlouhodobém užívání se rychleji rozvíjí intenzivní abstinenční syndrom a rebound fenomén (viz kapitola 3.1.3). Preparáty se středně dlouhým vylučovacím poločasem stojí mezi oběma skupinami.

Dalším používaným kritériem je způsob jejich metabolizace. Nejčastější je oxidativní metabolizace v játrech. Druhou vylučovací metodou je konjugace, glukuronidizace a následně exkrece ledvinami, což je výhodnějších u pacientů s jaterní dysfunkcí (Švestka & al., 1995, stránky 123-124).

Benzodiazepinová anxiolytika se dále dělí podle intenzity jejich hypnosedativního účinku, nízká je např. u alprazolamu, vysoká naopak u diazepamu (Raboch, Zvolský, & al., 2001, str. 416). Ford a Law (2020, stránky 17-18) rozlišují benzodiazepiny také podle rychlosti jejich účinků, což závisí na míře jejich rozpustnosti v tucích. Léky, které se rychle rozpouštějí v tucích (např. diazepam) mají rychlý nástup účinků na centrální nervovou soustavu, zároveň jsou proto obecně spojovány s vyšším potenciálem pro zneužívání. Oproti tomu například léky s obsahem alprazolamu s prodlouženým uvolňováním jsou spojeny s nižší mírou zneužívání než běžná forma. Zároveň někteří uživatelé pro urychlení nástupu účinku prášky rozpouští a aplikují intravenózně (Quinn, Wodak, O., & Richard, 1997).

2.3 Kontraindikace benzodiazepinů

K hlavním zdravotním kontraindikacím benzodiazepinů patří zejména přecitlivělost na jejich účinné látky, myasthenia gravis, spánková apnoe a chronická respirační insuficience, míšňní a mozečková ataxie a těžká dysfunkce jater, krom benzodiazepinů vylučovaných ledvinami (Raboch, Zvolský, & al., 2001, str. 415).

K dalším kontraindikacím patří gravidita a laktace; akutní intoxikace alkoholem, hypnotiky, analgetiky a psychofarmaky a látkami s tlumivým efektem na CNS. Dále by se neměly předepisovat v ambulantních podmínkách při závislosti na návykových látkách v anamnéze (Bouček & Pidrman, 2005, str. 24).

2.4 Lékové interakce

Mezi nejzásadnější patří interakce benzodiazepinů s jinými látkami působícími tlumivě na CNS, se kterými dochází k aditivnímu působení. Jde zejména o alkohol, a opioidy, které jsou zvláště popsány v části 3.2. Dále se může jednat o různá antikonvulziva, fenothiaziny, antihistaminika, antihypertenziva, tricyklická antidepresiva a jiná sedativa či hypnotika (Ramešová, 2006, str. 25)

Chinolonová antibiotika mohou u osob s fyzickou závislostí na benzodiazepinech vyvolat odvykacích stav, pravděpodobně jejich vytlačení z vazebných míst na GABA receptorech (McConnell, 2008, stránky 365-366).

Disulfiram (např. Antabus) inhibuje metabolismus benzodiazepinů, čímž se prodlouží jejich eliminační poločas a zvýší sedativní účinek. Podobně antimykotika a další inhibitory cytochromu P450 vedou ke snížení eliminace benzodiazepinů a zvýšení jejich účinků (Ford & Law, 2020, stránky 76-77).

Dle Forda a Lawa (2020, str. 77) mohou některé látky naopak indukci cytochromu P450 snižovat metabolizaci benzodiazepinů a snižovat tak jejich účinnost. Patří mezi ně např. třezalka tečkovaná a antiepileptika karbamazepin, fenobarbita a fenytoin.

2.5 Přehled benzodiazepinů

Následující tabulka 1 podává přehled o benzodiazepinech aktuálně dostupných v České republice. Zdrojem dat je online databáze léků Státního ústavu pro kontrolu léčiv

(10.11.2020) z ACT skupin N03A (antiepileptika), N05B (anxiolytika) a N05C (hypnotika).
Doplňené jsou o charakteristiky podle Boučka, Pidrmana (2005, str. 20) a Rabocha, Zvolského (2001, stránky 406, 418).

Tabulka 1 Přehled a charakteristika benzodiazepinů

Generický název	Firemní název	Základní indikace	Rychlost účinku*	Denní dávky**	Poločas účinku (h)	intenzita hypnosedace
alprazolam	Alprazolam; Alprox; Frontin;; Helex Retard, Neuro; Xanax	úzkost	rychlý	0,75-4	12-15	minimální
bromazepam	Bromazepam; Lexaurin	úzkost	střední	3-12	12	středně silná
cinolazepam	Gerodorm	nespavost	rychlý	20-40	5-7	silná
diazepam	Apaurin (i.v.); Diazepam	úzkost nospavost	velmi rychlá	2-20	24-72	velmi silná
chlordiazepoxid	Elenium	úzkost	rychlý	20-100	20-80	slabá
klobazam	Frisium	úzkost	střední	20-80	12-60	slabá
klonazepam	Rivotril 0,5 mg/ 2 mg; Rivotril kapky 2,5 ml	epilepsie, panická porucha	střední	1-6	34	středně silná
lorazepam	Temelor (i.v.)	Anestezie úzkost	-	2-4	12-16	silná
medazepam	Ansilan	úzkost, nospavost	střední	10-30	29	středně silná
midazolam	Dormicum; Midazolam;	nospavost	velmi rychlá	7,5-15	4	silná
oxazepam	Oxazepam	úzkost	střední	30-120	4-20	slabá
tofisopam	Grandaxin	neuróza	rychlá	100-200	6	velmi slabá

* při perorálním užití

** pro dospělé v mg

2.6 „Nové“ benzodiazepiny

Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (EMCDDA) podle aktuální výroční zprávy (2020, stránky 46-47) eviduje prostřednictvím včasného varovného systému (EWS) v posledních letech zvýšení množství, typů a dostupnosti nových psychoaktivních drog, které spadají do kategorie benzodiazepinů. EMCDDA aktuálně monitoruje 30 nových benzodiazepinů, z nichž 21 bylo poprvé v Evropě detekováno od roku 2015. V roce 2018 eviduje téměř 4700 záchytů těchto nových benzodiazepinů v celkovém množství 1,4 milionu tablet, 1,3 litru tekutin a téměř 8 kg ve formě prášku. V období 2008-2018 tvoří tyto nové benzodiazepiny 12 % všech ohlášených záchytů v rámci EWS. Např. ve Skotsku je podle zprávy rozšířená ilegální výroba falešných tablet napodobujících tablety diazepam, slangově nazývané „street Valium“, které obsahují různé nové či nekontrolované benzodiazepiny.

Kromě využívání zavedených drogových trhů se vyskytuje také prodej benzodiazepinů v online prostředí (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2020, stránky 46-47). V Česku tento fenomén potvrzuje i Národní protidrogová centrála (NPC), která v aktuální výroční zprávě za rok 2019 popisuje stále častější zneužívání léčiv ze skupiny benzodiazepinů, které jsou prostřednictvím internetu nabízeny bez lékařského předpisu a často jsou padělky (Národní protidrogová centrála SKPV PČR, 2020, stránky 52-86).

3. Rizika užívání benzodiazepinů

V první podkapitole jsou popsány běžné nežádoucí účinky benzodiazepinů, méně časté potíže spojené s krátkodobým užíváním a dále nežádoucí účinky typické především pro dlouhodobé užívání. V dalších podkapitolách jsou popsána rizika plynoucí z užívání vysokých dávek benzodiazepinů, rizikové interakce s dalšími látkami, problematika závislosti a odvykacího stavu po jejich odnětí a rizika v těhotenství.

3.1 Nežádoucí účinky

Nejčastěji se při užívání benzodiazepinů objevuje zvýšená únavnost a denní ospalost, což může způsobovat problémy u činností vyžadujících zvýšenou pozornost, v této souvislosti se popisuje až 5x vyšší riziko dopravních nehod způsobených pacienty léčenými benzodiazepiny (Švestka & al., 1995, str. 125).

Méně časté nežádoucí účinky zahrnují přechodnou hypotenzi, hyperpyrexii, gastrointestinální potíže a zřídka se může objevit gynekomastie či galaktorea (Raboch, Zvolský, & al., 2001, str. 417).

Po intravenózní aplikaci diazepamů se může objevit lokální podráždění cév až tromboflebitidy (Bouček & Pidrman, 2005, str. 24)

3.1.1 Vliv na paměť

Benzodiazepiny mají negativní vliv na paměť, což se výrazněji projevuje při dlouhodobém užívání. Po podání benzodiazepinů se může objevit anterográdní amnézie, která se častěji dostavuje při intravenózní aplikaci a někdy se využívá i terapeuticky (Švestka & al., 1995, str. 126). Po vysazení benzodiazepinů jejich negativní vliv na paměť a učení beze zbytku vymizí (Raboch, Zvolský, & al., 2001, str. 417). Narušení paměti na přechodně dlouhou dobu (globální tranzitorní amnézie, „okno“) může způsobit potíže v sociálním fungování (Ford & Law, 2020, str. 26).

3.1.2 Paradoxní desinhibice

Benzodiazepiny mohou způsobit uvolnění agrese a vzteku, tzv. paradoxní desinhibici, podobně jako po užití alkoholu (Raboch, Zvolský, & al., 2001, str. 417). Nejčastěji se vyskytuje u úzkostných a agresivních jedinců. Při užívání vysokých dávek benzodiazepinů mohou být rovněž jejich uživatelé euforičtí, ztrácet zábrany a uchylovat se až k mimořádně odbrzděnému a někdy pro konkrétního jedince netypickému chování (napadání kolemjdoucích, krádeže, jiné kriminální chování). Popsaný je „Rambo syndrom“, kdy se uživatelé cítí nezranitelní, neporazitelní až „neviditelní“ (Ford & Law, 2020, str. 27).

3.1.3 Rebound fenomén

Při náhlém vysazení především krátce a střednědobě působících benzodiazepinů se může dostavit/znovuobjevit úzkost, neklid, strach, nespavost, epileptické záchvaty či znovuobjevení se původní psychopatologie (Raboch, Zvolský, & al., 2001, str. 417). Tyto

příznaky vystupují rychle, za krátký čas ale vymizí, čímž se liší od příznaků původní choroby. Nutné je také odlišit případné abstinenční příznaky po odnětí benzodiazepinů popsané níže, které se liší tím, že nebyly přítomny před jejich užíváním (Bouček & Pidrman, 2005, str. 25).

3.1.4 Amotivační syndrom a deprese

Benzodiazepiny mohou u některých jedinců vyvolat apatii a nechuť k samostatnému řešení problémů, tzv. amotivační syndrom. Ten může přetrvávat i měsíce po vysazení těchto léků (Bouček & Pidrman, 2005, str. 24).

Při delším užívání benzodiazepinů se může také objevit deprese, popřípadě zhoršit již existující porucha, pravděpodobně v důsledku vlivu na produkci serotoninu, noradrenalinu a dalších neuromediátorů. Tyto potíže zpravidla ustoupí do jednoho roku od vysazení léčiva (Ford & Law, 2020, str. 26).

3.2 Akutní intoxikace a předávkování benzodiazepiny

Intoxikace benzodiazepiny se podobá opilosti, dochází při ní k celkovému útlumu, únavě, prodloužení reakčního času a poruše koordinace pohybů s poklesem svalového napětí, což může vést k pádu a zranění (Minařík & Kmoch, Přehled psychotropních látek a jejich účinků, 2015, str. 63).

V nižších dávkách způsobují také mírný útlum vitálních funkcí, intoxikace vyššími dávkami může končit fatálně selháním periferní cirkulace a útlumem dechového centra. Čisté intoxikace benzodiazepiny však probíhají málokdy fatálně pro jejich vysokou terapeutickou šíři (na rozdíl od barbiturátů, které nahradily) protože relativně málo ovlivňují dechové centrum (Dvořáček, Emergentní adiktologie 1 - akutní intoxikace, 2015, stránky 336-337).

Současné užití benzodiazepinů s jinými tlumivými látkami, především s opioidy a alkoholem, výrazně zvyšuje riziko deprese dechového centra a smrti (European Monitoring Center for Drugs and Drug addiction, 2018, str. 4)

3.2.1 Rizika užívání opioidů a benzodiazepinů

Opioidy svými účinky snižují citlivost dechového centra na změny v koncentraci dýchacích plynů, což při současném zpomalení dechové frekvence navozené benzodiazepiny představuje vysoké riziko fatálního předávkování (Schmitz & PharmD, 2016, str. 2).

Parciální agonista buprenorfin je z hlediska rizika předávkování bezpečnější při samostatném užití než jiné opioidy (Nechanská, Mravčík, & Popov, 2012, str. 17). Tento takzvaný prahový efekt je však při současném užití s benzodiazepiny odstraněn, což může vést k předávkování (Nielsen & Taylor, 2005).

Kombinace benzodiazepinů a metadonu může vést k vlivu na interval QTc, což může způsobit poruchu rytmu torsades de pointes (Ford & Law, 2020, str. 76).

3.2.2 Rizika užívání alkohol a benzodiazepinů

Alkohol působí stejně jako benzodiazepiny na GABA_A receptoru, což vede k synergickému působení a silnému útlumu vitálních funkcí. Dosud neobjasněné farmakodynamické interakce mezi těmito látkami dále snižují koncentrace nutné k fatální intoxikaci (Schmitz & PharmD, 2016, str. 2).

Chronická konzumace alkoholu oproti tomu vede k rychlejší metabolizaci benzodiazepinů, čímž se snižuje jejich efekt (Ford & Law, 2020, str. 46).

3.2.3 Flumazenil

Jako antidotum při předávkování benzodiazepiny lze použít flumazenil. Jedná se o antagonistu GABA_A receptoru s krátkým poločasem rozpadu a s nízkou biologickou dostupností při orálním podání, je třeba jej v této indikaci proto administrovat parenterálně (Quinn, Wodak, O., & Richard, 1997, str. 366). Na Českém trhu je aktuálně dostupný lék Flumazenil Pharmaselect (Státní ústav pro kontrolu léčiv, 2020).

3.3 Závislost, odvykací stav

Benzodiazepiny mají při pravidelném užívání potenciál k rozvoji syndromu závislosti s odvykacím stavem po jejich odnětí. Z formálního hlediska odpovídá číselnému kódu F13.2 (Závislost na sedativech nebo hypnoticích) podle 10. revize MKN (Nešpor, 2018, stránky 19-20).

3.3.1 Závislost na benzodiazepinech

Dle Rabocha a Zvolského (2001, str. 417) vzniká závislost na benzodiazepinech u přibližně 1-3 % pacientů léčených léky s dlouhým vylučovacím poločasem a u 5-10 % s krátkým vylučovacím poločasem. U 10-30 % dlouhodobě léčených pacientů může vzniknout již při podávání terapeutických dávek benzodiazepinů.

Závislost je alkoholovo-barbiturátového typu s psychickou i fyzickou složkou. Abstinenční příznaky po náhlém odnětí benzodiazepinů se rozvinou až u poloviny pacientů, kteří je užívají více než rok, oproti tomu při užívání kratším než tři měsíce, se rozvinou jen u zhruba 5 % pacientů (Raboch, Zvolský, & al., 2001, str. 417). Podobně Ford a Law uvádějí při dlouhodobém užívání abstinenční příznaky u 30-45 % lidí (2020, str. 28).

Farrel, Day a Haber (2015, str. 358) rozlišují dva typické scénáře rozvoje závislosti na benzodiazepinech. První tvoří pacienti, kteří užívají průměrné dávky benzodiazepinů předepisovaných jedním či více lékaři v uznávaných indikacích. V těchto případech pacienti necítí potřebu zvyšovat dávky či užívat léky kompulsivně. Zhruba polovina pacientů zaznamená při déle než tři měsíce trvajícím pravidelném užívání benzodiazepinů abstinenční příznaky při jejich odnětí.

Druhou skupinu tvoří dle zmíněných autorů (2015, str. 359) lidé užívající vysoké dávky benzodiazepinů chaotickým způsobem se zřetelnou ztrátou kontroly, často lidé užívající drogy rizikově.

Raboch a Zvolský řadí mezi jedince predisponované k rozvoji závislosti na benzodiazepinech osoby pasivní a závislé, staršího věku, ženského pohlaví, s chronickými somatickými poruchami, s poruchami osobnosti a nálady, a závislé na alkoholu a jiných drogách (Raboch, Zvolský, & al., 2001, str. 418).

3.3.2 Odvykací stav po odnětí benzodiazepinů

Dvořáček (2015, str. 351) upozorňuje na často komplikované rozlišení příznaků odvykacího stavu od návratu původních symptomů či rebound fenoménu (viz část 3.1.3). Odvykací stav vzniká dle Dvořáčka typicky druhý až třetí den po odnětí střednědobých a kolem pátého a šestého dne po odnětí dlouhodobě působících benzodiazepinů.

Abstinenční příznaky mohou být velice různorodé, dle Forda a Lawa (2020, str. 29) je lze orientačně rozdělit na úzkostné syndromy (fyzické i psychické jako jsou nespavost, deprese, třes, palpitace, agitovanost aj.), deformované vnímání (např. depersonalizace, hypersenzibilita vůči světlu, hluku aj.) a závažné příznaky (záchvaty, deliria či psychózy). Závažnější příznaky jsou častější při užívání vysokých dávek benzodiazepinů a vzácně mohou způsobit i smrt (Schmitz & PharmD, 2016, str. 6)

Tyto příznaky mohou přetrvávat po dlouhou dobu, zvláště u lidí užívajících benzodiazepiny po mnoho let. Zkušenosti některých těchto uživatelů a patientských skupin u nich vedly k vytvoření pravidla „měsíc na rok“, podle kterého na každý rok užívání benzodiazepinů připadá měsíc těchto protrahovaných příznaků (Ford & Law, 2020, stránky 29-30).

Dvořáček (2015, str. 352) popisuje několik doporučených schémat pro postupné snižování terapeuticky užívaných (menších) dávek benzodiazepinů, například a) úvodní snížení o 10-25 %, poté v průběhu týdne 10-25 % denně; b) 50 % dávky vysadit rychle, 25 % pomaleji a 25 % ještě pomaleji. Doporučuje snižovat dávky původní látky nebo ji snižovat benzodiazepinem s dlouhým poločasem (např. diazepam).

Pro detoxifikaci vyšších dávek doporučuje Dvořáček hospitalizaci a pomalejší postup: Nejprve stabilizaci na původní dávce na 1-3 dny, poté nárazovou redukcí o 30 % a dále snižování dávky o 5-10 % denně, popřípadě pomaleji dle klinického stavu (Dvořáček, 2015, str. 352).

3.4 Gravidita a laktace

Benzodiazepiny dobře prostupují placentou a pronikají do centrální nervové soustavy plodu. Dosud provedené studie naznačují jejich možné teratogenní účinky, zejména ve spojitosti s vyšším rizikem orálních malformací v prvním trimestru. Z tohoto důvodu jsou při těhotenství benzodiazepiny kontraindikovány (Ford & Law, 2020, str. 51).

Pokud není možná detoxifikace, je doporučené přejít na chlórdiazepoxid či diazepam a vyhnout se alprazolamu (Farrell, Day, & Haber, 2015, str. 360).

Dva až čtyři týdny před porodem je vhodné benzodiazepiny redukovat nebo zcela vysadit pro riziko rozvoje odvykacího stavu u novorozence. Při dlouhodobém užívání je

třeba postupné vysazování, aby se zabránilo komplikacím. Adekvátně provedená detoxifikace nezvyšuje podle současných poznatku riziko potratu či předčasného porodu (Ford & Law, 2020, str. 51).

Riziko rozvoje odvykacího stavu u novorozence se vyskytuje při užívání středního a vyššího množství benzodiazepinů v průběhu těhotenství a zejména ve 3. trimestru. Zahrnuje příznaky jako respirační útlum, iritabilitu, narušený spánek, pocení a potíže s příjmem potravy. V závažnějších případech se může rozvinout „floppy child syndrome“ s charakteristickou hypotonií (Farrell, Day, & Haber, 2015, str. 360).

Odvykací stav pro novorozence nepředstavuje potíže pouze po zdravotní stránce, narušuje také bonding mezi matkou a dítětem (Schmitz & PharmD, 2016, str. 8). Dle Forda a Lawa (2020, str. 51) se abstinenční syndrom zhoršuje při přítomnosti dalších návykových látek, např. opioidů.

Při kojení se benzodiazepiny obecně nedoporučují, zejména pro jejich kumulativní efekt dlouhodobě působících léků spojený s lipofilitou, jednorázové podání především krátkodobě působících přípravků by však mělo být bezpečné (Černá & Kollárová, 2015, str. 18).

Nežádoucí účinky na novorozence (především sedace) byly pozorovány u kojících matek užívajících klonazepam (např. Rivotril). Autoři studie doporučují převedení na jiné, krátkodobě působící benzodiazepiny, podobně jako u dlouhodobě působícího diazepam. U dalších benzodiazepinů jsou nežádoucí účinky při kojení vzácné (Kronenfeld, Berlin, Shaniv, & Berkovitch, 2017, stránky 959-964).

3.5 Rizika specifická pro uživatele drog

Užívání benzodiazepinů mezi lidmi, kteří užívají jiné návykové látky, může představovat závažný problém; zejména pak u polyvalentních uživatelů. Tito uživatelé jsou vystaveni dodatečným rizikům (Ford & Law, 2020, stránky 45-47).

Benzodiazepiny jsou obvykle užívány perorálně, někteří lidé je však užívají i injekčně nebo intranasálně (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2020). Kromě benzodiazepinů ve formě roztoku k injekční aplikaci (např. Apaurin) je většina ve formě tablet, tvořených z větší části pomocnými látkami; např. Rivotril 2 mg obsahuje 2 miligramy účinné látky a 121,5 mg bezvodé laktosy (Souhrn údajů o přípravku, 2020). Tyto nerozpuštěné části mohou při nedostatečném přefiltrování roztoku způsobit mechanické poškození, například srdečních chlopní (Minařík & Řehák, 2015, str. 234).

Intranasální užití (šňupání) rozdrcených tablet může vést k usazování jejich zbytků v plicích a lokální zánětům, dále pak k různým formám poškození nosní sliznice a ke ztrátě čichu (Lautieri, 2020). Další formy užívání se objevují vzácně (Votaw, Geyer, Rieselbach, & McHugh, 2019).

Kromě rizika předávkování spojených s užíváním benzodiazepinů v kombinaci s dalšími tlumivými látkami (popsáno v části 3.2) jsou popsána i rizika spojená s užíváním

benzodiazepinů společně se stimulancii, například pervitinem. Rizika mohou plynout z rozdílné délky působení, což může vést k předávkování déle působící látkou a dále ze zvýšené zátěže na kardiovaskulární systém (Harm reduction action center, 2018).

Dlouhodobé užívání benzodiazepinů je dále spojováno s negativním vlivem na imunitní systém, což může představovat dodatečný problém zejména pro stárnoucí populaci uživatelů opioidů (European Monitoring Center for Drugs and Drug addiction, 2018, str. 4).

4. Užívání benzodiazepinů mezi lidmi užívajícími drogy rizikově

V České republice je rozšířené užívání označení „Problémové užívání drog“, které je definováno jako „injekční a/nebo dlouhodobé a pravidelné užívání opiátového a/nebo amfetaminového a/nebo kokainového typu“, s důrazem na první dvě látky (Mravčík, a další, 2020, str. 83).

EMCDDA navrhlo v roce 2011 aktualizovaný indikátor „vysoce rizikové užívání drog“ (Zábranský & Mravčík, 2015, str. 656); v roce 2013 byl revidován a rozšířen o další drogy užívané s vysokou frekvencí (u konopí denně či téměř denně, pro ostatní drogy jednou týdně) nebo způsobující uživatelům zdravotní či sociální problémy (Mravčík, a další, 2020, str. 83).

Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti v aktuální Výroční zprávě o stavu ve věcech drog 2019 upravilo terminologii v souladu s aktuálním trendem destigmatizace osob užívajících návykové látky. Místo výrazu „problémoví uživatelé drog“ nově používá výraz „lidé užívající drogy rizikově“ (dále LDR), místo „injekčních uživatelů drog“ výraz „lidé užívající drogy injekčně“ (zkratka LDI) (Mravčík, a další, 2020, str. 1). V této práci je tento trend následován. V souladu s ním budou na základě doporučení autorů článku pojednávajícím o zásadách nestigmatizujícího jazyka (Broyles, a další, 2014) využívány výrazy jako například „lidé užívající benzodiazepiny“ či „lidé užívající benzodiazepiny rizikově“.

4.1. Definice (zne)užívání léků

V této oblasti existuje značná variabilita a nejednotnost v užívané terminologii. V rámci celopopulačních studií je „zneužívání“ zpravidla definováno jako užívání léků bez lékařského předpisu či jiným než indikovaným způsobem (Nechanská, Mravčík, & Popov, 2012, str. 10).

Mravčík, Chomynová a Grolmusová na konferenci Psychoaktivní léky (2020) navrhli používat zastřešující pojem „Problematické užívání“ dle definice Kuffnera a kolektivu:

„Zneužití/zneužívání léku je jakýkoliv typ užití léku, u kterého byla prokázána problematická potřeba. Jde například o užití léku s nebo bez lékařského předpisu, ovšem zjevně mimo přijaté lékařské postupy nebo pokyny, za rekreačním účelem nebo v rámci samoléčby, kdy rizika a problémy spojené s užitím převažují nad výhodami.“ (Küfner, Casati, & Pfeiffer-Gerschel, 2011, str. 13)

4.2 Aktuální epidemiologická situace

Dle aktuální studie Multiplikátor 2019, zveřejněné ve Výroční zprávě o stavu ve věcech drog 2018, uvádí benzodiazepiny jako základní drogu 2,7 % lidí LDR v ČR (5,1 % ve Středočeském kraji). V případě všech drog užitých v posledních 12 měsících uvedlo

benzodiazepiny 22,6 % LDR v celé ČR a 35,6 % ve Středočeském kraji (Mravčík, a další, 2019, stránky 79-90).

V roce 2014 byla provedena studie „Somatická komorbidita uživatelů drog“, ve které z celkového počtu 240 respondentů z řad klientů pražských nízkoprahových služeb uvedli užívání benzodiazepinů pouze 4 dotazovaní, tedy 1,7 % (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2014, str. 5).

Ve studii Séroprevalence VHC u injekčních uživatelů drog 2018, zveřejněné ve Výroční zprávě o stavu ve věcech drog 2018 (2019, str. 96) uvedlo benzodiazepiny jako primární drogu 22 LDR (3,1 %). Fürstová při zkoumání sexuálního chování u LDR v Českých Budějovicích zaznamenala podíl benzodiazepinů jako primární drogy u 6 % dotazovaných (Fürstová, 2018, str. 38).

4.2.1 Úmrtí spojená s užíváním benzodiazepinů

Dle výroční zprávy NMS tvoří smrtelná předávkování benzodiazepiny a úmrtí pod jejich vlivem dlouhodobě významný podíl všech fatálních důsledků užívání drog. V roce 2018 se z celkového počtu 88 smrtelných předávkování drogami benzodiazepiny podílely na 14 z nich, dále v 7 případech se jednalo o kombinaci opioidů s benzodiazepiny či jinými tlumivými léky. Z jiných příčin, než na předávkování zemřelo v roce 2018 pod vlivem benzodiazepinů 36 lidí (Mravčík, a další, 2019, stránky 116-117).

V roce 2019 bylo zjištěno 84 případů předávkování drogami, tedy o 4 méně než předešlý rok. V 17 případech šlo o předávkování benzodiazepiny, tedy o 3 více než v roce 2018. Dalších 23 lidí zemřelo v roce 2019 pod vlivem benzodiazepinů z jiných příčin než předávkováním. Jednalo se o 7 případů nehod, 4 sebevraždy a 10 z důvodu nemoci (Mravčík, a další, 2020, stránky 117-118).

4.3 Vzorce užívání benzodiazepinů mezi LDR

Tato kapitola shrnuje vzorce užívání, které byly popsány ve vybraných českých i zahraničních výzkumech mezi lidmi užívajícími drogy rizikově

4.3.1 Užívané benzodiazepiny a způsoby aplikace

V monografii Zneužívání psychoaktivních léků v České republice (2012, str. 24) je popsáno užívání Rohypnolu jakožto nejrozšířenějšího léku z této skupiny mezi lidmi užívajícími drogy rizikově od 90. let do května 2007, kdy byla jeho registrace v ČR zrušena. V současnosti dle autorů jeho místo nejrozšířenějšího léku z této kategorie mezi LDR zaujal Rivotril (Nechanská, Mravčík, & Popov, 2012, str. 24). Rozšířené je v současnosti rovněž zneužívání Diazepamu (Kubečková & Krumposová, Neurol, 2010).

Kromě polykání tablet zaznamenali pracovníci nízkoprahových služeb mezi LDR v Plzni injekování rozpouštěných table a dále jejich rozkousání nebo rozpouštění pod jazykem (Kubečková & Krumposová, 2016).

Z přehledové studie Votawa, Geyera, Rieselbacha a McHughba (2019, str. 103) vychází jako zdaleka nejrozšířenější způsob užívání v zahraničí polykaní tablet (až 90 %), 10 % uživatelů prášky drtí a užívá intranasálně. Prevalence dalších způsobů aplikace je dle této studie nízká. Výzkumy, ve kterých vychází vysoká procenta injekčního užívání benzodiazepinů, jsou dle autorů často zkreslené výběrem vzorku.

Konkrétně užívané benzodiazepiny se dle těchto autorů liší zejména dle místní dostupnosti na trhu a zvyklostí v předepisování (Votaw, Geyer, Rieselbach, & McHughb, 2019, str. 103).

4.3.2 Motivy k užití benzodiazepinů

Mezi lety 2008 a 2009 proběhla studie „Nové trendy na drogové scéně“. Užívání benzodiazepinů se objevuje často u lidí, kteří užívají opiáty (heroin nebo substituční opioidy) ke zvýšení účinku drogy. U převážně mladších lidí užívajících pervitin se objevuje jeho současné užívání s benzodiazepiny, které slouží ke tlumení nepříjemných psychických stavů souvisejících s užíváním stimulačních drog nebo při nedostatku pervitinu. Jako důvod užívání léků popisují autoři i automedikaci u klientů s duální psychiatrickou diagnózou. Dále se objevuje užívání benzodiazepinů při nedostatku primární drogy (Radimecký, Janíková, & Zábranský, 2009, stránky 25-61).

Ve sborníku z konference „Kriminalita a drogy“ popsal Herzog v příspěvku „Drogy a kriminalita pohledem terénních programů“ (2012, str. 50) užívání benzodiazepinů (slangově „klepky“) ke zvýšení účinku primární drogy, pro dosažení výrazného stavu intoxikace bez jakékoliv kontroly nad sebou a ke snížení či oddálení abstinčních příznaků. Autor rovněž uvádí, že jeden z důvodů jejich užívání je potlačení morálních dilemat a zvýšení smělosti při krádežích v obchodech a jiných formách obstarávání peněz na drogy. Benzodiazepiny jsou dle Herzoga levné a nebezpečné.

Užívání benzodiazepinů při tlumení stavů úzkosti, rozlad, podrážděnosti a poruch spánku po užívání pervitinu („dojezdů“) je zmíněno v publikaci „Dokážu to?“ Pervitin – koncepce školení pro terapeutu (Růžička, a další, 2012, str. 37).

V roce 2019 se uskutečnily dvě fokusní skupiny s pracovníky nízkoprahových zařízení s cílem mapování nových trendů na drogové scéně. Často byl zmiňován trend přechodu z heroinu na pervitin, alkohol či benzodiazepiny z neurčených příčin (Mravčík, a další, 2020, str. 201).

V přehledové studii Votawa a kolektivu (2019, str. 103) jsou popsány jako nejrozšířenější motivy napříč provedenými výzkumy využití farmaceutických účinků benzodiazepinů jako formy self-medikace nebo copingové strategie. Rozšířen je i užívání benzodiazepinů pro rekreační účely, ze zvědavosti, a za účelem zvýšení účinku opioidů či pro zmírnění odvykacích stavů při jejich nedostatku.

Autoři Jones, Mogali a Comer analyzovali přes 200 výzkumů, které se zabývaly současným užíváním opioidů a benzodiazepinů mezi lety 1970 až 2012. Potvrzují tento

vzorec jako rozšířený po celém světě a vyvozují hypotézu, že jedním ze záměrů lidí užívajících benzodiazepiny je potencovat účinek opioidů, zvláště metadonu a buprenorfinu užívaných v substituční léčbě (Jones, Mogali, & Comer, 2012, str. 14) .

4.3.3 Polyvalentní užívání

Ve výroční zprávě o stavu ve věcech drog v roce 2018 jsou zmiňovány trendy v užívání mezi LDR v krajích. Objevuje se časté kombinování benzodiazepinů s opioidy a alkoholem a případy nahrazení pervitinu benzodiazepiny při špatné socioekonomické situaci klientů (Mravčík, a další, 2019, stránky 96-97).

Polyvalentní užívání za účelem zvýšení účinku primární drogy (především opioidů či alkoholu) a sebemedikaci při úzkosti nebo poruchách spánku je popsáno taktéž v USA (Schmitz & PharmD, 2016, stránky 2-4). V Austrálii proběhl výzkum zaměřený na užívání benzodiazepinů a metadonu (Darke, Libby, & Ross, The injection of methadone and benzodiazepines among Sydney injecting drug users 1996-2000: 5-year monitoring of trends from the Illicit Drug Reporting System, 2002, str. 29). Ve stejné zemi Ross a Darke (2000, str. 4) popsali současné užívání heroínu a benzodiazepinů. U respondentů, kteří užívali benzodiazepiny injekčně, popisují vyšší výskyt deprese a úzkostných poruch.

Užívání amfetaminu a benzodiazepinů zkoumali v Austrálii, ze vzorku 301 pravidelných uživatelů amfetaminu 55 % užílo benzodiazepiny v posledních 6 měsících a 37 % v posledním měsíci. U polyvalentních uživatelů zjistili taktéž vyšší míru rizikového chování a psychosociálních poruch (Darke, Ross, & Cohen, 1996, stránky 3-7).

Až třikrát vyšší psychiatrickou komorbiditu a dvakrát častější předepisování antidepresiv zjistili autoři ve vzorku lidí užívajících současně opioidy a benzodiazepiny v Německu (Eiroa-Orosa, a další, 2012, stránky 229-230).

4.4 Zdroje benzodiazepinů mezi LDR

Do pravidelného omnibusového šetření mezi lékaři zveřejněné ve Výroční zprávě o stavu ve věcech drog 2018 přibyly v tomto roce poprvé otázky na předepisování benzodiazepinů a odhad podílu pacientů nadužívajících tyto léky. Benzodiazepiny dle šetření předepisuje 49 % lékařů, především psychiatrů (89,5 %) a praktických lékařů pro dospělé (69,7 %). Zapojení psychiatři odhadují, že 18,7 % jejich pacientů benzodiazepiny nadužívá, praktičtí lékaři pro dospělé 9,2 %. Celkově lékaři ze všech oborů odhadují, že 10,6 % pacientů benzodiazepiny nadužívá (Mravčík, a další, 2019, stránky 82-83).

Dalším rozšířeným zdrojem benzodiazepinů mezi LDR je černý trh, ceny se pohybují dle výpovědí klientů terénních programů od 100 Kč za balení Neurolu či Rivotrilu nebo 10-20 Kč za 1 tabletu (Kubečková & Krumposová, Neurol, 2010). Černý trh s benzodiazepiny existuje i v online prostředí, dle Národní protidrogové centrály jsou často realizovány přes inzertní či aukční portály nebo sociální sítě. Celkově za rok 2019 udává NPC zadržení 2 756 ks tablet benzodiazepinů (Národní protidrogová centrála SKPV PČR, 2020, stránky 52-86).

4.5 Zdravotní gramotnost a rizikové chování

Zdravotní gramotnost klientů mezi klienty kontaktního centra Sananim zkoumal Šimeček ve své diplomové práci. U skupiny s omezenou zdravotní gramotností uvádělo benzodiazepiny jako sekundární drogu 5 respondentů (14,3 %), mezi adekvátně zdravotně gramotnými je uvedl 1 respondent (2,4 %) z celkových 194 dotazovaných (Šimeček, 2019, str. 59).

Dvořáček popisuje u LDR časté kombinování heroínu s benzodiazepiny, které ovšem nepovažují za skutečnou drogu, což představuje možnou komplikaci při detoxifikaci (Dvořáček, 2015, str. 353).

Ve Vancouveru bylo provedeno šetření zkoumající vztah mezi užíváním benzodiazepinů a virovou hepatitidou typu C u intravenózních uživatelů drog. Výzkumníci konstatovali vztah mezi užíváním benzodiazepinů a pozitivní VHC sérokonverzí ve vzorku (Bach, a další, 2016, stránky 3-5).

U současných uživatelů benzodiazepinů a opioidů byl v zahraničí pozorován vyšší výskyt rizikového chování jako je sdílení injekčních stříkaček i dalších parafernálií a častější injikování mezi lidmi současně užívacími opioidy a benzodiazepiny (Rooney, Kelly, Bamford, Sloan, & O'Connor, 1999, stránky 2-5).

5. Harm reduction programy SEMIRAMIS z.ú.

Pojem harm reduction označuje koncepcce, programy a činnosti mající za primární cíl minimalizovat nepříznivé zdravotní, sociální a ekonomické dopady užívání legálních i nelegálních návykových látek (Janíková, 2015, str. 272). Dle Janíkové se filosofie harm reduction soustředí i na prosazování lidských práv uživatelů drog a jejich ochrany (2015, str. 276).

Organizace SEMIRAMIS z.ú. poskytuje prostřednictvím kontaktního centra a terénního programu sociální a adiktologické služby pro uživatele drog a jejich blízké (SEMIRAMIS z.ú., 2020).

Kontaktní centrum se nachází v Mladé Boleslavi, dle výroční zprávy organizace (2020, str. 26) v jeho pracovníci poskytli roce 2019 služby 383 klientům z řad uživatelů drog a vyměnili 125 088 ks injekčních stříkaček.

Terénní program poskytuje služby na Mladoboleslavsku (Mladá Boleslav, Mnichovo Hradiště, Kosmonosy, Bakov nad Jizerou), Mělnicku (Kralupy nad Vltavou, Mělník, Neratovice) a Praze-východ (Čelákovice, Brandýs nad Labem-Stará Boleslav, Benátky nad Jizerou) a od roku 2020 také v Praze-Horních Počernicích. V roce 2019 služby využilo 322 klientů z řad uživatelů drog, kterým bylo poskytnuto 96 271 kusů injekčních setů (Týmy Laxus z.ú., SEMIRAMIS z.ú., 2020, str. 33).

6. Výzkumná část

V následující části je popsán výzkum, který mapoval užívání benzodiazepinů formou dotazníku mezi klienty harm reduction programů SEMIRAMIS.

6.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cílem této práce je popsat výskyt užívání benzodiazepinů mezi lidmi užívajícími drogy rizikově z řad klientů terénního programu a kontaktního centra SEMIRAMIS z.ú. (dále jen „klienti“).

Pro naplnění cíle výzkumu byly stanoveny následující výzkumné otázky:

1. Jaká je míra užívání benzodiazepinů mezi klienty?
2. Z jakých zdrojů klienti benzodiazepiny získávají?
3. Jaké vzorce užívání benzodiazepinů se mezi klienty vyskytují?
4. Vykazují klienti známky rizikového užívání benzodiazepinů a jsou si vědomi rizik spojených s užíváním benzodiazepinů a pokud ano, jakých a v jaké míře?

6.2 Metodologie

Pro sběr a zpracování dat byl použit kvantitativní výzkum. Důvodem výběru byl záměr získat data od co nejvyššího počtu klientů (zkoumaného souboru) k naplnění cíle.

6.2.1 Metody sběru dat

Z důvodu minimalizace časové náročnosti a možnosti pověřit sběrem dat i další tazatele byla pro sběr dat využita metoda standardizovaného rozhovoru s použitím dotazníku v papírové formě. Podle Ferjenčíka patří mezi výhody dotazníku úspora času a snazší kvantifikace dat (2000, str. 184).

Dotazník (viz příloha 2) obsahoval celkem 21 otázek rozdělených do čtyřech částí. Úvodní část mapovala míru užívání benzodiazepinů a částečně vzorce užívání benzodiazepinů. První dvě otázky sloužily zároveň jako filtrační. Nejdříve byl respondent dotázán, zda někdy v životě užil benzodiazepiny. V případě nejistoty měl tazatel v rámci této otázky připravené příklady konkrétních léků, které mohl dotazovanému vyjmenovat. V případě kladné odpovědi bylo v rámci druhé otázky zjišťováno, zda dotazovaný užil benzodiazepiny v posledních 12 měsících. Dotazovaní, kteří neměli žádnou zkušenosti s užitím benzodiazepinů pokračovali na předposlední otázku č. 20, která mapovala znalost rizik spojených s užíváním benzodiazepinů, neboť pro ně jiné otázky nebyly relevantní. Respondenti, kteří benzodiazepiny někdy v životě užili, ale ne v posledních dvanácti měsících, pokračovali na otázku č. 16, která mapovala nejvyšší užití množství benzodiazepinů při jedné příležitosti.

Cílem tohoto třídění bylo mapovat zdroje benzodiazepinů a vzorce užívání pouze u respondentů s nedávnou zkušeností s užíváním benzodiazepinů pro zajištění aktuálnosti získaných dat. U zbylých respondentů, kteří benzodiazepiny neužili v posledních 12

měsících, bylo ve čtvrté části dotazníku mapováno rizikové užívání benzodiazepinů a znalost rizik spojených s jejich užíváním.

Některé otázky byly koncipovány jako uzavřené či polouzavřené (především v 1. části), jiné jako zcela otevřené (především v části 3). Zařazení otevřených otázek poskytlo dotazovaným zcela volný prostor pro vyjádření a umožnilo sběr kvalitativních dat, zároveň však představovalo dodatečný nárok na zpracování a interpretaci těchto neparametrizovaných odpovědí (Reichel, 2009, str. 103). Vyplnění celého dotazníku trvalo přibližně 15-20 minut.

Dotazování probíhalo v době provozu služeb a prováděli ho pracovníci daných programů včetně autora výzkumu, který ostatní tazatele k tomuto účelu proškolil, aby se zajistila jednotnost ve sběru dat. V první fázi výzkumu byl použit pilotní dotazník, který obsahoval více otevřených otázek. Na základě dat od respondentů a zpětné vazby tazatelů byl následně revidován a převeden do finální podoby.

Základní soubor tvořili klienti TP a KC SEMIRAMIS z.ú. ve Středočeském kraji a Praze z řad lidí rizikově užívajících drogy. Jednalo se o muže i ženy (podíl mužů 68 %), jejichž průměrný věk v roce 2020 činil 34,5 let.

Výběrový soubor byl tvořen na základě tří na sebe navazujících stupňů, tvořených různými metodami výběru. Prvním stupněm byla podmínka využití služby TP či KC SEMIRAMIS z.ú., byl zde tedy využit záměrný výběr přes instituce (Miovský, 2006). Dalším stupněm byl přímý kontakt dotazovaného s pracovníky služby, tedy skutečnost že sám přišel za pracovníky v rámci využívání služeb. V tomto případě se jedná o metodu samovýběru, tedy že dotazovaní se sami začlenili do výzkumu na základě své přítomnosti v místě a čase realizace výzkumu (Reichel, 2009, str. 85). Posledním stupněm bylo rozhodnutí tazatelů oslovit daného potenciálního dotazovaného s žádostí o účast ve výzkumu. Tento typ je nazýván výběr úsudkem, kdy výzkumník rozhoduje o vhodnosti zapojení daného respondenta na základě svého posouzení, vyplývajícího z předem stanovených kritérií (Reichel, 2009, str. 84). Posuzován byl především aktuální stav potenciálních respondentů v době kontaktu, například jejich orientovanost, stupeň bdělosti, schopnost spolupráce, přičemž nebyli osloveni například klienti, kteří vykazovali známky výrazné intoxikace či poruch chování. Dále byly posuzovány časové možnosti a kapacita pracovníků i klientů v dané chvíli.

V terénním programu probíhalo dotazování pouze, když službu poskytovala dvojice pracovníků, přičemž jeden z nich oslovoval klienty, kteří čekali na využití služby či ji právě využili. V kontaktním centru byli oslovováni klienti nejčastěji po distribuci harm reduction materiálu či využití jiné služby (hygienický servis, poradenství), kontaktní místnost byla v období realizace výzkumu uzavřená. Z důvodu snahy o minimalizaci náročnosti výzkumu v době nouzového stavu nebyla systematicky vedena evidence klientů, kteří odmítli účast ve výzkumu. Podle kvalifikovaného odhadu pracovníků účast naprosto odmítli jednotky lidí. Klienti, kteří se výzkumu odmítli účastnit (nejčastěji kvůli spěchu), ale nevyloučili účast

v jiný den, byli tazatelé později případně znovu osloveni. Dva klienti odmítli účast ve výzkumu z důvodu intoxikace benzodiazepiny (Rivotril), následně v době sběru dat do kontaktu již nepřišli.

6.3.2 Metody zpracování dat

Kvantitativní data byla z papírové podoby převedena do programu Microsoft Excel, ve kterém byl předem připravený kódovací klíč, podle něhož byla data přehledně uspořádána v tabulce. Kvalitativní data z otevřených a polootevřených otázek byla doslovně transkribována z papírové podoby do elektronické a taktéž zaznamenána do tabulky s výsledky MS Excel. Tato data byla následně nakódována prostřednictvím hledání opakujících se vzorců či metodou prostého výčtu (Reichel, 2009, str. 167) a podrobena základní obsahové analýze a systematizaci.

Veškerá setříděná data byla následně analyzována a vzájemně porovnávána pomocí popisně-statistických metod.

6.3 Etické aspekty výzkumu

Provedení výzkumu bylo schváleno vedoucím zapojených služeb. Každý dotazník (viz příloha 2) obsahoval v horní části informace pro respondenty, se kterými je tazatel seznámil. Dotazovaní byli informováni o účelu výzkumu a že účast v něm je anonymní, dobrovolná a není spojená s žádným finančním ohodnocením ani jinou výhodou. Bylo taktéž zdůrazněno, že uvedené údaje nebo odmítnutí zapojení do výzkumu nemají žádný vliv na způsob poskytování služeb pracovníky.

Respondenti byli vyzváni k udělení ústního informovaného souhlasu. Po dokončení rozhovoru jim byla připomenuta možnost kdykoli souhlas vypovědět. Po převedení do elektronické podoby byly papírové dotazníky skartovány.

6.4 Časový harmonogram a personální zabezpečení výzkumu

Design výzkumu a tvorba pilotního dotazníku společně se zaškolením dalších zapojených tazatelů probíhala od července do října 2020. Na počátku října bylo vyplněno 10 pilotních dotazníků, na které navazovala revize a spuštění hlavní fáze dotazování. Ta byla ukončena je konci roku 2020 pro zhoršující se epidemiologickou situaci způsobenou pandemií onemocnění SARS-CoV-2. Průběžně probíhala práce na teoretické části, v období leden–březen probíhala analýza dat a jejich interpretace.

Výzkum a podoba dotazníku byla konzultována a schválena vedoucím terénního programu a kontaktního centra SEMIRAMIS. Sběru dat se účastnili kromě autora další pracovníci uvedených služeb.

6.5 Výsledky

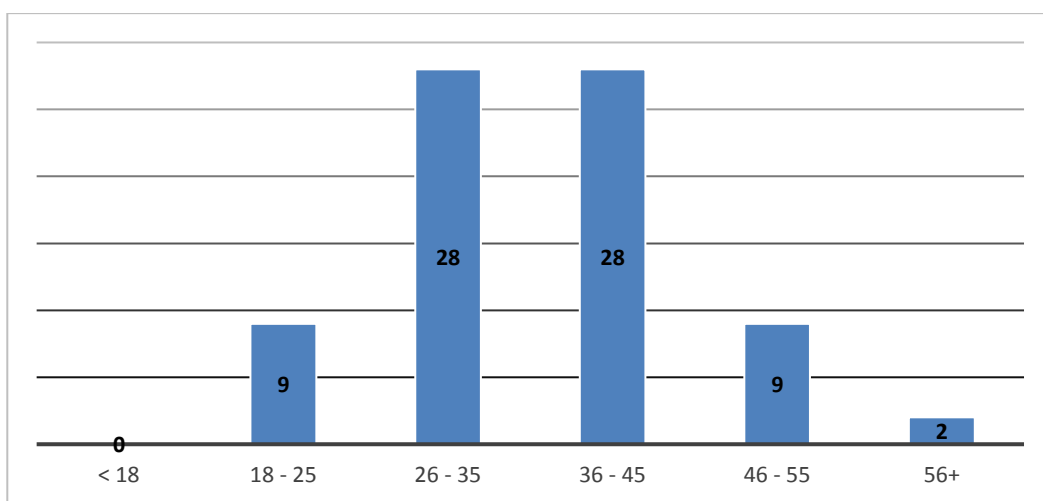
Níže jsou popsána zjištění získaná dotazníkovým šetřením, setříděná podle odpovídajících výzkumných otázek.

6.5.1 Respondenti výzkumu

Celkem bylo s klienty vyplněno 79 dotazníků. V terénním programu (dále TP) bylo vyplněno 41 dotazníků, v kontaktním centru (dále KC) 38. Muži tvořili 71 % procent respondentů (56 dotazovaných), ženy 29 %.

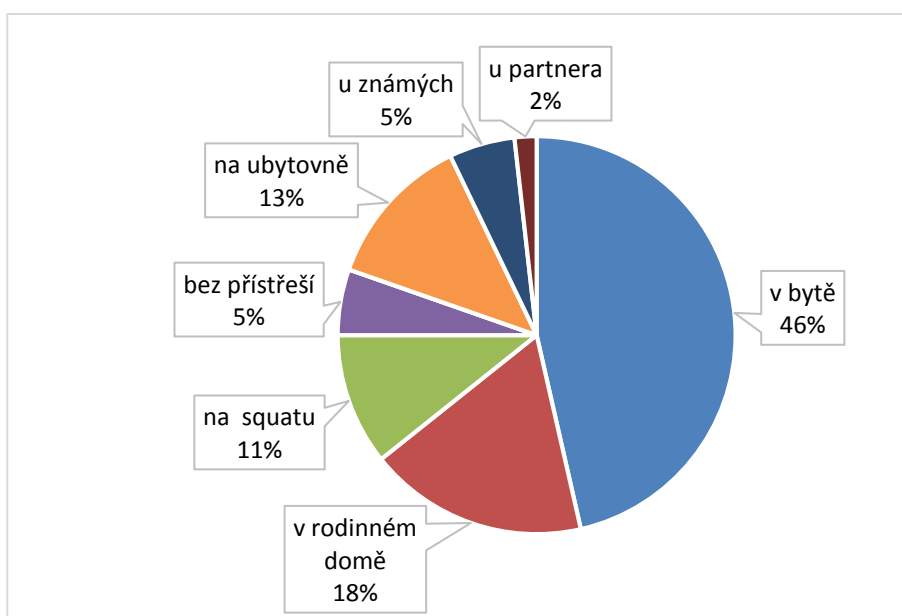
Zastoupení dotazovaných dle věku ukazuje graf 1, nejvíce respondentů se řadilo do věkových kategorií 26-35 a 36-45 let. Žádný dotázaný neuvedl věk nižší než 18 let, dva dotazovaní uvedli vyšší věk než 55 let. Průměrný věk dotazovaných činil 35,89 let (medián 36,5).

Graf 1 Respondenti dle věku (N=79)



Dále bylo sledováno, jak dotazovaní bydlí, což představuje graf 2. Více než polovina dotazovaných (64 %) bydlí ve stabilním bydlení (vlastní či pronajatý byt, dům), zbylých 36 % v některé z forem nestabilního bydlení (u známých, na ubytovně, na squatu či přímo na ulici).

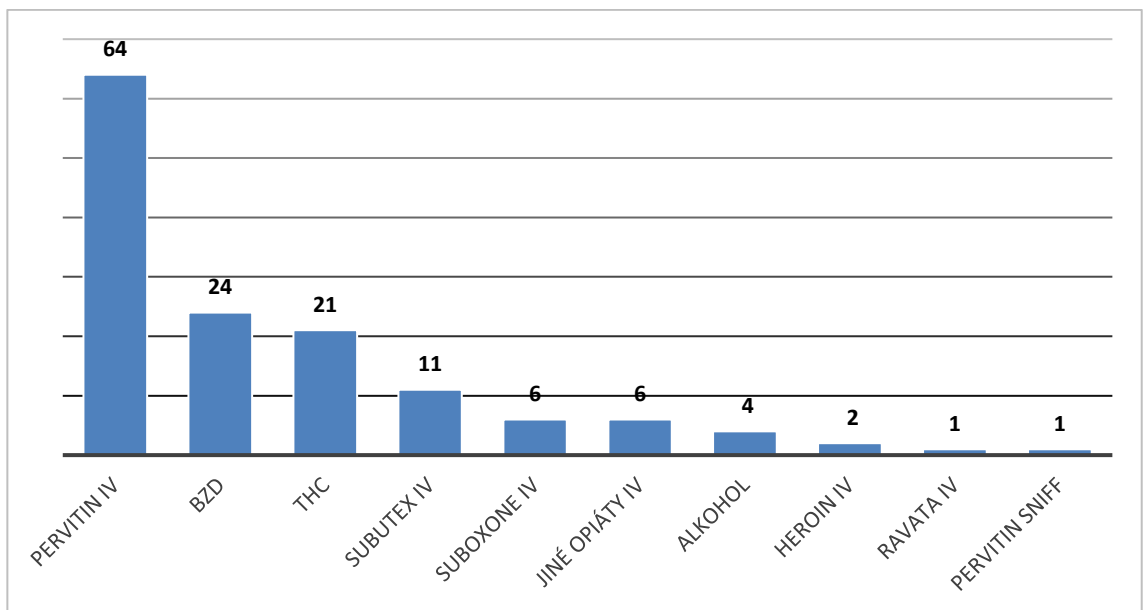
Graf 2 Respondenti dle bydlení (N=62)



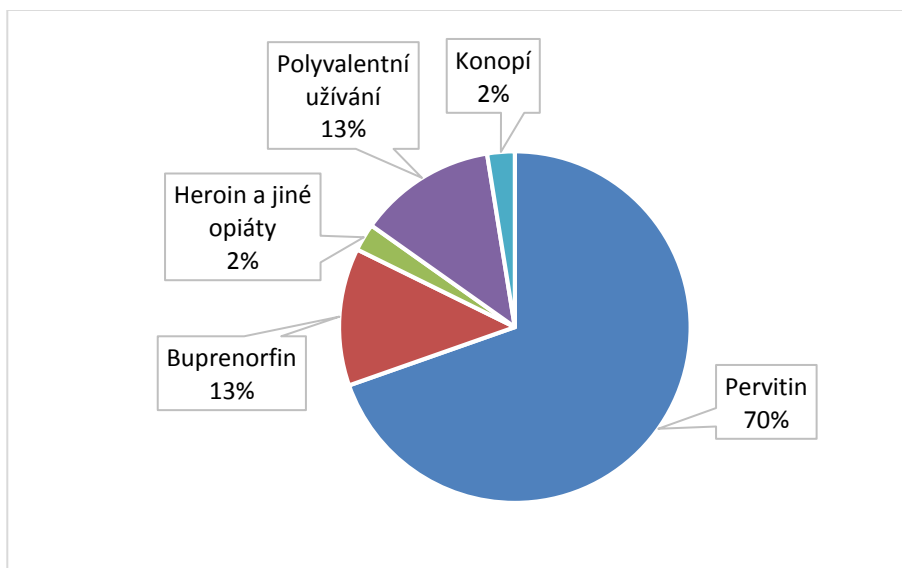
Dotazování měli možnost uvést všechny drogy, které užívají a způsoby jejich aplikace. Počet jednotlivých uváděných drog podává graf 3. Následující graf 4 udává procentuálně zastoupení respondentů dle primární drogy. Jako polyvalentní uživatelé byli označeni dotazovaní, kteří uvedli současné užívání více drog, především pervitinu a opioidů.

Nejčastěji užívanou drogou byl pervitin, který uvedlo 65 respondentů. Benzodiazepiny užívalo 24 dotazovaných, konopí 21. Celkem 18 respondentů užívalo substituční opioidy, nejčastěji Subutex a Suboxone, jeden respondent uvedl Ravatu. Jiné opiáty včetně heroinu uvedlo celkem 8 respondentů. Čtyři dotazovaní uvedli užívání alkoholu. Injekční užívání uvádělo 96 % respondentů.

Graf 3 Užívané drogy a způsoby jejich aplikace mezi respondenty (N=79)

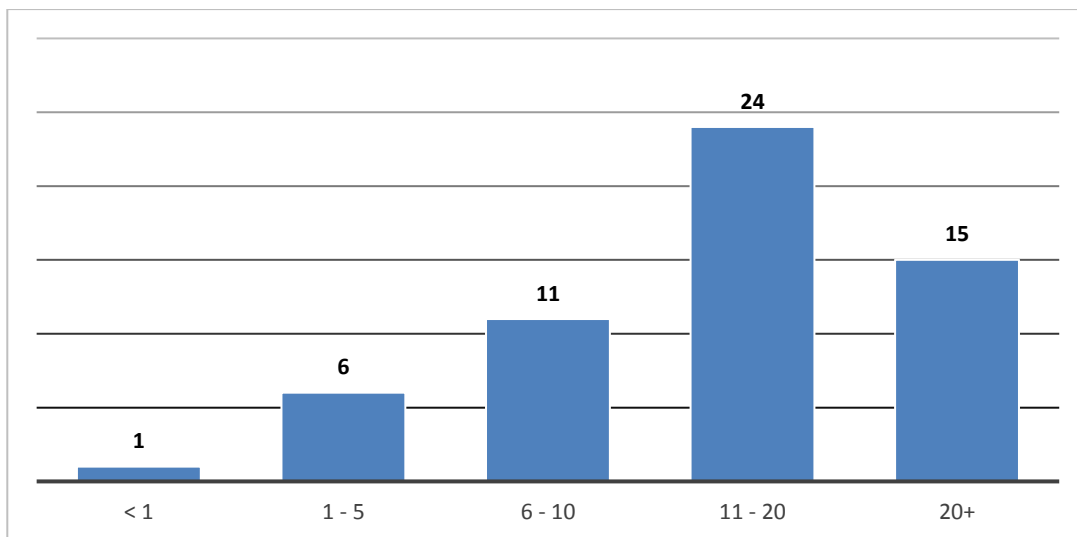


Graf 4 Respondenti dle primární drogy (N=79)



Zastoupení dotazovaných podle délky užívání nelegálních drog ukazuje graf 5. Většina respondentů (celkem 39) uvedla delší než desetileté užívání drog, více než 20leté zkušenosti s užíváním drog pak mělo 15 dotazovaných. Průměrná doba užívání nelegálních drog mezi dotazovanými činila 16,45 let (medián 17 let).

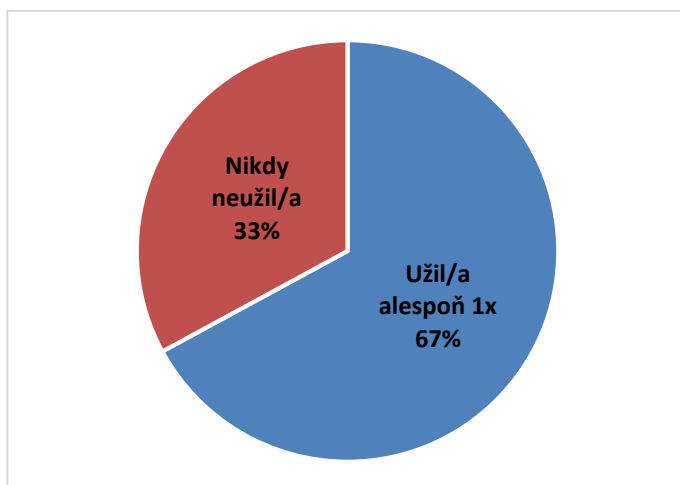
Graf 5 Zastoupení respondentů dle délky užívání nelegálních drog v letech (N=57)



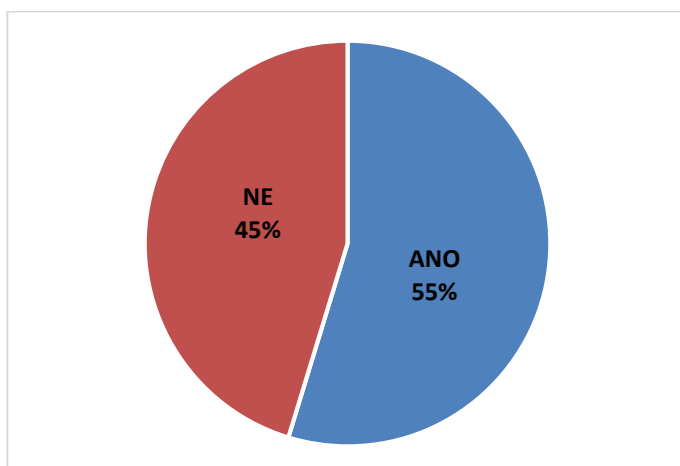
6.5.2 Výzkumná otázka č. 1: Jaká je míra užívání benzodiazepinů mezi klienty?

V dotazníku byla sledována celoživotní prevalence užití mezi dotazovanými (graf 6) a nedávné užití mezi klienty (v posledním roce), který znázorňuje graf 7. Alespoň jednou v životě užila benzodiazepiny většina dotazovaných, celkem 53 (67 %), z nichž 29 užilo benzodiazepiny v posledním roce (55 %).

Graf 6 Celoživotní prevalence užití benzodiazepinů mezi respondenty (N=79)



Graf 7 Užití benzodiazepinů v posledních 12 měsících mezi respondenty (N=53)



Celoživotně uvedlo alespoň jednorázové užití benzodiazepinů 80 % respondentů z řad klientů TP a 53 % mezi klienty KC. Užití v posledních 12 měsících uvedlo 50 % respondentů mezi klienty TP a 26 z řad klientů KC.

Alespoň jednorázovou zkušenost s užitím benzodiazepinů uvedlo 70 % dotazovaných mužů a 61 % žen. Užití benzodiazepinů v posledním roce uvedlo 38 % mužů a 35 % žen. Průměrný věk dotazovaných, kteří v posledních 12 měsících užívali benzodiazepiny činil 35,53 let (medián 35,5).

V posledních 12 měsících užívalo benzodiazepiny 27,7 % respondentů z řad lidí užívajících pervitin jako primární drogu, 60 % lidí užívajících primárně buprenorfin, 50 % procent lidí užívajících heroin a jiné opiáty a 50 % polyvalentních uživatelů. Dva respondenti, kteří uvedli pouze užívání konopí, uvedli taktéž užití benzodiazepinů v posledním roce (100 %).

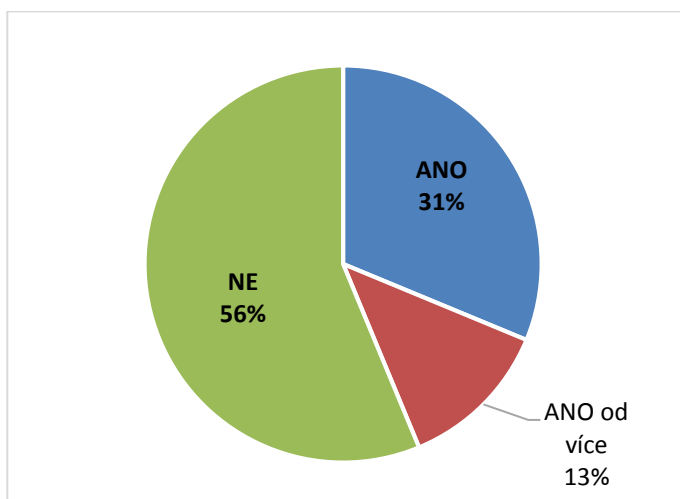
Užití benzodiazepinů v posledním roce uvedlo 70 % lidí přebývajících na ubytovnách, 33 % lidí přechodně žijících u známých, 33 % lidí kteří squatují, 27 % lidí žijících v bytě a 20 % lidí bydlících v rodinném domě.

Průměrná délka užívání nelegálních drog u respondentů, kteří uvedli užití benzodiazepinů v posledním roce, činila 18 let (medián 17 let).

6.5.3 Výzkumná otázka č. 2: Z jakých zdrojů klienti benzodiazepiny získávají?

V rámci dotazníku byla respondentům položena otázka, zda mají benzodiazepiny předepsané od lékaře/více lékařů. Odpovědi na tuto otázku ilustruje graf 8. Od lékaře získávala benzodiazepiny necelá polovina dotazovaných (44 %), část uvedla i odbornost lékařů, kteří jim benzodiazepiny předepisují. Dva udali pouze psychiatra, 1 pouze praktika a 1 psychiatra i praktického lékaře. Zbýlých 56 % dotazovaných uvedla jejich získávání pouze z jiných zdrojů, než jsou lékaři.

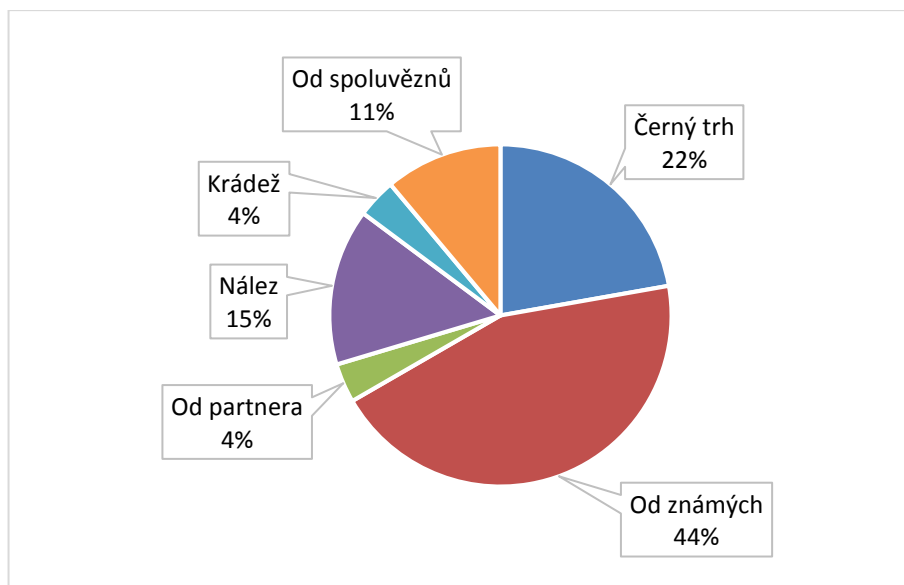
Graf 8 Máte benzodiazepiny předepsané od lékaře? (N=32)



Respondentům, kteří uvedli získávání benzodiazepinů na lékařský předpis, byla následně položena otázka, zda získávají benzodiazepiny i z jiných zdrojů a jaké to případně jsou. 85 % z nich uvedlo, že využívají i jiné zdroje, zbylých 15 % je získává pouze na základě lékařského předpisu.

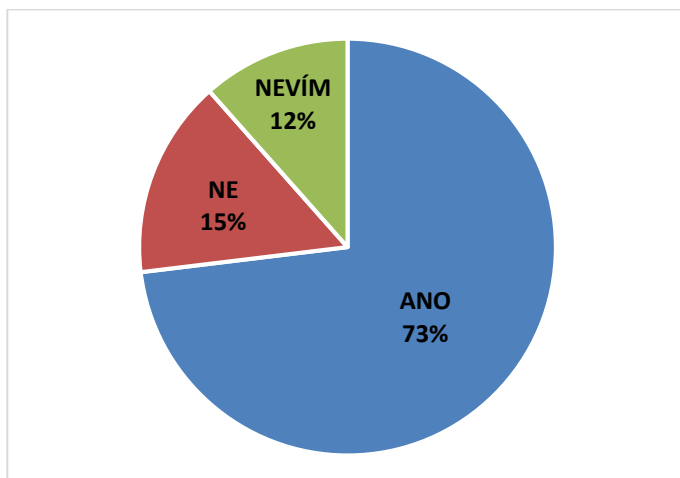
Graf 9 znázorňuje různé další zdroje benzodiazepinů mezi všemi respondenty, přičemž mohli udat více odpovědí. Dotazovaní nejčastěji uváděli jejich získávání od známých (44 %), a dále z černého trhu (22 %). Méně časté způsoby zahrnovaly jejich nález (15 %), získávání od spoluvěznů (11 %) či od partnera (4 %) a okrajově získávání benzodiazepinů krádeží (4 %).

Graf 9 Jiné zdroje BZD mezi respondenty než lékaři (N=23)



Nakonec bylo v rámci této části dotazníku mapováno, zda dotazovaní vnímají dostupnost benzodiazepinu jako snadnou (graf 10). Většina (73 %) odpověděla kladně, necelá čtvrtina záporně (15 %) nebo zvolila odpověď „nevím“ (12 %).

Graf 10 Je podle vás snadné benzodiazepiny získat? (N=26)



6.5.4 Výzkumná otázka č. 3: Jaké vzorce užívání benzodiazepinů se mezi klienty vyskytují?

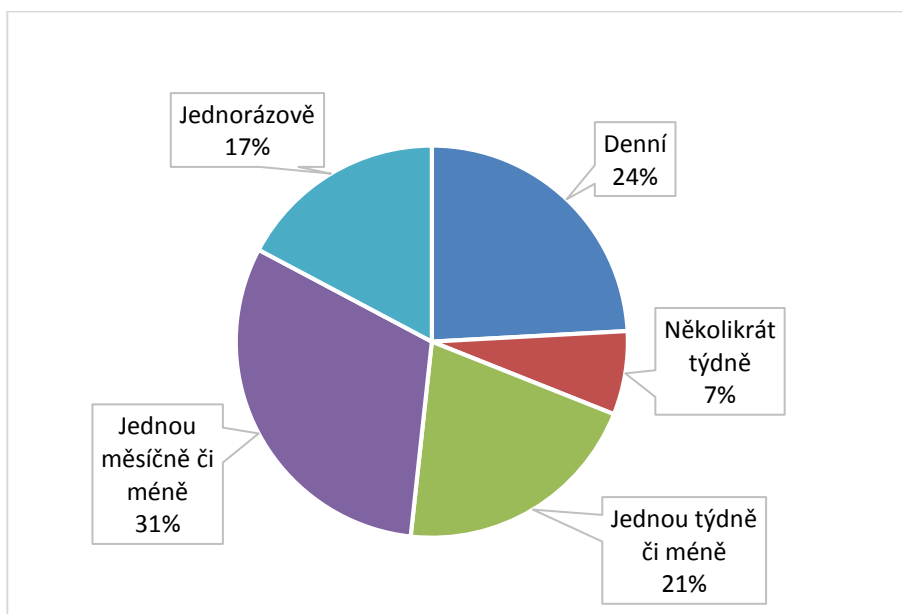
Vzorce užívání benzodiazepinů byly v rámci dotazníku zkoumány u respondentů, kteří je užíli v posledním roce. Důvodem byl záměr zkoumat vzorce užívání, které se mezi respondenty vyskytují aktuálně a dále předpoklad, že tyto respondenti poskytnou přesnější odpovědi pro menší časový odstup.

Frekvenci užívání v posledním roce znázorňuje graf 11. Denně nebo minimálně jednou týdně benzodiazepiny uvádělo devět respondentů (31 %), 8 mužů a 1 žena, jejichž průměrný věk byl 33 let. Z nichž 4 užívali primárně buprenorfin, 3 pervitin, 1 pouze konopí a 1 více látek současně (polyvalentní uživatel). Všichni uvedli užívání Rivotrilu, někteří i další léky (Diazepam, Neuro, Xanax, Lexaurin).

Průměrné množství Rivotrilu, které tyto uživatelé při jedné příležitosti užíli, bylo 6,5 mg (5 respondentů). Sedm z nich je užilo pouze perorálně, dva je „cucají“. Jako účel posledního užití uvedli ve dvou případech důvody „zmastit se“ či „užít si to“ (dále „rekreační motiv“), snahu vyhnout se odvykacímu stavu (2 respondenti) a dále zmírnit „dojezd“ po pervitinu (1), spáchat sebevraždu (1), usnout (1), užít benzodiazepiny pro nedostatek pervitinu (1) a pro léčbu epilepsie (1).

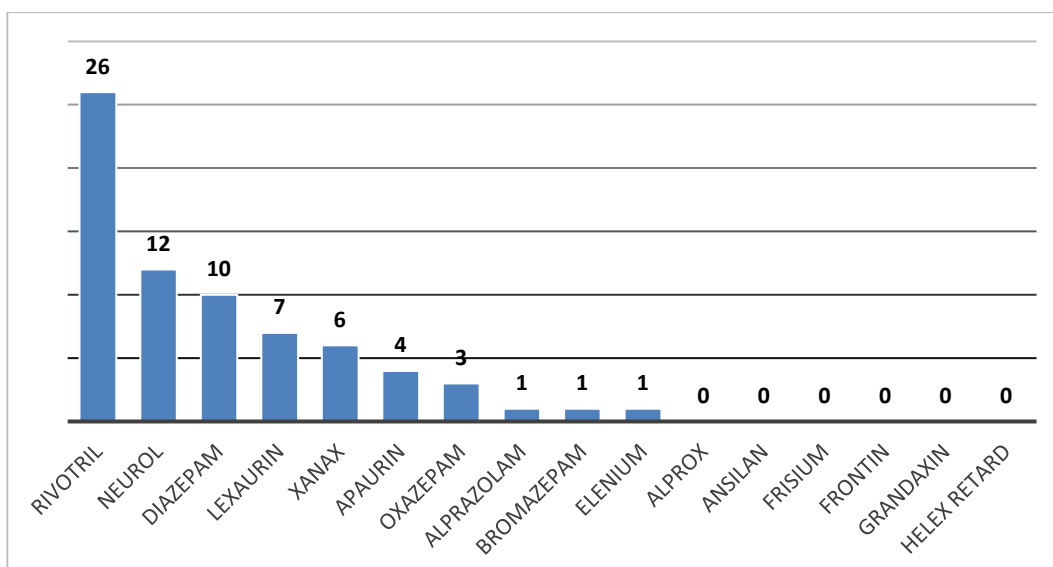
Sedm z nich užívají společně s benzodiazepiny další návykové látky, především alkohol (6), pervitin (4), buprenorfin (3), heroin (1) a konopí (1). Dva z těchto respondentů současně s benzodiazepiny jiné látky neužívají. Šest užívá benzodiazepiny bez přítomnosti jiné osoby, dva někdy sami a jeden pouze v přítomnosti jiných osob (kamarádů).

Graf 11 Frekvence užívání benzodiazepinů v posledním roce (N=29)



Graf 12 podává přehled uváděných benzodiazepinů užívaných respondenty v posledním roce. Nejčastěji uváděný byl Rivotril (26 respondentů), dále Neurol (12), Diazepam (10), Lexaurin (7), Xanax (6), Apaurin (4), Oxazepam (3), Alprazolam (1), Bromazepam (1) a Elenium (1). Léky Alprox, Ansilan, Frisium, Frontin, Grandaxin a Helex retard nevedl žádný respondent. Dotazovaní mohli vybrat libovolný počet z nabízených v dotazníku, více než jeden lék uvedlo 48 % dotazovaných. Dále mohli uvést další benzodiazepiny, které nebyly v nabídce. Dva uvedli Rohypnol (není v současnosti na českém trhu), další jmenovali léky, které patří do jiných kategorií (např. Valproát, Tramal, Quentiapin, Leponex, Mambron, Dizercin, Elicea).

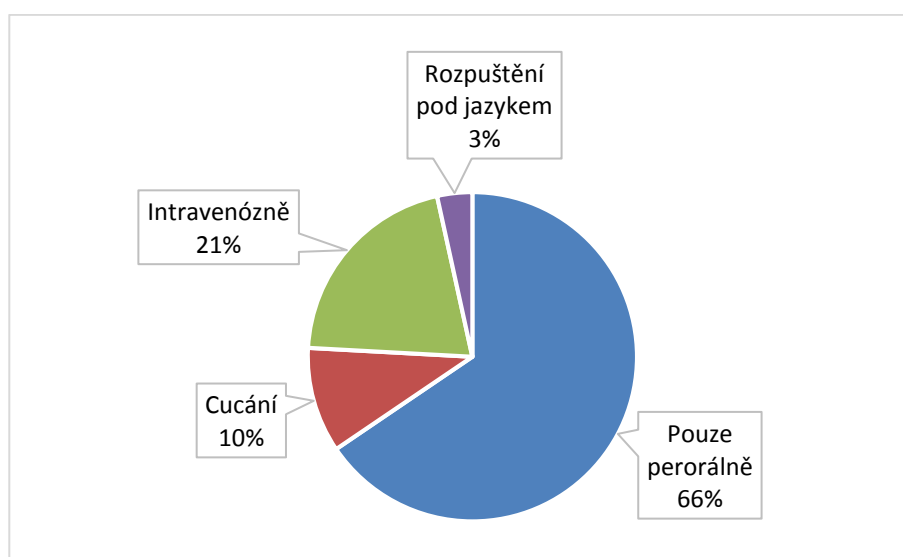
Graf 12 Přehled užívaných benzodiazepinů v posledním roce (N=29)



U nejčastěji uváděného Rivotrilu udávali dotazovaní průměrné množství 5,95 mg připadajícího na jedno užití (11 respondentů). Graf 13 dále ukazuje, s jakými způsoby aplikace benzodiazepinů mají dotazovaní zkušenost. Více než polovina je užívala pouze perorálně (66 %), část dotazovaných uváděla jejich „cucání“ (10 %) či rozpouštění pod jazykem (3 %). S nitrožilní aplikací benzodiazepinů měla zkušenost zhruba pětina dotazovaných (21 %) v rámci výzkumu se objevila pouze v souvislosti s Rohypnolem a Apaurinem.

Přibližnou délku užívání benzodiazepinů uvedlo 13 dotazovaných, její průměr činí 14,5 let. Dva dotazovaní uvedli užívání benzodiazepinů ve vězení.

Graf 13 Způsoby užití benzodiazepinů mezi respondenty (N=28)



Dále byla respondentům položena otázka mapující účel posledního užití benzodiazepinů. Na základě motivů užívání benzodiazepinů popsanych v části 4.3.2 byli uváděné účely posledního užití přiřazeny k jednomu z motivů.

Dva respondenti (7 %) uvedli užití benzodiazepinů za účelem kompenzovat nedostatek jinak primárně užívaného pervitinu: „nevím, nebyl pervitin, navodit si nějaký stav“; a „dal sem si je místo pika“. Tyto odpovědi byly zahrnuty pod motiv „Absence primární drogy“.

Ve čtyřech případech (14 %) uvedli dotazovaní záměr tlumit negativní příznaky po užívání pervitinu („dojezd“), jako například dotazovaný, který jako účel posledního užití uvedl „byl sem moc po piku, byly dvě ráno tak sem si dal dva Neuroly abych usnul“. Pro tento motiv byla vytvořena kategorie „Dojezd po pervitinu“.

Dva dotazovaní (7 %) uvedli poslední užití benzodiazepinů v souladu s lékařskou indikací. V jednom případě se jednalo o preventivní užití Rivotrilu v rámci léčby epilepsie, jeden respondent uvedl užití Oxazepamu předepisovaného lékařem ke zvládnutí panické ataky. Tito respondenti byli zařazeni do motivu „Indikace“.

Dva dotazovaní (7 %) uvedli jako účel posledního užití snahu zmírnit odvykací stav po odnětí opioidů, například jeden dotazovaný uvedl: „*měl sem absták na opiáty, tak sem si dal jeden kterej sem našel doma a aspoň usnul*“. Pro tento motiv byla vytvořena kategorie „Odnětí opioidů“.

V sedmi případech (24 %) uvedli dotazovaní jako hlavní motiv či cíl posledního užití samotnou intoxikaci benzodiazepiny, popřípadě záměr vyhnout se nudě či se pobavit, byly proto zařazeny pod motiv „Rekreace“. Mezi ně se řadí například respondent, který jako účel užití uvedl: „*Nudil sem se, venku přšelo, zahulil sem si, dal si kafe a kousek 2mg rivotrilu který sem našel. Nic sem necítil*“. Většina odpovědí na účel užití v této kategorii byla velmi stručná a omezovala se na odpovědi typu „*zmastit se*“ nebo „*z nudy*“.

Tři dotazovaní (10 %) jako účel posledního užití benzodiazepinů uvedli sebevražedný pokus jako například dotazovaný, který uvedl „*chtěl sem se demonstrativně zabít protože mě někdo zmlátit a fízlové to odmítli řešit protože sem feťák*“, popřípadě jeden respondent uvedl „*prostě sebedestrukce*“. Tyto účely byly evidovány jako motiv „Sebevražda“.

Pod motiv „Self-medikace“ byly řazeny odpovědi celkem sedmi respondentů, které jasně vyjadřovaly zájem dosáhnout užitím/účinky benzodiazepinů zlepšení nepříznivě vnímaného duševního stavu nebo příznaku. Nejčastěji se jednalo o záměr řešit nespavost (3 dotazování), úzkost (2), stres (2) a depresi (1).

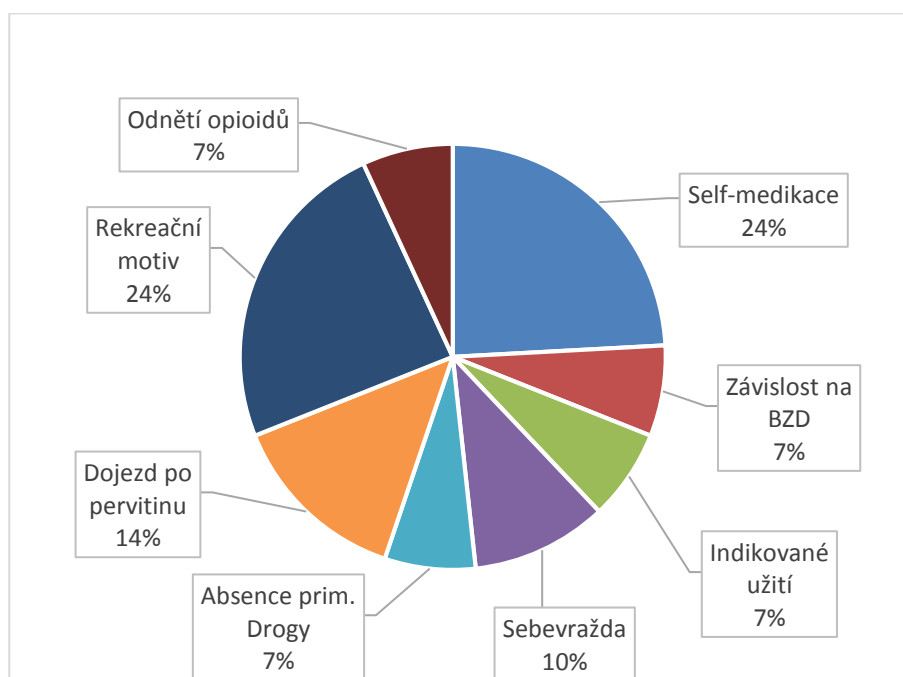
Dva dotazovaní (7 %) uvedli jako účel posledního užití benzodiazepinů snahu vyhnout se přímo odvykacímu stavu po jejich odnětí, například jeden přímo uvedl, „*že je (Rivotril) potřebuje*“. Tyto odpovědi byly řazeny do motivu „Závislost na BZD“.

Všechny uvedené motivy jsou seřazeny v tabulce 2, včetně příkladů odpovědí. Rozložení všech motivů posledního užití mezi dotazovanými následně ilustruje graf 14.

Tabulka 2 Motivy užití BZD a příklady

Motiv	Příklady odpovědí
Absence prim. drogy	„ <i>nevím, nebyl pervitin, navodit si nějaký stav</i> “; „ <i>místo pika</i> “
Dojezd po pervitinu	„ <i>přebít dojezd</i> “; „ <i>byl sem moc po piku</i> “; „ <i>usnout po piku</i> “
Indikované užití	„ <i>kvůli epilepsii, preventivně</i> “; „ <i>měla sem panickou ataku</i> “
Odnětí opioidů	„ <i>na absták po heráku</i> “; „ <i>snížení abstáku na opiáty</i> “
Rekreace	„ <i>zmastit se</i> “; „ <i>omámit se</i> “; „ <i>z nudy</i> “; „ <i>aby mi to rychleji uteklo v práci</i> “
Sebevražda	„ <i>prostě sebedestrukce</i> “; „ <i>demonstrativně se zabít, někdo mě zmlátit a fízlové to odmítli řešit, protože sem feťák</i> “
Self-medikace	„ <i>bylo mi psychicky špatně</i> “, „ <i>abych usnul</i> “, „ <i>kvůli stresu</i> “
Závislost na BZD	„ <i>protože je potřebuju</i> “

Graf 14 Motivy posledního užití BZD dle respondentů (N=29)



Respondentům byla následně položena otázka, zda poslední užití benzodiazepinů splnilo tento stanovený účel, kladně odpovědělo 83 % dotazovaných. Nespokojenost s užitím benzodiazepinů se objevila u rekreačního motivu (2 ze 7), při absenci primární drogy (1 ze 2), u sebevražedného motivu (1 ze 2) a u self-medikace (1 ze 7).

V následující otázce byly mapovány okolnosti posledního užití, které se obvykle shodovaly s motivem posledního užití. Tazatelům zároveň poskytly možnost upozornit dotazované na rozpory při pozdějších odpovědích (např. když uvedli současné užití jiných látek a později toto negovali). Většina odpovědí byla stručná a omezovala se na druh a množství užitých benzodiazepinů, někteří dotazovaní popsali poslední užití podrobněji.

V následující odpovědi respondentky lze ilustrovat „self-medikační“ motiv spočívající v užití benzodiazepinů ke zmírnění stresu následovaného spánkem, načež opakované užití nepřineslo týž účinek: „Po hádce s partnerem sem si dala jeden a půl Dormica, za patnáct minut jsem usla, druhý den večer už to nefungovalo“.

Respondenti často zmiňovali jako výsledek užití benzodiazepinů spánek („Byl sem sám na squatu, spolknul sem si asi deset Rivotrilů a usnul“), přičemž to byl často přímo zmiňovaný účel jejich užití: „dala jsem si večer, před spaním abych usla“. Jeden respondent popsal po posledním užití benzodiazepinů i poruchu/ztrátu paměti: „Probudil sem se naproti herně, nepamatuje si ani co sem měl pořádně“.

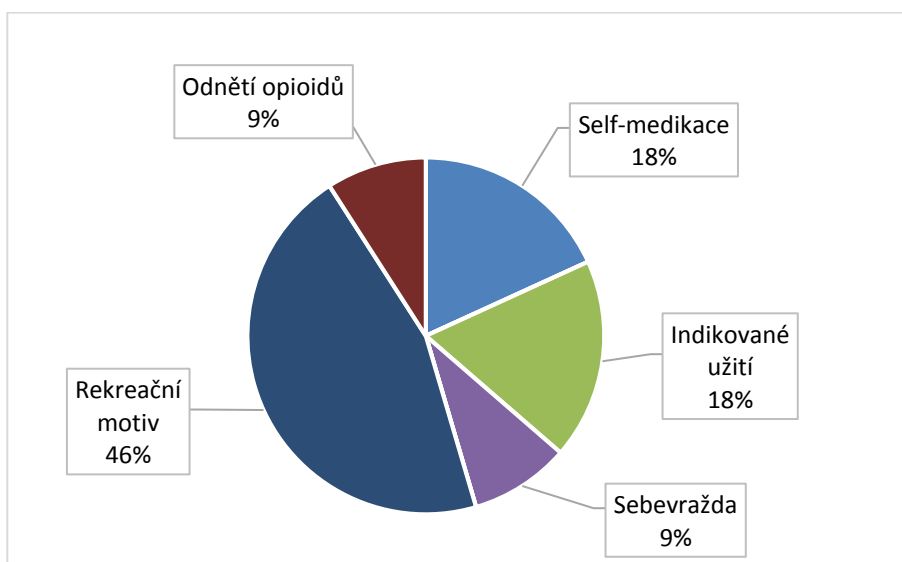
Negativní zkušenosti popisovalo v souvislosti s posledním užitím benzodiazepinů více dotazovaných, například respondent, který uvedl okolnosti takto: „na ulici s kamarádem, místo pervitinu, bylo mi zle, měl jsem šest Neuroků, klepal sem se“. Častěji negativní zážitky popisovali respondenti, kteří užívali benzodiazepiny společně s jinou návykovou látkou, například s pervitinem („ráno ve stanu jsem si dal třicet Lexaurinů a pervitin injekčně, skončil

sem v nemocnici“) nebo s alkoholem („Měl sem Xanax, před tím sem se opil, pak sem ležel, kroutil se, pak sem si dal celé plato a bylo to ještě horší“)

V následující odpovědi je popsáno užití za účelem zmírnění odvykacího stavu a jeho okolností: „Měl sem abtáak tak sem si dal jeden, který sem našel doma, pak sem neměl křeče a usnul“.

Motivy k užití podle výše zmíněné systematizace byly mapovány i u dotazu na nejvyšší užití množství benzodiazepinů, do kterého však byli zahrnuti i respondenti, kteří v posledním roce benzodiazepiny neužili. Tato otázka se soustředila na množství užitých benzodiazepinů, další užití návykové látky a následky užití, motiv byl proto určen pouze u 11 respondentů, mezi nimiž byl nejčastěji zastoupen „Rekreační motiv“ (46 %), tedy téměř 2x častěji než u posledního užití. V 18 % respondenti uvedli snahu o „Self-medikaci“, v 18 % užití dle lékařské indikace a zbylí respondenti uvedli užití benzodiazepinů kvůli odvykacímu stavu po odnětí opioidů (9 %) a se suicidálním motivem (9 %). Jejich rozložení ilustruje graf 15.

Graf 15 Motivy nejvyššího užití BZD (N=11)



Při popisu okolností užití nejvyššího množství benzodiazepinů v životě respondenti často uváděli negativní zážitky („bylo mi zle, skončila sem na výplachu žaludku“), ztrátu paměti („měl sem deset jedničkových Rivotrilů a pět dvojkovejch Neuroků, ztratil sem pak telefon a peněženku, nic si nepamatuju) a jiných známek rizikového užívání, výsledky této otázky budou proto prezentovány v následující části věnující se rizikovému užívání.

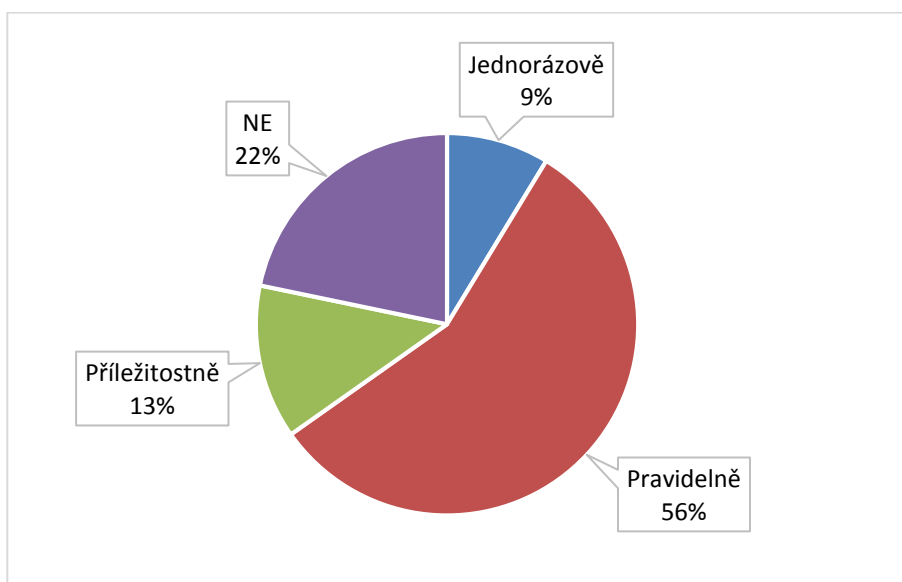
6.5.5 Výzkumná otázka 4: Vykazují klienti známky rizikového užívání benzodiazepinů a jsou si vědomi rizik spojených s užíváním benzodiazepinů?

Pro účely tohoto výzkumu byl pojem rizikové užívání benzodiazepinů pojímán jako takové užití, při němž hrozí zvýšená rizika pro uživatele či jiné osoby, jako například předávkování, úrazy, závislost a jiné problémy.

V rámci dotazníku bylo proto mapováno zejména současné užívání benzodiazepinů společně s dalšími návykovými látkami (riziko předávkování), absence dalších osob v průběhu užívání (riziko chybějící pomoci při předávkování), nejvyšší užití množství a jeho okolnosti, a samotné zkušenosti s potížemi zaznamenanými v souvislosti s užíváním benzodiazepinů, včetně abstinencních příznaků. Zkušenosti dotazovaných s nitrožilní aplikací benzodiazepinů byla popsána v části 6.5.2.

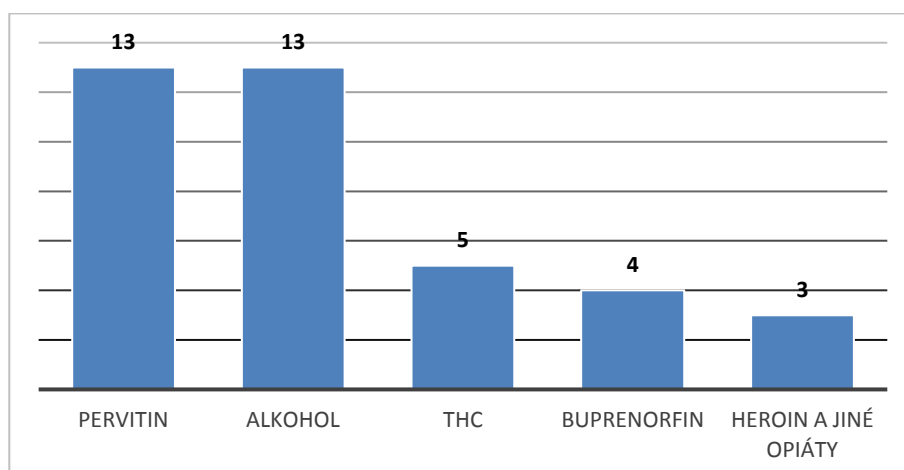
Užití společně s jinou návykovou látkou (s výjimkou tabákových výrobků) bylo zjišťováno u respondentů, kteří užili benzodiazepiny v posledním roce. Z 27 dotazovaných jich 22 (81 %) uvedlo zkušenost s užitím benzodiazepinů a jiné návykové látky současně, z nich dále 23 uvedlo i četnost toho kombinovaného užívání: 56 % je takto užívají pravidelně, 13 % příležitostně a 9 % je takto užili jednou. Zbýlých 5 respondentů (22 %) užilo benzodiazepiny pouze samostatně. Graf 16 ilustruje zastoupení pravidelnosti kombinovaného užívání mezi dotazovanými.

Graf 16 Současné užití s jinou návykovou látkou v posledním roce (N=23)



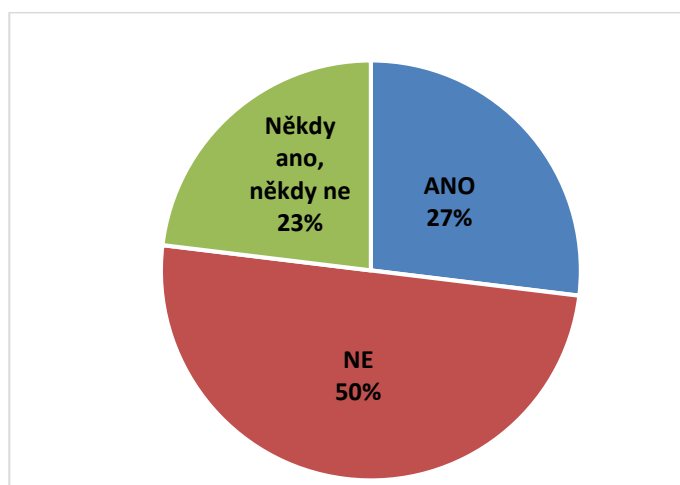
Častější společné užívání benzodiazepinů a dalších návykových látek uváděli polyvalentní uživatelé a uživatelé buprenorfinu (50 % z nich). Nejčastěji dotazovaní uváděli kombinování benzodiazepinů s pervitinem (13), alkoholem (13), konopím (5), buprenorfinem (4) a heroinem či jinými opiáty (3). Grafu 17 shrnuje toto zastoupení. Zvláště rizikové společné užívání alkoholu a benzodiazepinů uvedlo shodně 40 % polyvalentních uživatelů a uživatelů buprenorfinu, oproti tomu pouze 7 % uživatelů pervitinu.

Graf 17 S jakými látkami současně užíli v posledním roce (N=22)



Následující otázka mapovala, zda respondenti užívají benzodiazepiny o samotě nebo v přítomnosti jiné osoby (graf 18). Polovina uvedla užívání benzodiazepinů obvykle o samotě, 27 % ve společnosti jiné osoby/osob a 23 % uvedlo že někdy je přítomná jiná osoby a někdy není. Mezi respondenty, kteří uvedli společné užívání benzodiazepinů s jinými návykovými látkami, je 41 % užívá obvykle o samotě, u dalších 31 % někdy je a někdy není nikdo jiný přítomen.

Graf 18 Je s vámi obvykle při aplikaci přítomná jiná osoba? (N=26)



Další otázky v dotazníku byli pokládány všem dotazovaným, kteří uvedli alespoň jednu celoživotní zkušenost s užitím benzodiazepinů. U respondentů bylo zjišťováno nejvyšší užití benzodiazepinů při jedné příležitosti a jeho okolnosti. Odpověď poskytlo 48 dotazovaných, průměrné množství nejčastěji užívaného Rivotrilu při jedné této příležitosti činilo 30 mg (5x průměrného množství, které respondenti uváděli při obvyklém užití), což je o 10 mg více, než je nejvyšší denní povolené množství dle SPC tohoto přípravku pro dospělé (Roche s. r. o, 2020, str. 2). Nejvyšší uvedené množství současně užitého Rivotrilu bylo 720 mg (360x 2mg), které dle respondenta vedlo ke dvoudennímu spánku a ztrátě paměti.

Při podrobnějším popisu okolností nejvyššího užití benzodiazepinů při jedné příležitosti uvedlo 16 % respondentů současné užití jiné návykové látky (kromě tabákových výrobků), například s alkoholem: „*Tenkrát sem si dal téměř plato 0,5 mg Neurolu, plato Diazepamu během několika málo hodin a na zapítí pouhé dvě deci červeného vína. Co následovalo po nějaké chvíli stačí zažít jednou*“.

Dále 64 % popsalo výskyt potenciálně rizikového průběhu, nejčastěji silného útlumu či ztráty paměti na průběh intoxikace (54 %). Jeden respondent popsal pocity připomínající „*Rambo syndrom*“, zmiňovaný v část 3.1.2: „*Měl sem jich tolik že si to nepamatuju. Proč? Ze zvědavosti. Máš pocity že seš superman, po probuzení si nic nepamatuješ*“.

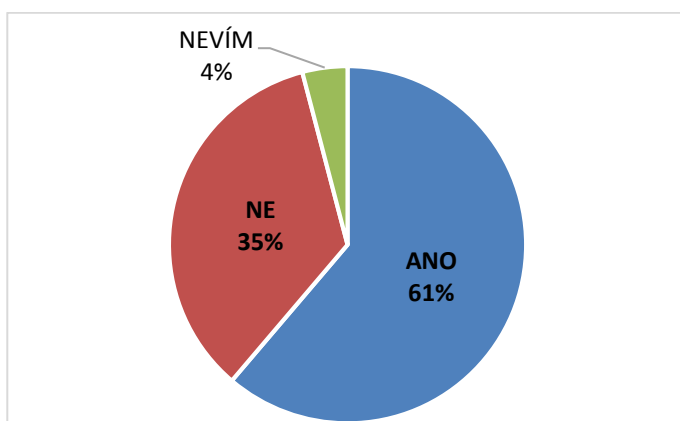
Ztráta paměti byla popisována často v souvislosti s užitím Rivotrilu („*měl sem 15 Rivotrilů s kamarádem na loupežné akci, 10 hodin mám výpadek paměti*“), někdy spojená s popisem agresivního chování („*čtyři 2mg Rivotrily, tři dny mám výpadek paměti, prej sem chtěl zavraždit svojí babičku, ale nepamatuju si to*“), které mohou být důsledkem paradoxní desinhibice (viz část 3.2.2).

Respondentka, která uváděla pravidelné užívání vysokých dávek benzodiazepinů, popsala následující průběh užití vysokého množství benzodiazepinů bezprostředně po propuštění z vězení, kdy mohlo dojít k poklesu tolerance: „*Po vězení, přivezl mě z něj táta, v koupelně jsem mu snědla čtyřicet Neurolů a třicet Riváčů, pak sem nemohla stát na nohou ale komunikovala, dostala sem od táty první facku v životě a zavolal mi záchranku, probudila sem se v nemocnici, nechal mi tam igelitku s věcmá*“.

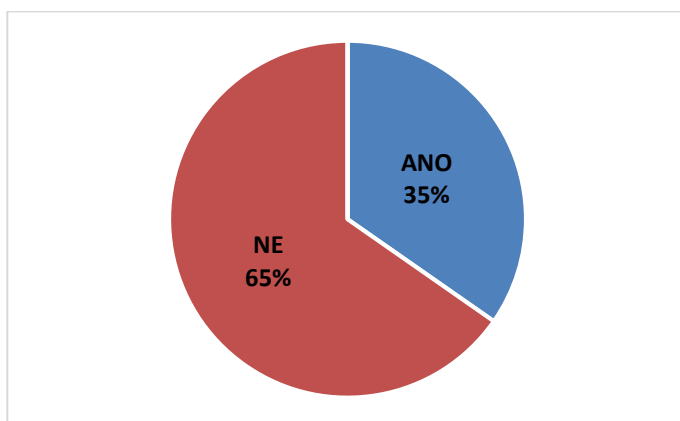
Dále byla dotazovaným položena otázka, zda zaznamenali v souvislosti s užitím benzodiazepinů nějaké negativní zážitky (graf 19), a pokud ano, jaké. Více než polovina respondentů negativní zážitky zaznamenala (61 %), 35 % nezaznamenala a zbylých 4 % zvolilo odpověď „*nevím*“.

Následovala otázka, zda zaznamenali jiné problémy vzniklé v souvislosti s užíváním benzodiazepinů. Nadpoloviční většina (65 %) uvedla že jiné problémy nezaznamenala, zbylých 35 % uvedlo že ano (graf 20).

Graf 19 Zaznamenali jste v souvislosti s užitím BZD nějaké negativní zážitky? (N=49)

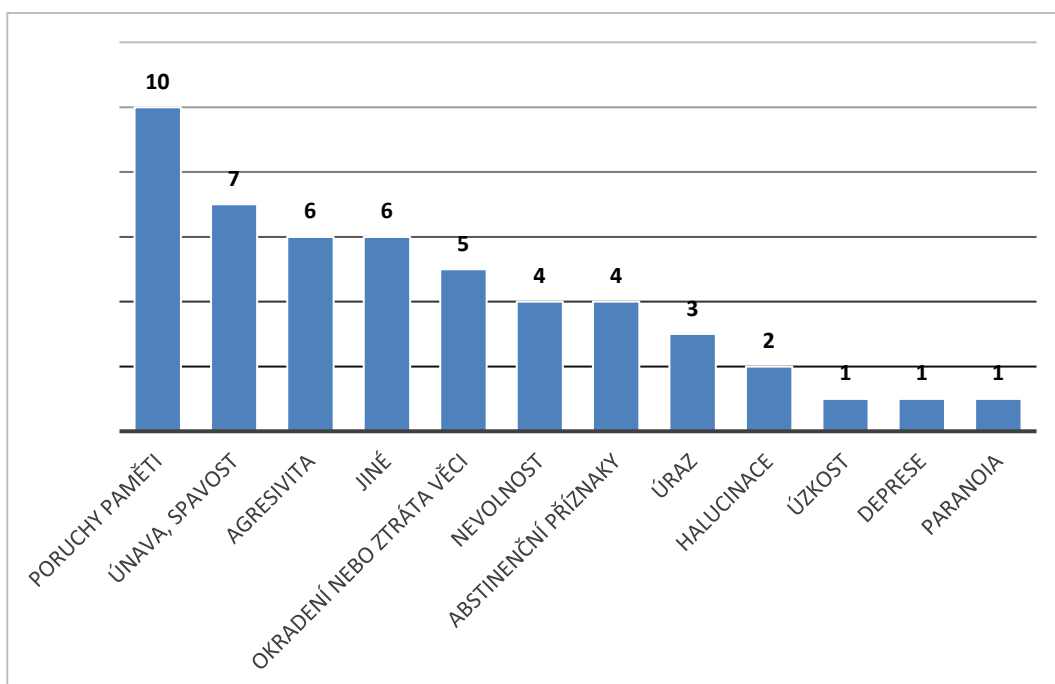


Graf 20 Zaznamenali jste v souvislosti s užitím BZD jiné problémy? (N=49)



Všechny popisované negativní zážitky či problémy z obou otázek následně shrnuje graf 21. Respondenti mohli uvést více těchto negativních zkušeností v souvislosti s užitím benzodiazepinů. Nejčastěji uváděli problémy s pamětí (především její výpadky), které uvedlo 10 respondentů. Sedm uvedlo zvýšenou únavu, útlum či spavost, 6 se setkala s agresivním chováním (u sebe či jiných osob). Pět respondentů bylo po užití benzodiazepinů okradeno nebo přišli o věc, kterou měli u sebe. Dotazovaní dále uváděli v souvislosti s užitím benzodiazepinů nevolnost (4), abstinenční příznaky (4), úrazy (3), halucinace (2), úzkosti (1), deprese (1) a paranoiu (1). Přehled všech těchto negativních zážitků ilustruje graf 21. Kategorie „jiné“ zahrnuje odpovědi šesti respondentů, kteří uvedli následující nespécifické potíže, které uvedli v souvislosti s užitím benzodiazepinů: bolest zad, žízeň, přibírání na váze, přerušovaný spánek, vysoký tlak a „pocit nevyrovnanosti“.

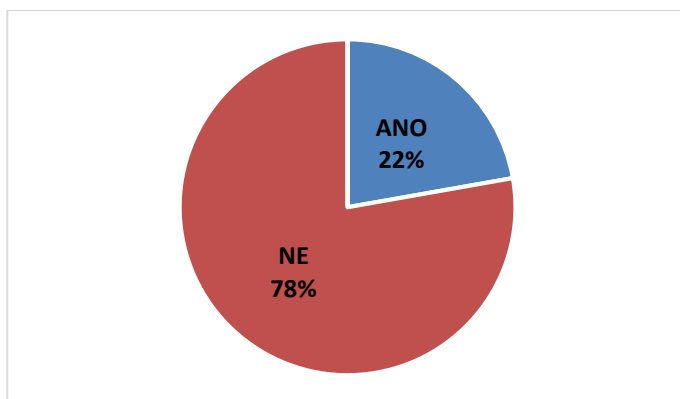
Graf 21 Přehled uváděných negativních zážitků v souvislosti s užitím BZD (N=47)



V následující otázce byly respondenti přímo dotázáni, zda někdy pociťovali některý z nabízených příznaků odvykacího stavu v souvislosti s odnětím benzodiazepinů. Oproti

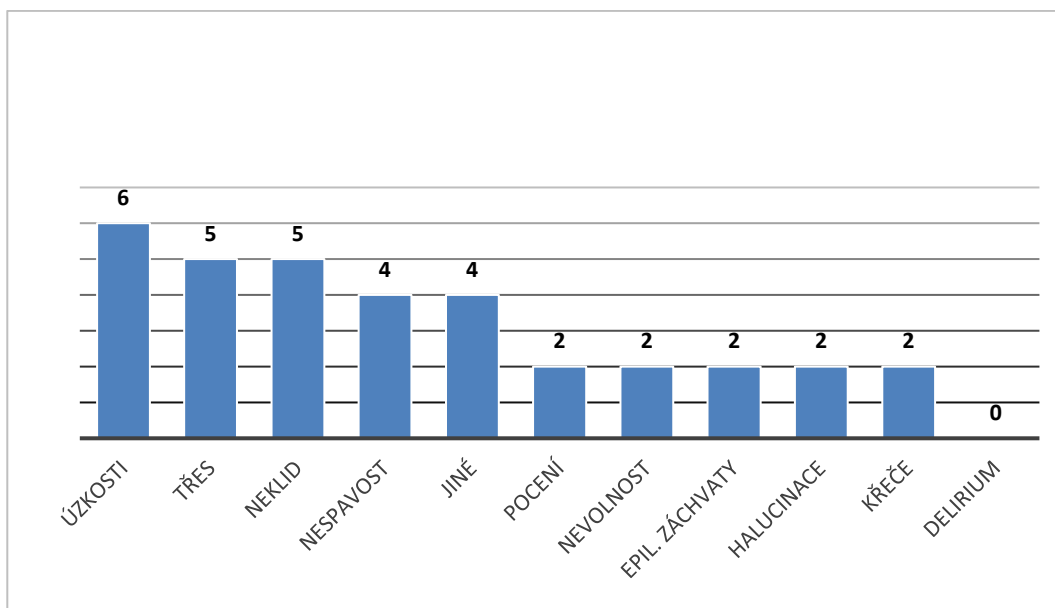
předchozí otázce zde odpovědělo kladně 10 dotazovaných (7 mužů a 3 ženy), polovinu z nich tvořili polyvalentní uživatelé (3) a uživatelé buprenorfinu (2). Čtyři z nich dále uvedli nestabilní bydlení (3 na ubytovně a 1 na ulici), 3 jsou denní uživatelé benzodiazepinů a 1 užívá několikrát týdně. Délku užívání uvedli pouze 4 z těchto dotazovaných: 20 let, 13 let, „pouze ve výkonu trestí“ a „od května už ne“. Obvyklé dávky při užití Rivotrilu uváděli od 0,5 mg po 60 mg, průměrně 13,5 mg (7 respondentů). Odpověď „nevím“ nevolil žádný dotazovaný. Rozložení odpovědí ilustruje graf 22.

Graf 22 Pociťovali jste někdy abstinenční příznaky, které byste připisovali odnětí BZD? (N=45)



Dotazovaní měli možnost zvolit jeden nebo více příznaků odvykacího stavu po odnětí benzodiazepinů, které vycházeli z části 3.3.2. Nejvíce respondentů uvedlo úzkosti (6); dále třes (5), neklid (5) a nespavost (4). Méně často uváděli zvýšené pocení (2), nevolnost (2), epileptické záchvaty (2), halucinace (2) a křeče (2). Delirium nevedl žádný dotazovaný. Čtyři dotazovaní přidali následující vlastní příznaky: Nechuť k jídlu, časté močení, sociální úzkost a agresivitu; v následujícím grafu jsou řazeny jako „jiné“ (graf 23).

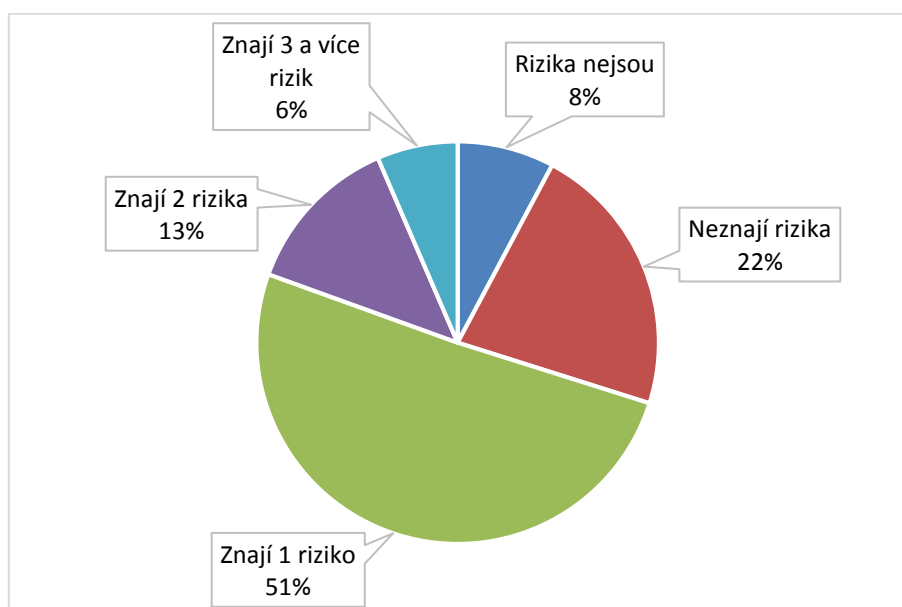
Graf 23 Pociťované příznaky odnětí BZD mezi respondenty (N=10)



Závěrečná část dotazníku byla zaměřena na znalosti rizik spojených s užíváním benzodiazepinů mezi dotazovanými. Na rozdíl od předešlých částí mohli odpovídat i respondenti, kteří v 1. otázce uvedli, že benzodiazepiny nikdy neužili. Záměr byl zjistit znalosti a postoje i této skupiny.

Respondenti byli nejprve dotázáni, zda podle nich existují nějaké rizika spojená s užíváním benzodiazepinů. 70 % odpovědělo kladně, 22 % neví a podle 8 % nejsou s užíváním benzodiazepinů spojena žádná rizika. U dotazovaných, kteří odpověděli kladně, bylo následně v rámci otevřené části otázky zjišťováno, jaká rizika znají. Odpovědi byly následně seříděny podle množství rizik, které byly schopni v danou chvíli uvést v rozsahu od 0 (neinformovaní respondenti), 1 (omezeně informovaní), 2 (středně informovaní) a 3 a více (dobře informovaní). Rozložení respondentů podle znalosti rizik ukazuje graf 24.

Graf 24 Znalost rizik spojených s užíváním BZD mezi respondenty (N=77)



Kategorii neinformovaných respondentů tvoří z 50 % dotazovaní, kteří uvedli že benzodiazepiny nikdy neužili. Dále zde bylo zastoupeno 40 % uživatelů buprenorfinu, 27 % uživatelů pervitinu a 20 % polyvalentních uživatelů. Mírně převažovali muži nad ženami oproti celku (26 % žen), průměrný věk byl podobný jako u celého souboru (35 let). 19 z těchto neinformovaných respondentů uvedlo v jakých podmínkách bydlí: 31 % v nestabilních formách (3 na squatu, 2 na ubytovně, 1 v zahradním domku).

Pět respondentů spadajících do této kategorie uvedlo užití benzodiazepinů v posledním roce (celkem 21,7 % ze všech neinformovaných respondentů). Dva z nich jsou denní uživatelé benzodiazepinů (28 % všech denních uživatelů). Průměrné množství Rivotrilu obvykle užívaného při jedné příležitosti uvedli 2 z těchto respondentů, činilo 4,25 mg. Žádní z nich neuvedl zkušenost s injekční aplikací benzodiazepinů. 4 z 5 těchto dotazovaných uvedlo společné užití benzodiazepinů společně s jinými návykovými látkami (80 %), 2 uvedli společné užití s alkoholem, 1 s buprenorfinem a 1 s konopím. Dva užívají benzodiazepiny pouze v nepřítomnosti jiné osoby (40 %), u tří někdy bývá další osoba (60

%). Dva zaznamenali v souvislosti s užíváním benzodiazepinů problémy (40 %), a jeden uvedl výskyt abstinenčních příznaků (20 %).

Mezi omezeně informovanými klienty byl podobný podíl žen (30 %) a průměrný věk (35 let) jako u celého souboru. Do této kategorie spadá 70 % uživatelů buprenorfinu, 50 % polyvalentních uživatelů, 47 % uživatelů pervitinu a 1 ze dvou uživatelů heroínu. 69 % těchto základně informovaných klientů uvedlo, že benzodiazepiny nikdy neužilo. Zbýlých 41 % uvádí jejich užití v posledním roce.

Mezi 16 omezeně informovanými respondenty, kteří užili benzodiazepiny v posledním roce, byli 4 denní uživatelé benzodiazepinů (57 % všech denních uživatelů). 4 z nich někdy užili benzodiazepiny injekčně (25 %). Průměrné množství obvykle Rivotrilu obvykle užívaného při jedné příležitosti uvedlo 12 z těchto respondentů, činilo 10 mg. 11 ze 16 těchto respondentů (69 %) uvedlo společně užití benzodiazepinů společně s jinými návykovými látkami, z toho 7 s alkoholem, 8 s pervitinem, 3 s buprenorfinem a 2 s opiáty včetně heroínu (5 uvedlo více látek). 9 užívá obvykle benzodiazepiny bez přítomnosti jiné osoby (56 %), 2 vždy v přítomnosti jiných osob (12,5 %) a 3 někdy sami a někdy s někým (19 %), jeden neodpověděl. 5 z těchto respondentů nezaznamenali žádné negativní zážitky ani jiné problémy v souvislosti s užitím benzodiazepinů (31 %), zbylých 11 je zaznamenali (68 %). 5 respondentů v této kategorii popsali i abstinenční příznaky (31 %).

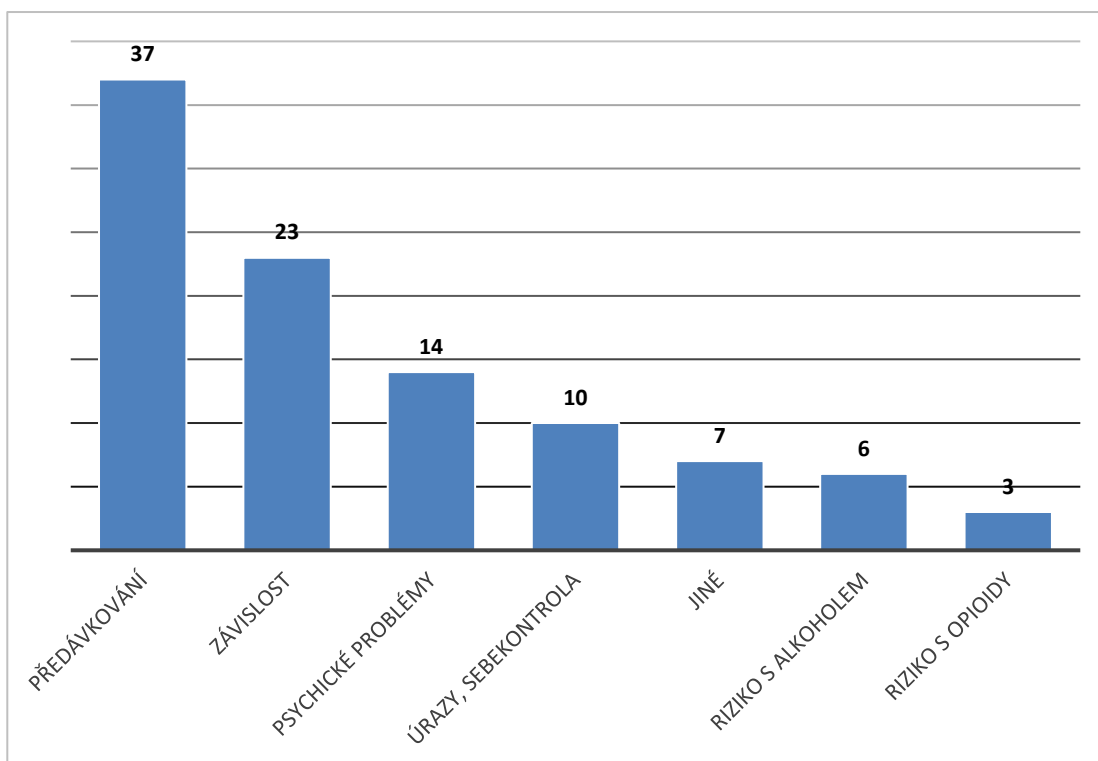
Zbylé dvě kategorie středně a dobře informovaných respondentů tvořili především uživatelé pervitinu (23 % všech uživatelů pervitinu), dále do těchto kategorie spadalo 30 % ze všech polyvalentních uživatelů. Poměr mužů a žen odpovídal celku, průměrný věk byl o něco vyšší (35,96 let, medián 36,5). Z celkem 15 těchto respondentů pouze jeden nikdy neužil benzodiazepiny (6,66 %), 47 % uvedlo jejich užití v posledním roce.

Mezi sedmi středně a dobře informovanými respondenty, kteří užili benzodiazepiny v posledním roce, byl jeden denní uživatel benzodiazepinů (14 % všech denních uživatelů). Jeden z nich uvedl zkušenost s užitím benzodiazepinů injekčně (14 %). Průměrné množství nejčastěji užívaného Rivotrilu uvedl pouze jeden dotazovaný - 6 mg, které užíval ve vězení. Všech 7 těchto respondentů uvedlo užití benzodiazepinů společně s jinými návykovými látkami, z toho 3 s alkoholem, 3 s pervitinem a jeden s opiáty včetně heroínu. Dva z nich užívají obvykle benzodiazepiny bez přítomnosti jiné osoby (28, 5 %), 4 vždy v přítomnosti jiných osob (51 %) a poslední někdy sám a někdy s někým (14 %). Všech 7 zaznamenalo negativní zážitky nebo jiné problémy, 3 z nich popsali i abstinenční příznaky (43 %).

Následující graf 25 ukazuje rizika, které respondenti uváděli, přičemž mohli uvést více rizik. Nejčastěji uváděli riziko předávkování benzodiazepiny (37 odpovědí) a závislosti na nich (23). Další častou kategorií uváděných rizik byly různé psychické komplikace spojené s užíváním benzodiazepinů (úzkosti, deprese, či odpovědi jako „*můžu se po tom zbláznit*“), které uvedlo 14 respondentů. Do kategorie úrazů a zhoršené sebekontroly byly zařazeny odpovědi 10 dotazovaných, jako například „*lidé si myslí že jsou neviditelní*“, „*zhoršené psychomotorické schopnosti*“, „*lidi jsou po tom mimo a neví o sobě*“ a podobné, poukazující

nejčastěji na agresivní chování. Na riziko užívání benzodiazepinů společně s alkoholem poukázalo 6 respondentů, na riziko s opioidy 4. Kategorie „jiné“ zahrnuje problémy, které nejsou obvykle přímo spojeny s užíváním benzodiazepinů výše (např. „ničení jater“) nebo takové, které jsou relevantní (riziko při řízení, komplikace při úvodu do anestezie, poškození mozku (mrtvice), rizika při nitrožilní aplikaci, epileptické záchvaty, epilepsie). Rozložení uváděných rizik ilustruje graf 25.

Graf 25 Uváděná rizika spojená s benzodiazepiny (N=55)

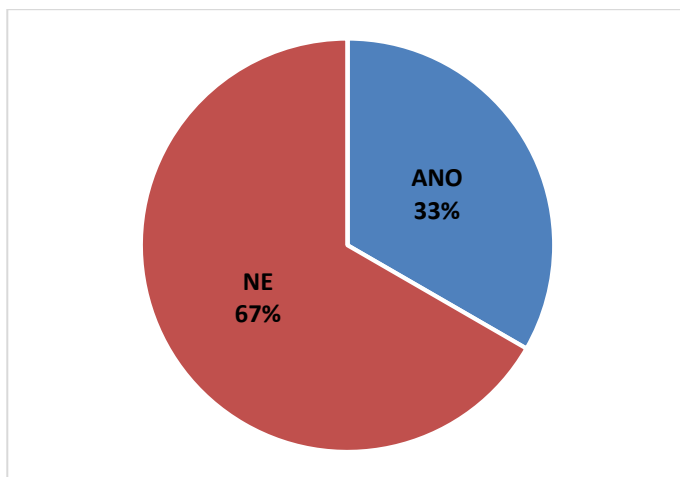


V kategorii respondentů, kteří uvedli pouze jedno riziko (omezeně informovaní) častěji zmiňovali riziko závislosti (38 %), riziko předávkování samotnými benzodiazepiny nebo bez dalšího upřesnění uvedlo 24 % dotazovaných, konkrétně rizika s opioidy nebo s alkoholem dalších 16 %.

V rámci výzkumu bylo také zjišťováno, zda respondenty někdo informoval o rizicích spojených s užíváním benzodiazepinů. Tato otázka byla v dotazníku položena v části mapujících zdroje benzodiazepinů, odpovídali v ní proto pouze respondenti, kteří benzodiazepiny užili v posledním roce. Třetina dotazovaných (33 %) uvedla, že byla o rizicích někým informována, polovinu o rizicích informovali kamarádi, 5 doktor, 1 zdravotní sestra a 1 byl informován v ambulantní léčbě závislosti (respondenti mohli uvést více zdrojů informací). Osm z nich dále uvedlo společné užití benzodiazepinů s jinou návykovou látkou (3 s alkoholem, 2 s pervitinem, 1 s heroinem, 1 s pervitinem či s alkoholem a 1 s heroinem či s pervitinem). Polovina z nich užívá benzodiazepiny bez přítomnosti jiné osoby, 4 vždy s jinou osobou a 2 někdy s někým a někdy samy. Osm z nich spadalo do kategorie základně informovaných respondentů, tři do středně informovaných a jeden uvedl, že rizika nezná.

Zbýlých 67 % dotazovaných uvedlo, že je nikdo o rizicích neinformoval. Odpovědi na tuto otázku ilustruje graf 26.

Graf 26 Informoval vás někdo o rizicích spojených s užíváním BZD? (N=36)



Poslední otázka v dotazníku zjišťovala, zda mají respondenti dojem, že od pracovníků terénního programu nebo kontaktního centra SEMIRAMIS dostávají dostatek informací o rizicích benzodiazepinů. 76 % dotazovaných uvedlo že ano, 21 % uvedli že nemají dojem, že by dostávali dostatek informací a 3 % neví.

Respondenti měli zároveň možnost uvést, co by v tomto ohledu od pracovníků potřebovali. Většina respondentů neodpověděla, popřípadě odpověděla že nic nepotřebují. Jeden respondent uvedl, že by chtěl více informací na nástěnce v kontaktním centru, další uvedl „*Je to jedno, stejně si může říkat kdo chce co chce, stejně si pojedou svý*“.

6.6 Diskuze

V rámci realizovaného výzkumu lze identifikovat několik faktorů, které mohly ovlivnit jeho průběh a jeho výsledky.

Z hlediska reprezentativnosti je podstatné, že výzkum probíhal mezi klienty jedné organizace v rámci čtyř sousedících okresů ve Středočeském kraji. Z tohoto důvodu není možné výsledky zobecňovat na širší populaci. Výběr respondentů probíhal nenáhodně, podle toho, jak klienti přicházeli do služeb a tazatelé rozhodli o jejich oslovení pro výzkum s přihlédnutím k časovým možnostem. Jedním z posuzovaných kritérií pro oslovení klienta do výzkumu byl jeho aktuální duševní stav, přičemž při výrazných známkách intoxikace nebyl obvykle klient osloven. Tímto mohli být opomenuti klienti pod vlivem benzodiazepinů, jejichž zapojení do výzkumu by mohlo ovlivnit výsledky.

V oblasti validity mohlo výsledky ovlivnit dotazování prostřednictvím tazatelů z řad pracovníků terénního programu a kontaktního centra, které dotazovaní znali, což mohlo vést ke zkreslení výsledků. Na druhou stranu to mohlo vést k vyšší důvěře dotazovaných a snazšímu získání přesnějších informací. V této souvislosti mohlo mít dále vliv i zapojení více

tazatelů, kteří mohli i při využití jasně strukturovaného dotazníku s vodítky pro otevřené otázky získávat informace nebo je zaznamenávat odlišně.

Výzkum probíhal v období takzvané druhé vlny pandemie SARS-CoV-2, což mohlo mít vliv na průběh výzkumu i na zaznamenané chování dotazovaných. Oproti předešlému roku došlo v roce 2020 dle dat z interní databáze organizace SEMIRAMIS z.ú. k úbytku přímých kontaktů s klienty v terénním programu i kontaktním centru. Dle souhrnu hlavních zjištění v rámci speciální kapitoly věnované dopadům COVID-19 v rámci Výroční zprávy o stavu ve věcech drog 2019 (Mravčík, a další, 2020, str. 247) se zdá, že u intenzivních uživatelů návykových látek mohlo dojít ke zvýšení míry užívání, zatímco u rekreačních a občasných uživatelů spíše k jejímu snížení. Navíc je dle autorů nutné vnímat tyto dopady v kontextu obecných dopadů pandemie na duševní zdraví a dalších rizikových faktorů, které se mohou projevit vyšší úzkostností, změnami nálad, vyšší mírou domácího násilí, sebevražd či agresivity.

Pro některé sledované jevy, například vzorce užívání, by bylo vhodnější ve vyšší míře využít kvalitativní přístup, např. formou polostrukturovaného rozhovoru. Pro naplnění cíle výzkumu, tedy zmapování užívání benzodiazepinů mezi klienty dané organizace, bylo však nezbytné provést výzkum na širším vzorku se zapojením více tazatelů. K tomu byl jako nejvhodnější vybrán kvantitativní výzkum s využitím standardizovaného dotazníku se zahrnutím otevřených otázek, které umožnily alespoň částečný sběr kvalitativních dat.

Dále budou diskutovány podstatná zjištění v rámci výzkumu. Celková prevalence užití benzodiazepinů v posledním roce mezi dotazovanými v tomto výzkumu činila 55 %. Oproti tomu ve výzkumu Multiplikátor 2019 uvedlo jejich užití 35,6 % respondentů ve Středočeském kraji (Mravčík, a další, 2019, str. 95). Vliv na tento rozdíl mohlo mít přímé dotazování na benzodiazepiny včetně uvedení nejnámějších zástupců těchto léků v první otázce rámci výzkumu provedeného v této práci. Dle Dvořáčka (Emergentní adiktologie 1 - akutní intoxikace, 2015, str. 353) někteří klienti nepovažují benzodiazepiny za skutečnou drogu a nemusejí tak bez přímého dotázání uvést jejich užití.

Ve zmíněné studii Multiplikátor 2019 uvedlo 5,1 % dotazovaných v rámci Středočeského kraje benzodiazepiny jako svou primární drogu (Mravčík, a další, 2019, str. 94). Ve výzkumu v rámci této práce žádný respondent neuvedl benzodiazepiny jako svou primární drogu, velmi podobné však byl podíl denních uživatelů benzodiazepinů: 24 % v této práci oproti 27,3 % ve studii Multiplikátor 2019. Podíl respondentů, kteří uvedli jejich užívání několikrát týdně činil 7 % v rámci tohoto výzkumu oproti 13,6 % ve studii Multiplikátor 2019; jednou týdně nebo méně jejich užití uvedlo celkem 69 % respondentů v tomto výzkumu oproti 59,1 % ve studii Multiplikátor 2019 (Mravčík, a další, 2019, str. 94).

Jako zdroje benzodiazepinů uvedla většina respondentů v rámci výzkumu realizovaného pro účely této práce jiné zdroje než předpis od lékaře (56 %), přičemž výhradně od lékařů je získává pouze 15 % dotazovaných. Celkem 85 % tedy získává minimálně část užívaných benzodiazepinů jiným způsobem. V rámci jiných zdrojů uvedlo

nejvíce respondentů „známé“ (44 %), 22 % pak uvedlo přímo „černý trh“. Tyto dvě kategorie se ale do jisté míry prolínají a záleží na definici konkrétního dotazovaného, koho termínem „známí“ myslí. O existenci rozsáhlého pouličního trhu referují i další autoři, např. Kubečková s Krumposovou (2010). V rámci tohoto výzkumu se 73 % dotazovaných domnívalo, že jsou benzodiazepiny snadno dostupné. Žádný z dotazovaných neuvedl získávání benzodiazepinů prostřednictvím online prostředí, o čemž referovala EMCDDA (2020, stránky 46-47) nebo NPC (2020, stránky 52-86).

Nejužívanějším benzodiazepinem ve výzkumu se stal Rivotril, jehož užití uvedlo téměř 90 % dotazovaných, kteří benzodiazepiny užili v posledním roce. Další často zmiňované benzodiazepiny mezi těmito dotazovanými byly Neurol (41 %) a Diazepam (34 %). Tento trend potvrzuje i publikace Zneužívání psychoaktivních léků v ČR (Nechanská, Mravčík, & Popov, 2012) a další autoři (např. Termer, 2011).

Někteří dotazovaní také uváděli jako uváděné „jiné“ benzodiazepiny i léky spadající do jiných lékových kategorií (často například opioid tramadol), což jednak naznačuje nízkou znalost užívaných léčiv mezi některými klienty; dále to může představovat riziko při jejich společném užívání.

Většina respondentů ve výzkumu uvedla zkušenost pouze s perorálním užitím benzodiazepinů (66 %), 21 % uvedlo celoživotní zkušenost s užitím benzodiazepinů intravenózně, 10 % je „cucají“ a 3 % nechávají rozpustit pod jazykem. U této otázky se ukázalo jako omezení dotazování se na celoživotní zkušenost a i na zkušenost v posledním roce, což by bylo vhodné zejména u intravenózní aplikace. Ta se totiž často vázala k užívání dnes již nedostupného Rohypnolu. Zbývající respondenti uvedli intravenózní užití Apaurinu, drcení tablet a jejich injekce se na rozdíl od jiných autorů (např. Kubečková s Krumposovou, 2010) mezi dotazovanými neobjevila, stejně jako intranasální užívání popisované v zahraničí (Votaw, Geyer, Rieselbach, & McHughb, 2019).

Jedním ze dvou nejčastějších motivů k poslednímu užití benzodiazepinů mezi respondenty byla „self medikace“ ke zmírnění stresu, napětí nebo za účelem navození spánku. Tento trend je popisován jak v domácích výzkumech (např. Radimecký, Janíková, & Záborský, 2009), tak v zahraničí (Votaw, Geyer, Rieselbach, & McHughb, 2019). Stejně zastoupeným (zhruba ¼ respondentů) byl prostý motiv intoxikace, v této práci označovaný jako „rekreační motiv“. Tyto dvě kategorie se ale mohou do jisté míry prolínat, neboť odpovědi jako „navodit si nějaký stav“ mohou též představovat snahu o únik před nudou či nepříjemným psychickým stavem. Snahu o intenzivní intoxikaci pomocí benzodiazepinů a záměrnou ztrátu sebekontroly popisuje Herzog (Drogy a kriminalita pohledem terénních programů, 2012).

Na pomezí mezi dotazy na vzorce užívání a rizikové chování stála otázka mapující nejvyšší užitě množství benzodiazepinů v životě. Odpovědi na tuto otázku jsou popsány v části 6.5.5, dle autora je významné především široké rozpětí množství užívaných benzodiazepinů, které svědčí o značné míře individuální tolerance k jejich účinkům mezi respondenty a časté

zmiňování nežádoucích účinků (zhruba v polovině případů), přičemž je ale diskutabilní, zda se jedná skutečně o nechtěné účinky (např. ztráta kontroly), podobně jako naznačuje výše Herzog.

V rámci této otázky nebyl motiv zjištěn tak často jako v případě posledního užití. Vliv měl pravděpodobně i fakt, že zde mohlo častěji docházet k delšímu časovému odstupu mezi zkoumaným jevem (poslední užití bylo mapováno pouze u respondentů, kteří benzodiazepiny užíli v posledním roce, nejvyšší u všech kteří je užíli alespoň jednou v životě). Respondenti častěji uvedli jako motiv nejvyššího užití „recreační účel“ (46 %), než v případě posledního užití (24 %), což se dle autora jeví jako očekávatelné. Naopak vyšší podíl užití dle lékařské indikace (18 % oproti 7 %) a nižší „sebevražedný“ motiv (9 % oproti 10 %) je v této souvislosti dle autora méně očekávatelný. Limitem je ale zmíněný nízký počet uvedených motivů u obou otázek (29 u posledního užití a 11 u nejvyššího).

Dle autora jsou nejdůležitější pro praktické využití získaných poznatků data získaná v rámci mapování rizikového užívání benzodiazepinů a znalosti rizik mezi respondenty.

Z výsledků vyplývá, že rizika i problémy spojené s užíváním benzodiazepinů se častěji vyskytují u uživatelé opioidů a polyvalentních uživatelů. Především se jedná o častější intenzivní užívání (denně nebo vícekrát týdně), rizikové kombinace s dalšími návykovými látkami (především alkoholu a opioidů), užívání bez přítomnosti jiných osob nebo častější uvádění příznaků odvykacího stavu po odnětí benzodiazepinů.

Jiné charakteristiky respondentů neměly v tomto kontextu takový význam jako primární droga. Vzhledem ke snadné dostupnosti této informace o klientech v rámci nízkoprahových programů je dle autora příhodné směřovat dotazování na užívání benzodiazepinů a případné další intervence (infoservis, poradenství) především na klienty užívající buprenorfin, opioidy a na polyvalentní uživatele.

Kromě vyššího výskytu rizikového užívání benzodiazepinů tvořili uživatelé opioidů a polyvalentní uživatelé zároveň podstatnou část skupiny dotazovaných, kteří nevykazovali žádnou či malou míru znalosti rizik spojených s užíváním benzodiazepinů. Celkově vykazovali dotazovaní nedostatky informací zejména v oblasti rizika závislosti (uvedlo 41 % respondentů) a předávkování (uvedlo v nějaké formě celkem 56 % dotazovaných). V tomto ohledu by bylo vhodné v oblasti rizik předávkování zdůrazňovat především rizikové kombinace s alkoholem (které přímo uvedlo pouze 10 % dotazovaných) a s opioidy (které uvedlo 5 %).

Zároveň 67 % dotazovaných uvedlo, že je nikdo o rizicích neinformoval, přičemž 76 % uvedlo, že od pracovníků TP a KC SEMIRAMIS z.ú. dostává dostatek informací o této problematice. Z toho lze usoudit, že je nezbytné být v tomto ohledu iniciativní, na užívání benzodiazepinů se cíleně ptát a poskytovat informace o rizicích bez vyžádání.

Na základě těchto poznatků připravil autor této práce prezentaci pro pracovníky organizace SEMIRAMIS z.ú. a další zájemce, která cílí na zvýšení informovanosti v této oblasti pro snížení rizik mezi uživateli benzodiazepinů z řad lidí užívajících drogy rizikově. V rámci

dalšího výzkumu by bylo vhodné zmapovat vztah mezi informovaností a rizikovým užíváním benzodiazepinů, neboť dle této práce vykazovali více informovaní respondenti spíše vyšší výskyt rizikového chování. Zároveň ale nebylo detailně zjišťováno, zda je toto chování přítomno v současnosti nebo jej respondenti vykazovali v minulosti (a mohlo tedy vést k „poučení“). Dále by bylo vhodné výzkum rozšířit i na další léky s psychoaktivními účinky.

6.7 Závěr

V rámci výzkumu bylo mapováno užívání benzodiazepinů mezi klienty harm reduction služeb SEMIRAMIS z.ú.

První výzkumná otázka zjišťovala míru užívání benzodiazepinů mezi respondenty. Celoživotní prevalence užití benzodiazepinů mezi respondenty činila 67 %, v posledním roce jejich užití uvedlo 37 % respondentů.

Dále byly zjišťovány zdroje benzodiazepinů mezi respondenty. 31 % dotazovaných uvedlo jejich získávání od lékaře, dalších 13 % od více najednou. 85 % dotazovaných je získává i z jiných zdrojů, zejména od známých (44 %) a z černého trhu (22 %). 11 % je získalo ve vězení. Dle 73 % dotazovaných je snadné benzodiazepiny získat.

Třetí výzkumná otázka se zabývala vzorci užívání benzodiazepinů. Denní užívání benzodiazepinů v posledním roce uvedlo 24 % dotazovaných, 7 % je užívalo několikrát týdně, 21 % jednou týdně nebo méně, 31 % jednou měsíčně a méně a zbylých 17 % je v posledním roce užilo pouze jednorázově. 90 % respondentů užívá Rivotril, nejčastěji pouze perorálně (66 %), průměrné množství Rivotrilu užitého při jedné příležitosti činilo 5,95 mg. 21 % dotazovaných někdy v životě užilo benzodiazepiny intravenózně.

Nejčastějšími motivy posledního užití mezi dotazovanými byla „self-medikace“ a „rekreační motiv“ (např. „zmastit se“), které dohromady tvořily téměř polovinu všech uváděných motivů (48 %). Třetím nejčastějším motivem bylo tlumení „dojezdů“ po užívání pervitinu (14 %), dále 10 % uvedlo poslední užití benzodiazepinů za účelem sebevraždy. Zbylí respondenti uváděli zvládnutí odvykacího stavu po odnětí opioidů; absenci primární drogy; závislost na benzodiazepinech nebo užití dle lékařské indikace (vše po 7 %).

Čtvrtá výzkumná otázka mapovala rizikové užívání benzodiazepinu a znalosti rizik mezi respondenty. 56 % respondentů uvedlo pravidelně užívání benzodiazepinů společně s jinou návykovou látkou (krom tabákových výrobků) v posledním roce (13 % příležitostně a 9 % jednorázově). Nejčastěji kombinovali benzodiazepiny společně s pervitinem a alkoholem (oboje shodně 59 % respondentů, kteří uvedli kombinování BZD s dalšími návykovými látkami). Častěji kombinují BZD a jiné návykové látky uživatelé buprenorfinu a polyvalentní uživatelé. Polovina respondentů užívá benzodiazepiny bez přítomnosti jiné osoby, 23 % je užívají někdy sami.

Při dotazování na nejvyšší užité množství uváděli respondenti průměrné užité množství Rivotrilu 30 mg (nejvyšší uvedené dosáhlo 720 mg). 61 % dotazovaných se setkalo s negativními zážitky v souvislosti s užitím benzodiazepinů, 35 % uvedlo jiné problémy.

Nejčastěji uváděnými byly poruchy paměti (21 %), spavost (14 %) a agresivita (13 %). 23 % zaznamenalo příznaky odvykacího stavu po odnětí benzodiazepinů, nejčastěji úzkost, třes a neklid.

Co se týče znalosti rizik užívání benzodiazepinů 8 % respondentů uvedlo, že nejsou žádná rizika, 22 % žádná nezná (ale nevylučuje je). 51 % dotazovaných znala alespoň 1 riziko (nejčastěji předávkování či závislost), 13 % uvedlo 2 rizika, zbylých 6 % znalo 3 a více rizik.

Celkově znalo 56 % respondentů riziko předávkování benzodiazepiny a 41 % závislost na benzodiazepinech. Celkem 67 % dotazovaných uvedlo, že je nikdo o rizicích neinformoval, zároveň 76 % se domnívalo, že od pracovníků SEMIRAMIS z.ú. dostávají v této oblasti dostatek informací.

Citovaná literatura

- Bach, P., Walton, G., Hayashi, K., Milloy, M-J, Dong, H., . . . Montaner, J. (1. June 2016). Benzodiazepine Use and Hepatitis C Seroconversion in a Cohort of Persons Who Inject Drugs. *AJPH RESEARCH*, 1068-1072.
- Bouček, J., & Pidrman, V. (2005). *Psychofarmaka v medicíně*. Praha: Grada Publishing.
- Broyles, L. M., Binswanger, I. A., Jenkins, J. A., Finnell, D. S., Faseru, B., Cavaola, A., . . . Gordon, A. J. (2014). Confronting Inadvertent Stigma and Pejorative Language in Addiction Scholarship: A Recognition and Response. *Substance abuse*, 217-221. doi:10.1080/08897077.2014.930372
- Černá, M., & Kollárová, J. (2015). *Laktační minimum pro pediatrii*. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví.
- Darke, S., Libby, T., & Ross, J. (2002). The injection of methadone and benzodiazepines among Sydney injecting drug users 1996-2000: 5-year monitoring of trends from the Illicit Drug Reporting System. *Drug and Alcohol Review*, 27-32.
- Darke, S., Ross, J., & Cohen, J. (1996). The use of benzodiazepines among regular amphetamine users. *Addiction*, 1683-1690.
- Dvořáček, J. (2015). Emergentní adiktologie 1 - akutní intoxikace. V K. Kalina, & e. al., *Klinická adiktologie* (stránky 327-345). Grada publishing: Praha.
- Dvořáček, J. (2015). Emergentní adiktologie 2 . V K. Kalina, *Klinická adiktologie* (stránky 346-360). Praha: Grada Publishing.
- Eiroa-Orosa, F. J., Haasen, C., Verthein, U., Dilg, C., Schäfer, I., & Reimer, J. (12. Říjen 2012). Benzodiazepine use among patients in heroin-assisted vs. methadone maintenance treatment: findings of the German randomized controlled trial. *Drug Alcohol Dependence*, 226-233.
- European Monitoring Center for Drugs and Drug addiction. (2018). *PERSPECTIVES ON DRUGS: The misuse of benzodiazepines among high-risk opioid users in Europe*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction . (18. listopad 2020). *Benzodiazepines drug profile*. Načteno z European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction : https://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/benzodiazepines_en
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2020). *European Drug Report 2020: Trends and Developments*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Farrell, M., Day, C., & Haber, P. (2015). *Addiction Medicine : Principles and Practice*. Melbourne: IP Communications.

- Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál, s.r.o.
- Ford, C., & Law, F. (2020). *Doporučení k užívání a snižování míry zneužívání benzodiazepinů a dalších hypnotik a anxiolytik 1. vydání v českém jazyce*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Fürstová, M. (2018). *Rizikové sexuální chování u problémových uživatelů návykových látek využívajících nízkoprahových adiktologických služeb v Českých Budějovicích*. Praha: Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta.
- Harm reduction action center. (12. prosinec 2018). *Issuu*. Načteno z Benzodiazepine: A Harm Reduction Guide: <https://issuu.com/kat.harm.reduction/docs/benzodiazepine>
- Herzog, A. (2012). Drogy a kriminalita pohledem terénních programů. *Kriminalita & drogy* (stránky 47-59). Praha: SANANIM.
- Janíková, B. (2015). Harm reduction. V K. Kalina, *Klinická adiktologie* (stránky 272-285). Praha: Grada Publishing.
- Jones, J. D., Mogali, S., & Comer, S. D. (2. Říjen 2012). Polydrug abuse: A review of opioid and benzodiazepine combination use. *Drug and Alcohol Dependence*, 8-18.
- Kalina, K., & al., e. (2001). *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Filia nova.
- Kronenfeld, N., Berlin, M., Shaniv, D., & Berkovitch, M. (2017). Use of Psychotropic Medications in Breastfeeding Women. *Birth Defects Research*, 957–997.
- Kubečková, P., & Krumposová, P. (16. červen 2010). *Neurol*. Načteno z edekontaminace: <http://edekontaminace.cz/clanek/1/468/neurol.html>
- Kubečková, P., & Krumposová, P. (1. leden 2016). *Zkušenosti klientů TP Ulice s Neurolem, Rivotrilem, Diazepamem a Tramalem*. Načteno z DocPlayer: <https://docplayer.cz/14998758-Zkusenosti-klientu-tp-ulice-s-neurolem-rivotrilem-diazepamem-a-tramalem-pavlina-kubeckova-dis-petra-krumposova-dis.html>
- Küfner, H., Casati, A., & Pfeiffer-Gerschel, T. (2011). *Conceptualization of a Methodology for Monitoring the Misuse of Medicines in Europe*. Munich: Institut für Therapieforschung.
- L. Soto, A., & F. Reyes, C. (2012). *Benzodiazepine Abuse and Therapeutic Uses, Pharmacology and Health Effects*. New York: Nova Science Publishers.
- Lautieri, A. (21. Říjen 2020). *Benzodiazepines: Methods of Use and Abuse*. Načteno z Recovery First: <https://recoveryfirst.org/benzodiazepines/methods-of-use/>
- McConnell, J. G. (2008). Benzodiazepine tolerance, dependency, and withdrawal syndromes and interactions with fluoroquinolone antimicrobials. *British Journal of General Practice*, 365–366.

- Minařík, J., & Kmoch, V. (2015). Přehled psychotropních látek a jejich účinků. V K. Kalina, *Klinická adiktologie* (stránky 49-83). Praha: Grada Publishing.
- Minařík, J., & Řehák, V. (2015). Somatické komplikace a komorbidita. V K. Kalina, *Klinická adiktologie* (stránky 232-246). Praha: Grada Publishing.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- Mravčík, V., Chomynová, P., & Grolmusová, L. (27. říjen 2020). *Problematické užívání psychoaktivních léků v České republice: Souhrn epidemiologických údajů*. Načteno z Příspěvek byl prezentován na konferenci Psychoaktivní léky 2020: II_01_Mravcik_Chomynova_Grolmusova_PL-souhrn_situace_fin01: <https://www.youtube.com/watch?v=GsbCHWgjtvo>
- Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Černíková, T., Rous, Z., . . . Vopravil, J. (2019). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2018*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Černíková, T., Rous, Z., . . . Vopravil, J. (2020). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2019 [Annual Report on Drug Situation in the Czech Republic in 2019]*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti. (30. Září 2014). Somatická komorbidita uživatelů drog. *Zaostřeno na drogy*, stránky 1-20.
- Národní protidrogová centrála SKPV PČR. (2020). *Statistické údaje o drogové trestné činnosti Česká republika 2019*. Praha: Národní protidrogová centrála SKPV PČR Oddělení analytiky a informatiky.
- Nechanská, B., Mravčík, V., & Popov, P. (2012). *Zneužívání psychoaktivních léků v České Republice Identifikace a analýza zdrojů dat*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Nešpor, K. (2018). *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál.
- Nielsen, S., & Taylor, A. D. (2005). The effect of buprenorphine and benzodiazepines on respiration in the rat. *Drug Alcohol Dependence*, 95-101.
- Quinn, D., Wodak, A., O., D., & Richard. (1997). Pharmacokinetic and Pharmacodynamic Principles of Illicit Drug Use and Treatment of Illicit Drug Users. *Clinical Pharmacokinetics*, 344400.
- Raboch, J., Zvolský, P., & al., e. (2001). *Psychiatrie*. Praha: Galén.
- Radimecký, J., Janíková, B., & Zábanský, T. (2009). *Trendy na drogové scéně v ČR - Ohniskové skupiny s pracovníky nízkoprahových programů: Závěrečná zpráva*. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, Úřad vlády České republiky.

- Ramešová, K. (2006). *Benzodiazepiny a riziko závislosti (diplomová práce)*. Hradec Králové: Univerzita Karlova v Praze Farmaceutická Fakulta Hradec Králové.
- Reichel, J. (2009). *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada.
- Roche s. r. o. (23. Září 2020). Souhrn údajů o přípravku. *Rivotril*.
- Rooney, S., Kelly, G., Bamford, L., Sloan, D., & O'Connor, J. (1999). Co-abuse of opiates and benzodiazepines. *Irish Journal of medical science*, 36-41.
- Ross, J., & Darke, S. (2000). The nature of benzodiazepine dependence among heroin users in Sydney, Australia. *Addiction*, 1785–1793.
- Růžička, M., Brenza, J., Havránková, K., Jakubcová, R., Prachařová, P., Procházka, R., . . . Wittmannová, J. (2012). „Dokážu to?“ *Pervitin - koncepce školení pro terapeutu*. Olomouc: p-centrum.
- Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. (2019). *Akční plán realizace Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019 - 2021*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. (2019). *Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019–2027*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- SEMIRAMIS z.ú. (19. Listopad 2020). *Základní informace*. Načteno z SEMIRAMIS z.ú.: <http://www.os-semiramis.cz/os-site/o-nas/zakladni-informace/>
- Schmitz, A., & PharmD. (2016). Benzodiazepine use, misuse, and abuse: A review. *Mental Health Clinician*, 120–126.
- Státní ústav pro kontrolu léčiv. (13. 11 2020). *Databáze léků*. Načteno z Státní ústav pro kontrolu léčiv: <http://www.sukl.cz/modules/medication/search.php>
- Šimeček, M. (2019). *Zdravotní gramotnost u nízkoprahových uživatelů KC SANANIM*. Praha: Univerzita Karlova 1. lékařská fakulta.
- Švestka, J., & al., e. (1995). *Psychofarmaka v klinické praxi*. Praha: Grada Publishing.
- Termer, A. (8. červen 2011). *Klepání na pekelnou bránu aneb Diák, Riváč, Neurol ve vašich oblíbených kombinacích...* Načteno z edekontaminace.cz: <http://edekontaminace.cz/clanek/1/160/klepani-na-pekelnou-branu-aneb-diak-rivac-neurol-ve-vasich-oblibenych-kombinacich-.html>
- Týmy Laxus z.ú., SEMIRAMIS z.ú. (2020). *Výroční zpráva 2019*. Nymburk: LSA.partners.
- Úřad vlády České republiky. (27. 10 2020). Národní konference Psychoaktivní léky 2020 upozornila na zneužívání farmak v české populaci [Tisková zpráva].

- Votaw, V. R., Geyer, R., Rieselbach, M. M., & McHugh, K. R. (2019). The epidemiology of benzodiazepine misuse: A systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 95-114.
- Zábranský, T., & Mravčík, V. (2015). Epidemiologie návykových látek („drogová epidemiologie“). V K. Kalina, & e. al., *Klinická adiktologie* (stránky 648-665). Praha: Grada Publishing.

Přílohy

Příloha 1: Seznam tabulek a grafů

TABULKA 1 PŘEHLED A CHARAKTERISTIKA BENZODIAZEPINŮ	7
TABULKA 2 MOTIVY UŽITÍ BZD A PŘÍKLADY	32
GRAF 1 RESPONDENTI DLE VĚKU (N=79)	24
GRAF 2 RESPONDENTI DLE BYDLENÍ (N=62)	24
GRAF 3 UŽÍVANÉ DROGY A ZPŮSOBY JEJICH APLIKACE MEZI RESPONDENTY (N=79)	25
GRAF 4 RESPONDENTI DLE PRIMÁRNÍ DROGY (N=79)	25
GRAF 5 ZASTOUPENÍ RESPONDENTŮ DLE DÉLKY UŽÍVÁNÍ NELEGÁLNÍCH DROG V LETECH (N=57)	26
GRAF 6 CELOŽIVOTNÍ PREVALENCE UŽITÍ BENZODIAZEPINŮ MEZI RESPONDENTY (N=79)	26
GRAF 7 UŽITÍ BENZODIAZEPINŮ V POSLEDNÍCH 12 MĚSÍCÍCH MEZI RESPONDENTY (N=53)	27
GRAF 8 MÁTE BENZODIAZEPINY PŘEDEPSANÉ OD LÉKAŘE? (N=32)	28
GRAF 9 JINÉ ZDROJE BZD MEZI RESPONDENTY NEŽ LÉKAŘI (N=23).....	28
GRAF 10 JE PODLE VÁS SNADNÉ BENZODIAZEPINY ZÍSKAT? (N=26)	29
GRAF 11 FREKVENCE UŽÍVÁNÍ BENZODIAZEPINŮ V POSLEDNÍM ROCE (N=29)	30
GRAF 12 PŘEHLED UŽÍVANÝCH BENZODIAZEPINŮ V POSLEDNÍM ROCE (N=29)	30
GRAF 13 ZPŮSOBY UŽITÍ BENZODIAZEPINŮ MEZI RESPONDENTY (N=28).....	31
GRAF 14 MOTIVY POSLEDNÍHO UŽITÍ BZD DLE RESPONDENTŮ (N=29)	33
GRAF 15 MOTIVY NEJVYŠŠÍHO UŽITÍ BZD (N=11)	34
GRAF 16 SOUČASNÉ UŽITÍ S JINOU NÁVYKOVOU LÁTKOU V POSLEDNÍM ROCE (N=23)	35
GRAF 17 S JAKÝMI LÁTKAMI SOUČASNĚ UŽILI V POSLEDNÍM ROCE (N=18)	36
GRAF 18 JE S VÁMI OBVYKLE PŘI APLIKACI PŘÍTOMNÁ JINÁ OSOBA? (N=26).....	36
GRAF 19 ZAZNAMENALI JSTE V SOUVISLOSTI S UŽITÍM BZD NĚJAKÉ NEGATIVNÍ ZÁŽITKY? (N=49).....	37
GRAF 20 ZAZNAMENALI JSTE V SOUVISLOSTI S UŽITÍM BZD JINÉ PROBLÉMY? (N=49)	38
GRAF 21 PŘEHLED UVÁDĚNÝCH NEGATIVNÍCH ZÁŽITKŮ V SOUVISLOSTI S UŽITÍM BZD (N=47)	38
GRAF 22 POCIŤOVALI JSTE NĚKDY ABSTINENČNÍ PŘÍZNAKY, KTERÉ BYSTE PŘIPISOVALI ODNĚTÍ BZD? (N=45)	39
GRAF 23 POCIŤOVANÉ PŘÍZNAKY ODNĚTÍ BZD MEZI RESPONDENTY (N=10)	39
GRAF 24 ZNALOST RIZIK SPOJENÝCH S UŽÍVÁNÍM BZD MEZI RESPONDENTY (N=77).....	40
GRAF 25 UVÁDĚNÁ RIZIKA SPOJENÁ S BENZODIAZEPINY (N=55)	42
GRAF 26 INFORMOVAL VÁS NĚKDO O RIZICÍCH SPOJENÝCH S UŽÍVÁNÍM BZD? (N=36).....	43

Příloha 2: Dotazník mapování užívání benzodiazepinů mezi klienty

Tento výzkum je zaměřen na mapování užívání benzodiazepinů mezi klienty nízkoprahových adiktologických služeb pro účel zpracování bakalářské práce. Účast ve výzkumu je dobrovolná a anonymní. Vyplněním dotazníku dáváte souhlas se svou účastí ve výzkumu, tento souhlas můžete kdykoli zrušit.

Pohlaví: _____ Věk: _____ Užívané drogy + aplikace: _____

Délka užívání: _____ Bydlení: _____ Datum vyplnění: _____ Místo vyplnění: _____ KC / TP

1. Užil/a jste někdy benzodiazepiny / klepky? (Rivotril, Diazepam, Xanax, Neuro, Lexaurin, Apaurin, Rohypnol, Oxazepam aj.)

A) ANO

B) NE (přejděte k otázce 20 na poslední straně)

2. Užil/a jste benzodiazepiny v posledních 12 měsících?

A) ANO

B) NE (přejděte k otázce 16)

NEVÍM (přejděte k otázce 16)

3. Jak často jste v posledních 12 měsících užil/a benzodiazepiny? (zakroužkujte pouze jednu odpověď)

Jednorázově	Jednou měsíčně nebo méně	Jednou týdně nebo méně	Několikrát týdně	Denně
-------------	-----------------------------	---------------------------	---------------------	-------

Délka užívání BZD, jiný komentář: _____

4. Jaké benzodiazepiny jste užil v posledních 12 měsících? (zakroužkujte všechny platné odpovědi)

Alprazolam	Alprox	Ansilan	Apaurin	Bromazepam	Diazepam	Elenium	Frisium
Frontin	Grandaxin	Helex retard	Lexaurin	Neuro	Oxazepam	Rivotril	Xanax

Jiné: _____

B) NEVÍM

5. Jaké průměrné množství benzodiazepinů jste užil/a (užíváte) najednou (jedna dávka)?

A) Uvedte (alespoň přibližné) množství: _____

B) NEVÍM

6. Jakými všemi způsoby jste benzodiazepiny užil/a? (popiště)

7. Máte benzodiazepiny předepsané od lékaře? Pokud ano, od jakých? (odbornost)

A) ANO, od jednoho lékaře, _____

B) ANO, od více lékařů, _____

C) NE

8. Získáváte benzodiazepiny z jiných zdrojů než od lékaře? Pokud ano, z jakých?

9. Je podle Vás snadné benzodiazepiny obstarat?

A) ANO

B) NE

C) NEVÍM

10. Informoval vás někdo o rizicích spojených s užíváním benzodiazepinů?

A) ANO, uveďte kdo (doktor, lékárník, kamarád aj.): _____

B) NE

C) NEVÍM

11. Za jakým účelem jste benzodiazepiny naposledy užil/a?

12. Splnilo poslední užití benzodiazepinů vaše očekávání?

13. Můžete popsat průběh Vašeho posledního užití benzodiazepinů? (kde? s někým? kdy? proč? co? kolik? jak? s čím? Jaké to bylo? jak dlouho trval účinek? co přitom dělal/a? následky?)

14. Užíváte benzodiazepiny současně s jinou návykovou látkou (kromě tabáku)?

A) ANO, popište (s čím a jak často): _____

B) NE

C) NEVÍM

15. Je s vámi obvykle při aplikaci přítomna jiná osoba?

A) ANO, popište: _____

B) NĚKDY ANO, NĚKDY NE

C) NE

D) NEVÍM

16. Jaké nejvyšší množství benzodiazepinů jste najednou nejvíce užil/a? Jaký byl průběh užití? (kde? s někým? kdy? proč? co? kolik? jak? s čím? jaké to bylo? jak dlouho trval účinek? co přitom dělal/a? následky?)

17. Zaznamenal/a jste po užití benzodiazepinů nějaké negativní zážitky, které připisujete jejich účinkům?

A) ANO, popište: _____

B) NE

C) NEVÍM

18. Zaznamenal/a jste v souvislosti s užíváním benzodiazepinů jiné problémy? (úraz, tělesné, psychické, sociální aj.)

B) ANO, popište: _____

A) NE

C) NEVÍM

19. Pociťoval/a jste někdy některé z abstinenčních příznaků, které byste připsovali odnětí benzodiazepinů?

A) ANO (zakroužkujte pravdivé odpovědi)

- a) nespavost b) úzkosti c) třes d) pocení e) nevolnost f) epileptické záchvaty
g) neklid h) halucinace i) delirium j) křeče k) Jiné: _____

B) NE

C) NEVÍM

20. Existují podle Vás nějaká rizika související s užíváním benzodiazepinů?

B) ANO, uveďte jaká znáte:

A) NE

C) NEVÍM

21. Dostáváte podle Vašeho názoru od pracovníků organizace SEMIRAMIS dostatek informací o rizicích spojených s užíváním benzodiazepinů?

A) ANO

B) NE

→ 21B) Co byste od pracovníků v této oblasti potřebovali? _____

Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta Kateřinská 32, Praha 2

Prohlášení zájemce o nahlédnutí do závěrečné práce absolventa studijního programu uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

Příjmení, jméno (hůlkovým písmem)	Číslo dokladu totožnosti vypůjčitele (např. OP, cestovní pas)	Signatura závěrečné práce	Datum	Podpis