

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie – bakalářské studium – kombinovaná forma



**Rizikové chování lidí užívajících drogy injekčně po léčbě virové hepatitidy
typu C**

Risk behaviour of people who inject drugs following treatment of hepatitis C

Bakalářská práce

Vedoucí práce: doc. MUDr. Viktor Mravčík, Ph.D.

Autor:

Tereza Sedláková

Praha 2023

Prohlášení:

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

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

V Praze 29. 11. 2023

Tereza Sedláková

Poděkování:

V první řadě bych ráda poděkovala vedoucímu mé bakalářské práce doc. MUDr. Viktoru Mravčíkovi, Ph.D. za odborné a trpělivé vedení, jeho cenné rady a připomínky a neuvěřitelně rychlé reakce. Dále bych chtěla poděkovat vedoucímu terénního programu SEMIRAMIS z. ú. Ondřejovi Šulcovi, Dis., za umožnění provedení výzkumu a všem skvělým kolegům za jejich podporu, pomoc a cenné rady. Též děkuji své rodině a partnerovi za laskavou podporu, pomoc a shovívavost se mnou v období psaní této práce. Rovněž velmi děkuji MUDr. Soně Fraňkové, Ph.D., která mi při návštěvách IKEMu neváhala, i přes její pracovní vytíženost, zodpovědět všechny moje dotazy a dodávala mi tím chuť do psaní této práce a do další práce s klienty.

V neposlední řadě děkuji všem respondentům za jejich ochotu k vyplnění dotazníku, bez nich by nemohl být tento výzkum zrealizován.

Abstrakt

Východiska: Lidé užívající drogy injekčně (PWID) představují v ČR 75-100 % nově diagnostikovaných případů virové hepatitidy typu C (VHC). V současné době je k dispozici snadno dostupná léčba přímo působícími antivirotiky bez výrazných nežádoucích vedlejších účinků, která je plně hrazena pojišťovnou. Existuje však riziko reinfekce a pojišťovny ne vždy další léčbu bez problémů uhradí.

Cíl: Cílem této práce je podrobné zmapování a popis vývoje rizikového chování u klientů nízkoprahových HR programů organizací SEMIRAMIS a Laxus (dále jen LSA partners), kteří absolvovali léčbu hepatitidy C. Výzkum se zaměřuje na okolnosti léčby, zejména na překážky a podporu při vstupu a samotný průběh léčby. Dílčím cíli jsou: zmapování socioekonomické situace klientů, uživatelských vzorců a navázání na další služby. Dále pak odhalení případných souvislostí mezi těmito faktory a změnami v rizikového chování.

Metody: Výzkum proběhl metodou dotazníkové průřezové studie. Výzkumný soubor tvořilo 32 klientů nízkoprahových programů LSA partners, kteří absolvovali alespoň jednu léčbu VHC. Rizikové chování bylo sledováno v následujících doménách: a) injekční užívání jako takové, b) nechráněný pohlavní styk, c) sdílení injekčních stříkaček (IS), d) sdílení parafernálií k injekční aplikaci, e) sdílení hygienických potřeb, kde může dojít ke kontaktu s krví, f) amatérské tetování či piercing a g) manipulace s cizími IS. Sběr dat probíhal od 1. 7. 2023 do 31. 10. 2023. Data byla analyzována v programu MS Excel pomocí kontingenčních tabulek a filtrů.

Hlavní výsledky: Celkově bylo zaznamenáno mírné snížení rizikového chování, konkrétně v doménách: b) nechráněný pohlavní styk, c) sdílení IS, d) sdílení parafernálií k injekční aplikaci a f) amatérské tetování či piercing. Ve zbývajících doménách: a) injekční užívání jako takové, e) sdílení hygienických potřeb, kde může dojít ke kontaktu s krví a g) manipulace s cizími IS k výraznějším změnám rizikového chování nedošlo. U většiny mužů se rizikové chování celkově mírně snížilo, zatímco u většiny žen zůstalo stejné. Při hledání souvislostí těchto změn s vybranými socioekonomickými faktory, uživatelskými charakteristikami a okolnostmi léčby VHC nebyly nalezeny žádné významnější souvislosti. Většina respondentů nepociťovala větší bariéry pro vstup do léčby a velká část respondentů pociťovala podporu pracovníků nízkoprahových programů pro vstup do léčby.

Závěr: Výzkum ukázal, že lidé užívající drogy injekčně jsou po léčbě VHC vystaveni riziku reinfekce VHC (a infekce dalších krví přenosných patogenů), i když se míra rizikového chování snížila. Nízkoprahové programy hrají v této pozitivní změně klíčovou roli, jejíž význam se bude dále zvyšovat s tím, jak poroste počet léčených na VHC. Proto by měly nízkoprahové programy

s touto skupinou klientů cíleně pracovat a spolupracovat při tom zejména s klinickými pracovišti pro léčbu VHC.

Klíčová slova: hepatitida C, lidé užívající drogy injekčně, rizikové chování, nízkoprahové harm reduction programy

Abstract

Background: In Czech Republic, 75-100 % of people newly diagnosed with hepatitis C type (VHC) are people who inject drugs (PWID). Currently, available treatment with direct-acting antiviral medicines without significant adverse side effects is fully covered by insurance. However, there is a risk of reinfection and insurance companies usually don't reimburse further treatment anymore.

Aim: The aim of this study is to map and describe the development of risk behaviours in clients of low-threshold treatment programmes of the SEMIRAMIS and Laxus organisations (LSA partners) who have received treatment for hepatitis C. The research focuses on the circumstances of treatment, particularly barriers and supports to entry and the actual course of treatment. The sub-objectives are: to map the socio-economic situation of clients, to approximate patterns of use and to describe contacts with other services. In addition, to reveal the links between these factors and any changes in risk behaviour.

Methods: Research was completed by method of cross-sectional questionnaire surveys. The research sample consisted of 32 clients of LSA partners' low-threshold programs who had received at least one VHC treatment. The risk behaviours were monitored among following domains: a) injection use in general, b) unprotected coitus, c) sharing of syringes, d) sharing of other injection supplies, e) sharing of hygiene items where blood may come into contact, f) amateur tattoo or piercing, g) handling of syringes used from others. Data collection took place from July 1, 2023 to October 31, 2023. Data were analysed in Microsoft Excel using contingency tables and filters.

Main results: Overall, there was a slight reduction in risky behaviour, specifically among following domains: b) unprotected coitus, c) sharing of syringes, d) sharing of other injection supplies, f) amateur tattoo or piercing. Risky behaviour has not been seriously changed among other domains: a) injection use in general, e) sharing of hygiene items where blood may come into contact and g) handling of syringes used from others. Risky behaviour has been slightly reduced among most of the men, unlike in case of most of the women, where the result has been unchanged. No significant associations were found when looking for associations of

these changes with selected socioeconomic factors, user characteristics and circumstances of VHC treatment. The majority of respondents did not experience major barriers to treatment entry and a large proportion of respondents felt supported by low-threshold program staff to enter treatment.

Conclusion: The research provides information, that people who inject drugs are exposed to risk of reinfection VHC (and infection of other blood transmissible pathogens) after the VHC treatment, even though the level of risky behaviour has been reduced. Low-threshold treatment programs play key role in this positive change and this will increase with number of VHC treated. That is why the low-threshold treatment programs should still focus on the work with this type of clients and cooperated mainly with clinical centers for treatment of VHC.

Key Words: hepatitis C, people who inject drugs, risk behaviour, low-threshold treatment programs

Obsah

I. Úvod	- 1 -
II. Teoretická část	- 2 -
1. Hepatitida C.....	- 2 -
1.1. Historie – od Hippokrata ke screeningovým testům.....	- 2 -
1.2. Přenos.....	- 4 -
1.3. Průběh VHC	- 5 -
1.4. Diagnostika	- 6 -
1.5. Léčba.....	- 7 -
1.6. Reinfekce.....	- 9 -
2. Lidé užívající injekčně drogy	- 10 -
2.1. Socioekonomická situace	- 11 -
2.2. Překážky lidí užívajících injekčně drogy pro vstup do léčby VHC.....	- 11 -
3. Rizikové chování.....	- 12 -
4. Eliminace VHC u lidí užívajících injekčně drogy	- 13 -
4.1. Akční plán.....	- 13 -
III. Praktická část	- 16 -
5. Metodologie výzkumu	- 16 -
5.1. Cíle výzkumu	- 16 -
5.2. Výzkumné otázky	- 16 -
5.3. Výzkumný soubor	- 16 -
5.4. Metody výběru souboru	- 17 -
5.5. Kritéria pro zařazení do výzkumu	- 17 -

5.6. Metody tvorby dat.....	- 18 -
5.7. Metody analýzy dat	- 19 -
5.8. Etické aspekty výzkumu	- 21 -
6. Výsledky	- 22 -
6.1. Sociodemografické údaje	- 22 -
6.2. Uživatelské charakteristiky	- 26 -
6.3. Kontakt se službami	- 29 -
6.4. Testování a léčba VHC	- 31 -
6.5. Změny rizikového chování.....	- 35 -
6.6. Změna rizikového chování v souvislostech.....	- 40 -
IV. Diskuze	- 48 -
V. Závěr.....	- 55 -
VI. Citovaná literatura	- 56 -
VII. Seznam tabulek a grafů	- 60 -
VIII. Seznam zkratk.....	- 62 -
IX. Příloha-dotazník.....	- 63 -

I. Úvod

V bakalářské práci se zabývám rizikovým chováním lidí, užívajících injekčně drogy po léčbě hepatitidy C. Zaměřuji se jak na lidi, kteří absolvovali léčbu interferonem, tak na lidi, kteří se léčili přímo působícími antivirotyky (DAA). Nové léčbě však věnuji v této práci o něco více pozornosti. Jednak je léčba interferonem již minulostí a také ve výzkumném souboru převažují lidé léčení touto léčbou.

Díky tomu, že se toto onemocnění přenáší krevní cestou, je v současné době většina pacientů s touto infekcí právě z řad lidí užívajících intravenózně návykové látky. Léčba DAA je snadno dostupná, nepodmíněná abstinencí, hrazená pojišťovnou a má minimum vedlejších účinků. Pravděpodobnost úplného vyléčení je 98 %. Existuje však riziko reinfekce a pojišťovny se v takovýchto případech zdráhají uhradit nákladnou léčbu podruhé.

Proto jsem se rozhodla zjistit, zda se rizikové chování PWID po léčbě VHC nějak změnilo a zmapovat souvislosti případných změn s dalšími faktory jako jsou socioekonomická situace, druh léčby, využívání sociálních služeb či vzorce užívání návykových látek.

V teoretické části jsem popsala historii hepatitid a cestu k objevení hepatitidy C. Dále jsem se zaměřila na přenos, průběh, diagnostiku a léčbu hepatitidy C. Též jsem nastínila situaci v oblasti užívání drog zejména mezi klienty nízkoprahových služeb. Definovala jsem pojem rizikové chování a stručně přiblížila akční plán na eliminaci hepatitidy C mezi uživateli NL v ČR.

V praktické části se věnuji výzkumu výše zmíněného rizikového chování mezi klienty nízkoprahových programů organizací SEMIRAMIS a Laxus (LSA partners).

II. Teoretická část

1. Hepatitida C

Hepatitida C je infekční zánětlivé onemocnění jater způsobené virem hepatitidy C (HCV). Neléčená může progredovat v jaterní cirhózu a hepatocelulární karcinom (Krekulová, 2021 a s.78–85). V současné době je infikováno asi 71 milionů osob na celém světě, ročně zemře na následky této nemoci přibližně 400 tisíc osob. Velká většina nemocných si své infekce není vědoma, protože v počátcích nemoci se neprojevují žádné specifické příznaky (NMS, 2022).

1.1. Historie – od Hippokrata ke screeningovým testům

První zmínky o zánětech jater a popis epidemické žloutenky sahají až do antického Řecka a autorem není nikdo jiný než Hippokrates. Popis je velmi přesný, a dokonce dělí žloutenku na dva typy, letní a podzimní. Za příčinu letní žloutenky považoval požívání hovězího masa a vína. Velice přesně též vylíčil klinický obraz akutního onemocnění s fatálním koncem, což můžeme pokládat za první popis fulminativní hepatitidy. Podle Hippokrata se jedná o třetí typ tohoto onemocnění. Navrhovaná léčba, dieta a popíjení roztoku vody a medu, již nebyla tak pokroková (Urbánek, 2017).

Termín hepatitis pro zánětlivé onemocnění jater však použil poprvé až římský lékař Caelius Aurelianus v 5. století našeho letopočtu (MeDitorial, 2023).

Dalšími milníky ve zkoumání žloutenky byly roky 1883 a 1943. Nejprve Lürman upozornil na zvýšený výskyt tohoto onemocnění u dělníků očkovaných proti neštovicím a o 60 let později zaznamenal americký lékař Paul B. Beeson souvislost mezi nákazou žloutenky a podáním plné krve či krevní plazmy. Též jako první definoval inkubační dobu od první transfuze do prvních projevů nemoci 49-119 dnů (Urbánek, 2017).

Další zajímavé objevy a informace pocházejí z období válečných konfliktů, kdy probíhaly velké epidemie žloutenky. Např. australský plukovník C. J. Martin, který sloužil jako patolog u australské armády během 1. světové války, pátral po možných příčinách epidemie u vojáků bojujících v bojích u Dardanel v roce 1915. Vyloučil tehdy známé parazity i bakterie, což mu později potvrdili další vojenští lékaři. Zpětně je evidentní, že se jednalo o virovou hepatitidu A.

Též byly učiněny zajímavé pokusy během druhé světové války. Např. J. D. S. Cameron podával zdravým jedincům infikovanou krev odebranou osobám v ikterickém stadiu i osobám, které byly ještě v inkubační době. Onemocněli všichni dobrovolníci a byla určena minimální inkubační doba 32 dnů (Urbánek, 2017).

Dále experimentovali MacCallum a Bradley, kteří prokázali přenositelnost onemocnění i výplachy orofaryngu. Též jako první zjistili, že toto onemocnění pravděpodobně způsobuje nějaký do té doby neznámý virus.

W. P. Havens jako první dokázal díky experimentu, kdy dobrovolníci požili potravu kontaminovanou infikovanou stolicí, že se žloutenka může přenášet i orální cestou.

Do té doby však byla žloutenka považována za katarální a nebyla spojována s hepatocelulárním poškozením. Až od roku 1943, kdy J. H. Dible publikoval v Lancetu histopatologické nálezy v jaterních biopsiích osob s akutní žloutenkou, se začalo používat označení hepatitida. Němec Kurt Gutzeit dokázal, že v některých případech se může vyvinout v jaterní cirhózu.

Stále však byla hepatitida chápána jako jedno infekční onemocnění. Odborníci sice zaznamenali rozdíly v klinickém průběhu, ale až v roce 1967 byly rozlišeny dva druhy hepatitidy, infekční a sérová. Pojem infekční hepatitida se později změnil na název hepatitida A a sérová hepatitida byla později označena za hepatitidu B. Rozdíly mezi těmito onemocněními prokázal S. Krugman v experimentu, který by byl v dnešní době z etického hlediska nepřijatelný. Infikoval děti s mentální retardací hepatitidou, rodičům dětí však tvrdil, že se jedná o očkování (Urbánek, 2017).

Další významné jméno ve výzkumu hepatitid je Baruch S. Blumberg, který ještě s dalšími dvěma kolegy objevil v roce 1965 povrchový antigen viru hepatitidy B. Tento objev byl zajímavý mimo jiné tím, že tento antigen byl nejprve mylně spojován s leukémií. Přesto se však jednalo o zásadní objev a Baruchovi Blumbergovi za něj byla udělena Nobelova cena a den jeho narození je od roku 2012 vyhlášen Světovým dnem hepatitidy (Eldridge, 2023).

Nové možnosti ve zkoumání těchto onemocnění přinesl Alan Feinston v roce 1973, kdy vizualizoval virus ve stolici osob s akutní virovou hepatitidou A pomocí imunoelektronové mikroskopie.

V té době začínalo být jasné, že existuje ještě více druhů hepatitid než jen A a B. Pro tato onemocnění se začalo používat označení non-A, non-B hepatitida (NANB) a Feinstone s Alterem publikovali studii, v níž uvedli, že tyto NANB viry jsou původci až 90 % potransfuzních hepatitid. Ukázalo se, že šimpanzi jsou jediným živočišným druhem kromě člověka, na kterém lze zkoumat tyto NANB hepatitidy a byla na nich provedena řada experimentů.

V 70. a 80. letech byly popsány fyzikálně – chemické vlastnosti pravděpodobných původců NANB hepatitidy, podařilo se prokázat, že v průběhu let tato hepatitida u 20 % osob progreduje do jaterní cirhózy a též byla určena i incidence potransfuzní NANB hepatitidy. Ta se v té době v USA pohybovala kolem 10 %. Zároveň se však ukázalo, že tato hepatitida se v populaci často přenáší i jinými způsoby než transfuzí. Stále se však nedařilo vypátrat jednoho či více původců tohoto onemocnění (Urbánek, 2017).

To se podařilo až v roce 1989 britskému mikrobiologovi a virologovi Michaelu Houghtonovi, za což dostal v roce 2020 Nobelovu cenu za fyziologii a lékařství. V roce 1982 odešel z UK do Kalifornie v USA, kde začal působit v laboratořích nově vznikající firmy Chiron. Vybuodoval tam s dalšími vědci (Q. L. Choo, G. Kuo, D. Bradley) jednu z nejvýznamnějších laboratoří zabývajících se virologickými a molekulárními výzkumy. Kromě objevení a izolace viru hepatitidy C – HCV se též tento tým podílel na výzkumu genomu hepatitidy D. Práce M. Houghtona a jeho kolegů též zásadně přispěla k vývoji krevního screeningového testu na protilátky v roce 1990. Od roku 1992 začal být tento test používán nejprve v Kanadě a poté v dalších zemích. Díky jemu se podařilo výrazně eliminovat přenos hepatitidy C transfuzemi v mnoha částech světa (Rogers, 2020).

1.2. Přenos

Virová hepatitida C se přenáší parenterálně, což znamená, že infekční materiál musí být v přímém kontaktu se sliznicí nebo musí být narušena kožní bariéra. To může nastat při injekční aplikaci nebo při poranění ostrým kontaminovaným předmětem (Krekulová, 2021 b).

Do roku 1992, před objevením viru HCV a zavedením screeningového vyšetřování dárců krve, byla nejčastějším způsobem přenosu transfuze krve a krevních derivátů. Díky testování dárců krve a zavedení používání jednorázového materiálu ve zdravotnictví se přenos této infekce iatrogenní cestou výrazně snížil. Hlavní cestou šíření viru HCV se stala v ČR injekční aplikace návykových látek (Krekulová, 2021 a).

Nejčastěji se tomu děje při sdílení injekčních stříkaček i dalších parafernálií uživatelů drog. K přenosu může dojít i při provádění amatérského tetování či piercingu nedostatečně sterilními nástroji. Virus hepatitidy C dokáže přežít více než 60 dní ve stopách krve v použité injekční stříkačce, tři týdny v ampulce s vodou a dva týdny na povrchích, které byly kontaminovány infikovanou krví.

Rovněž jsou známy případy nákazy virem HCV při sdílení holících potřeb, zubních kartáčků a dalších předmětů, které mohou přijít do kontaktu s kontaminovanou krví. VHC se může též přenést při pohlavním styku nebo z infikované matky na dítě při porodu, ale tyto způsoby přenosu jsou méně časté. V obou případech je riziko přenosu do 5 %, o něco vyšší riziko je u mužů majících sex s muži (NMS, 2019).

1.3. Průběh VHC

Akutní hepatitida C může probíhat zcela bezpříznakově nebo se mohou objevit prodromální příznaky nespecifického charakteru jako únava, nechutenství, bolest kloubů a další chřipce podobné příznaky, např. zvýšená teplota. Specifické zežloutnutí – ikterus – se vyvine jen u přibližně 1 % osob. Díky tomuto faktu je diagnostika v akutní fázi obtížná a často se děje, že je HCV pozitivita zjištěna náhodně v rámci jiného vyšetření u bezpříznakového pacienta (Krekulová, 2021 b).

U 30 % - 40 % nakažených dochází ke spontánní eliminaci viru a dojde k uzdravě. Nelze však určit, u koho k tomu dojde a u koho ne. Často hrají roli faktory jako mladý věk, ženské pohlaví nebo ikterický průběh. U zbývajících 60 % - 70 % pacientů však přechází hepatitida C do chronické fáze. Chronicky nemocným je označován pacient, který nedokáže virus během 6 měsíců od přenosu eliminovat (Urbánek, 2017, s. 90). Průběh onemocnění bývá individuálně odlišný, ale obecně se dá říci, že v počáteční fázi chronicity nemá většina pacientů žádné příznaky a rozvoj nemoci je velmi pomalý. Během 15 až 30 let může dojít k mírné hepatální

lézy nebo také přes aktivní zánět s výraznou fibrotizací k cirhóze. K té dochází přibližně u 20 % chronicky nemocných. Poté se může vyvinout v dekompenzovanou cirhózu nebo v hepatocelulární karcinom. Obě tyto komplikace vyžadují transplantaci jater a mohou způsobit úmrtí. V současné době je ČR snadno dostupná léčba VHC bez výraznějších vedlejších účinků hrazená pojišťovnou, je však důležité, aby byla nemoc diagnostikována včas ještě před propuknutím těchto závažných důsledků (Krekulová, 2021 b).

1.4. Diagnostika

Prvním diagnostickým krokem většinou bývá stanovení reaktivity anti-HCV protilátek. V současné době jsou screeningové rychlotesty na tyto protilátky k dispozici téměř ve všech nízkoprahových programech pro uživatele drog v ČR. Terénní programy a K-centra jsou tedy často místem, kde se člověk nakažený virem HCV o této infekci dozví (NMS, 2022). Inkubační doba se u virové hepatitidy C pohybuje mezi 15 až 160 dny a protilátky bývají většinou zjištělné po několika týdnech. Bezprostředně po nákaze je screeningový test na anti-HCV negativní. Toto období (mezi nákazou a zjištěním protilátek) se nazývá sérologické okno. Infikovaný člověk již může být zdrojem nákazy, ale tělo si ještě nevytvořilo takové množství protilátek, aby byly testem detekovatelné. Je třeba, aby tento fakt měli pracovníci nízkoprahových center na mysli a zohledňovali ho při testování a práci s klienty (Krekulová, 2021 b).

Pozitivita anti-HCV protilátek však ukazuje jen to, že jedinec byl tomuto viru exponován a nevyovídá nic o současném stavu pacienta. Protilátka zůstává v krvi dlouhou dobu po eliminaci nebo i po vyléčení pacienta léky. Pro zjištění, zda je dotyčný aktuálně infekční, je nutno podstoupit další vyšetření, v němž se prokáže přítomnost virové RNA v krevním séru nebo v plazmě. V současné době se k tomu používá PCR metoda. Díky ní lze též určit, o jaký konkrétní HCV genotyp se jedná (Krekulová, 2021 a).

Díky genetické variabilitě VHC je u této nemoci možná reinfekce a v minulosti měla tato variabilita vliv i na zahájení léčby. V současné době už díky nové léčbě DAA nemá konkrétní genotyp takový význam. Rozlišujeme 6 genotypů a 80 subtypů hepatitidy C. V evropských zemích se můžeme setkat převážně s genotypy 1, 2, 3 a v ČR u PWID s genotypy 1 a 3 přičemž výrazně dominuje genotyp 1 (NMS, 2022).

Rovněž je důležité určit pokročilost jaterní infekce a stav jaterního poškození. K tomu slouží v dnešní době neinvazivní zobrazovací metody jako ultrazvuk, CT, MR. Zejména stanovení stupně jaterní fibrózy zaznamenalo v posledních letech velkou změnu. Obávanou bolestivou a invazivní biopsii dnes nahradila neinvazivní elastografie jater, která poskytuje údaje o tuhosti jaterní tkáně a tím pádem i o pokročilosti jaterní fibrózy či případné přítomnosti cirhózy. Tyto informace jsou důležité pro další léčebný postup (Krekulová, 2021 a).

V ČR bohužel na rozdíl od většiny západních zemí zatím stále nebyl zaveden povinný screening HCV infekce u těhotných žen. Znalost této skutečnosti by mohl pomoci včasnému vyšetření a následnému sledování dětí narozených HCV pozitivním ženám. Pravděpodobnost, že dojde k přenosu HCV z matky na dítě je 5 až 15 % a do chronické fáze pak přejde 3-5 % dětí (Fraňková, 2020).

Dětem, které se narodily ženám infikovaným HCV, je doporučeno testování na HCV infekci od věku 18 měsíců (EASL, 2020).

1.5. Léčba

V září roku 2018 bylo vydáno světovou zdravotnickou organizací WHO stanovisko, podle něž by měly být léčeny všechny osoby s VHC s výjimkou těhotných žen a dětí mladších 12 let (tzv. treat all strategie). V dnešní době už je však možné léčit děti od věku 3 let (EASL, 2020). Léčba by měla být zahájena v každém stádiu onemocnění v souladu s aktuálními doporučenými postupy (NMS, 2022).

Od roku 2014 je v ČR dostupná vysoce účinná léčba přímo působícími antiviroty, což jsou léky, které přímo blokují množení viru v jaterní buňce. Tato léčba probíhá bez výrazných vedlejších účinků a je u nás hrazená pojišťovnou (NMS, 2022). Léčba je umožněna všem pacientům, kteří se chtějí léčit, s výjimkou těhotných žen a dětí do 3 let.

Co se týče těhotných žen, měly by být po porodu opět vyšetřeny na přítomnost HCV, protože může dojít ke spontánní eliminaci viru. Pokud se infekce potvrdí, je doporučeno zahájit léčbu DAA co nejdříve po ukončení kojení. Samotná VHC pozitivita není kontraindikací ke kojení, pouze v kombinaci s HIV pozitivitou (Fraňková, 2020).

Kontraindikací k léčbě VHC přímo působícími antiviroty není mnoho. Pouze užívání některých antikonvulziv jako jsou karbamazepin, fenytoin a fenobarbital znemožňuje použití všech režimů HCV DAA. U pacientů s dekompenzovanou cirhózou jsou kontraindikovány pouze některé léčebné režimy (EASL, 2020).

Abstinence od návykových látek není podmínkou vstupu do léčby. Léky jsou podávány perorálně a léčba trvá zpravidla 8-12 týdnů. Je vhodná i pro pacienty s cirhózou. Ve většině případů bývá dosaženo setrvalé virologické odpovědi a pacient bývá považován za vyléčeného. Měřítkem je stanovení SVR 12 týdnů po léčbě a pacient nemusí být více sledován. Pouze v případech, kdy je přítomna cirhóza nebo vyšší stupeň fibrózy, je pacient zařazen do dispenzárních programů HCC a portální hypertenze. I u těchto sledovaných pacientů však většinou postupnému zlepšování klinického stavu a výrazně se snižuje riziko komplikací jako dekompenzovaná cirhóza či hepatocelulární karcinom.

Riziko relapsu nemoci je minimální a při nové nákaze HCV lze spíše předpokládat, že se jedná o reinfekci. K té může dojít v případě rizikového chování, ať už u dotyčného došlo předtím ke spontánní eliminaci HCV, nebo byl léčen DAA (Krekulová, 2021 a).

Tato léčba přímo působícími antiviroty znamená v léčbě hepatitidy C skutečnou revoluci. V minulosti, od počátku devadesátých byl jedinou možností léčby interferon alfa, od konce 90. let se kombinoval s ribavirinem. Byl aplikován v injekcích a léčbu provázela řada nepříjemných vedlejších účinků (Urbánek, 2017). Pacienty často sužoval váhový úbytek, vypadávání vlasů a různé psychiatrické komplikace jako nervozita a deprese. Interferon nespecificky stimuloval imunitní systém, který pak proti viru sám bojoval. Úspěšnost léčby byla jen přibližně 50 % a léčba také trvala výrazně déle než léčba DAA. Jednalo se o léčbu dlouhou 24-48 týdnů (IKEM).

Léčba VHC může být rovněž považována i za prevenci šíření této nemoci jak mezi lidmi užívajícími drogy, tak i následného šíření mezi běžnou populací. Díky léčbě klesá prevalence HCV infekce, snižuje se počet infikovaných lidí a tím pádem se VHC méně šíří (IKEM).

V současné době je léčba DAA možná ve 22 centrech v České republice. Tato centra mají smlouvy se zdravotními pojišťovnami na úhradu této léčby.

Za zmínku v souvislosti s nízkoprahovou léčbou VHC stojí zejména centrum pro bezinterferonovou léčbu HCV IKEM a nestátní zdravotnické zařízení Remedis. Obě tato centra

úzce spolupracují s nízkoprahovými programy pro uživatele drog a zpřístupnila léčbu zejména uživatelům drog na maximální možnou úroveň. Pracovníci obou těchto zařízení přistupují ke klientům s úctou a bez jakékoliv stigmatizace.

V Remedisu postupně vznikl „Program komplexní péče pro pacienty s komorbiditou závislosti“. To znamená, že pacient může řešit pod jednou střechou nejen léčbu hepatitidy C a další somatické obtíže, ale i svoji závislost buď v Adiktologické ambulanci nebo v Substitučním programu. Dále dojíždějí pracovníci Remedisu za pacienty do věznic a do vybraných K-center (Frnoch Majerová et. al., 2021).

V IKEM zas snižuje MUDR. Soňa Fraňková, Ph.D. práh dostupnosti zejména pro klienty sdiktologických služeb tím, že poskytuje preparáty DAA pacientům hned při první návštěvě, což snižuje riziko, že se daný jedinec vytratí za systému služeb, aniž by řešil svoji HCV pozitivitu. Také i přes přeplněnou kapacitu oddělení hepatogastroenterologie poskytuje pacientům brzké termíny návštěvy a přijímá i osoby, které chtějí svoji hepatitidu C řešit bez pomoci dalších služeb (Fraňková et al., 2021).

1.6. Reinfekce

Léčba VHC, ani protilátky, které zůstávají v krvi detekovatelné, nepřináší jedinci žádnou imunitu proti tomuto onemocnění. Platí to jak u lidí, kteří dosáhli SVR po úspěšné léčbě, tak i u lidí po spontánní virové eliminaci. Také mimořádná genetická variabilita viru přispívá k riziku reinfekce, ale není vyloučena ani opakovaná nákaza od stejného člověka.

Reinfekce jsou pravděpodobnější u rizikových skupin, zejména u injekčních uživatelů drog, ale také u mužů majících sex s muži (Urbánek et al., 2019).

Celkově je však toto riziko poměrně nízké, i u lidí, kteří užívají drogy injekčně je to 3-5 % a český doporučený postup pro léčbu VHC uvádí 1-8 %. Toto riziko se ještě snižuje, pokud jsou PWID po léčbě VHC zařazeni do substitučního programu nebo jsou nadále v kontaktu s harm reduction službami.

Ze zahraničních studií je zřejmé, že lidé využívající programů substituční léčby a zároveň harm reduction programů jsou v nižším riziku HCV infekce o 50 %.

Je však zřejmé, že riziko reinfekce u PWID existuje a může být považováno za překážku k plánované, níže zmíněné, eliminaci VHC. Ideální je, být v kontaktu s pacienty i po absolvování léčby VHC a pracovat s nimi na motivaci k méně rizikovému užívání NL, dodržování HR zásad, případně je podporovat v zařazení do substituční léčby, pokud se jedná o lidi, kteří užívají opioidy. Neméně důležité je nabízet a pomoci realizovat opakované testování a případnou reinfekci zachytit včas a tím zamezit jejímu dalšímu šíření (Krekulová, Vavrinčíková, 2021).

Riziko reinfekce by nemělo být v žádném případě překážkou k léčbě (Šperl, 2023).

I přes to, že PWID bývali v minulosti považováni za obtížně léčitelné pacienty s horší schopností léčbu dodržovat a spolupracovat se zdravotníky, bylo zjištěno, že v současné době jsou účinnost jejich léčby a dosažení setrvalé virologické odpovědi srovnatelné se SVR běžné populace (Fraňková et al., 2021).

2. Lidé užívající injekčně drogy

V České republice je v současné době přibližně 41 tisíc lidí, kteří užívají drogy injekčně, z celkového odhadovaného počtu 45 tisíc lidí, kteří užívají drogy rizikově. Za rizikové je považováno kromě injekčního užívání i dlouhodobé pravidelné užívání nelegálních drog jiným způsobem. Dominuje užívání pervitinu, který preferuje přibližně 78 % těchto lidí. Zbývajících 22 % lidí udává jako primární drogu opioidy. Nejčastěji se z opioidů setkáváme s užíváním buprenorfinu, ať už získávaného legálně v substitučních programech nebo ilegálně na černém trhu. Heroin je oproti letem minulým na ústupu, ale stále u nás není žádnou vzácností. V současné době ho v ČR užívá přibližně 3 tisíce lidí. Bohužel v posledních letech přibylo i užívání fentanylu, u kterého je jednoznačně nejvyšší riziko předávkování. Sezónně lze pozorovat i užívání surového opia, které lidé získávají v letních měsících sběrem makovic na polích a poté je užívají kouřením, ve formě odvarů nebo i injekčně (Chomynová et al., 2022).

S nízkoprahovými centry jako terénní programy a K-centra je v kontaktu ročně až 40 tisíc těchto lidí. Jejich průměrný věk je 35 let, což svědčí o tom, že drogová populace stárne. PWID, kteří nenavštěvují žádný takovýto program, často využívají sekundární výměnný program.

2.1. Socioekonomická situace

Rizikové, zejména injekční užívání drog má bezesporu vliv na socioekonomickou situaci těchto lidí. Častými jevy jsou nezaměstnanost či nejisté neformální brigády, absence bydlení či nestabilní ubytování a zejména zadluženost. Hrozí sociální vyloučení a rovněž problematické bývají vztahy s blízkými.

Bezdomovectví nebo nejisté bydlení po ubytovnách, squatech nebo provizorních přístřešcích uvádí téměř 3/4 klientů nízkoprahových služeb. Stejně tak dluhy uvádí 3/4 klientů a polovina klientů má nestabilní nebo nelegální příjem (Chomynová et. al. 2023 a).

Tyto faktory jsou častou překážkou k uzdravě a zejména s dluhy se často musí potýkat i lidé, kterým se podařilo drogovou závislost překonat, a delší dobu abstinují. Dluhy se pohybují od 200 Kč po 10 milionů Kč, průměrná výše činila v roce 2022 501 tisíc Kč (Chomynová et. al. 2023 a).

Zároveň se ale na K-centrech či v terénních programech můžeme setkat i s klienty, kteří chodí pravidelně do práce a mají bydlení (Žák, 2021).

2.2. Překážky lidí užívajících injekčně drogy pro vstup do léčby VHC

Ačkoliv se od dob interferonu mnohé změnilo a podíl léčených jedinců mezi PWID roste, jsou tyto počty stále nízké (Fraňková et. al., 2021). Existuje mnoho překážek, jak na straně pacientů z řad PWID, tak na straně poskytovatelů lékařské péče a též na straně celého systému.

U PWID to může být zejména chaotický životní styl a narušené sociální fungování, psychiatrické komorbidity, nedostatek informací o VHC a její léčbě a finanční problémy. Na straně léčebných zařízení to jsou hlavně obavy z nízké adherence, obavy z reinfekce, absence informací o drogové problematice, absence multidisciplinárního přístupu a v neposlední řadě též mnohdy stigmatizující a diskriminační přístup. Ze systémových faktorů jde o nedostatečnou vzájemnou integraci léčby závislosti a léčby VHC a náročná formální kritéria pro vstup do léčby (Mravčík et al., 2020).

Je však prokázáno, že obavy z nízké adherence nejsou oprávněné a není na místě považovat lidi z řad injekčních uživatelů za obtížně léčitelné. Je však potřeba přistupovat k těmto

pacientům s dostatečnou úctou a trpělivostí. Plánovat léčbu s přihlédnutím k jejich životnímu stylu a snažit se bariéry co nejvíce odstraňovat (Fraňková et al., 2021).

3. Rizikové chování

Rizikové chování lze obecně definovat jako „takové vzorce chování, v jejichž důsledku dochází k prokazatelnému nárůstu zdravotních, sociálních, výchovných a dalších rizik pro jedince nebo společnost“ (Miovský, Zapletalová, 2006).

V souvislosti s hepatitidou C tím rozumíme zejména injekční aplikaci návykových látek, především pak sdílení injekčních stříkaček nebo dalšího náčiní k injekční aplikaci mezi lidmi užívajícími drogy. Může se jednat o tzv. rozdělačky, lžičky, či jiné nádoby sloužící k přípravě drogy, dále o filtry, vodičky a další parafernálie, které mohou být kontaminovány infikovanou krví. Také tak vzniká riziko dalších somatických komplikací jako jsou abscesy, flegmóny či endokarditidy (ECDC, EMCDDA, 2011).

Rovněž sdílení hygienických potřeb, kde může dojít ke kontaktu s krví, jako jsou holicí strojky, zubní kartáčky nebo nůžky na nehty, přináší riziko přenosu VHC.

Stejně tak je rizikové i tetování nebo piercing prováděné v amatérských podmínkách, kde není záruka použití sterilních nástrojů. Často se s tím můžeme setkat ve VTOS (NMS, 2019).

Dalším druhem rizikového chování je nechráněný pohlavní styk, avšak běžný vaginální styk bývá v tomto směru zpochybňován a pravděpodobnost přenosu je malá. Zvyšuje se však, pokud jsou poškozené sliznice poraněním či jinou pohlavní chorobou. Při análním pohlavním styku je riziko výrazně vyšší, stejně tak i při vaginálním styku, když žena menstruuje (NMS, 2022).

Kromě přenosu viru hepatitidy C může vést výše zmíněné rizikové chování i k přenosu dalších infekčních chorob, z nichž stojí za zmínku zejména hepatitida B či HIV.

Hepatitida B je však v posledních letech na ústupu, za což vděčíme účinné vakcinaci. Očkování je povinné od roku 2001, takže u starších uživatelů drog se stále můžeme s tímto onemocněním setkat, ale jedná se spíše o sérologické známky proběhlé infekce. Případů s akutní HBV infekcí je hlášeno minimum.

Co se týče viru HIV, díky výměnným programům se jeho šíření podařilo na rozdíl od viru HCV mezi PWID výrazně omezit, takže v ČR mezi PWID výrazně dominuje hepatitida C (Minařík, Řehák in Kalina, 2015).

4. Eliminace VHC u lidí užívajících injekčně drogy

V květnu roku 2016 schválila Světová zdravotnická organizace (WHO) akční plán eliminovat HCV jako jednu z hlavních zdravotních hrozeb a předpokládá do roku 2030 naplnění následujících cílů:

- dosáhnout poklesu mortality související s HCV o 65 %
- snížit počty nových infekcí o 90 %
- diagnostikovat 90 % pacientů s HCV

Bohužel Česká republika stále nepatří mezi země s dostatečným systémem péče o pacienty s VHC. I přes veškeré snahy o zlepšení je u nás stále nerovnoměrné pokrytí adiktologických služeb v jednotlivých krajích. Podle dat z kongresu INSHU v Montrealu v září 2019 je na světě pouze 12 zemí s dostatečným systémem péče reálně schopné dosáhnout eliminace HCV dle plánu tohoto plánu WHO. Jsou to Austrálie, Egypt, Francie, Gruzie, Island, Itálie, Japonsko, Mongolsko, Nizozemsko, Španělsko, Švýcarsko a Velká Británie (Krekulová, 2021 a, s. 78-85).

4.1. Akční plán

U nás byl v srpnu roku 2019 Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP) schválen strategický dokument Eliminace virové hepatitidy typu C mezi uživateli drog v České republice: východiska a akční plán 2019–2021. Díky tomu, že eliminace VHC je „běh na dlouhou trať“, bylo v červenci roku 2021 schváleno Radou vlády pro koordinaci politiky v oblasti závislostí prodloužení platnosti tohoto dokumentu na další tříleté období (Chomynová et al. 2022).

Základními 4 body tohoto plánu jsou: screening, vstup do léčby, diagnostika a zahájení léčby, udržení uživatelů drog v léčbě a následná péče a prevence reinfekce.

Screening

U screeningu je hlavním cílem celkově zvýšit počty testovaných klientů nízkoprahových služeb a též je motivovat k pravidelnému přetestování nejméně každého půl roku. Zvýšit počty pracovníků a navýšit i finanční prostředky na screeningové rychlotesty. Stanovit postupy a metodicky podporovat pracovníky, aby dále mohli motivovat klienty k testování a pomáhat jim překonávat bariéry, které klientům brání v rozhodnutí nechat se otestovat.

V současné době je i přes proaktivní přístup pracovníků v nízkoprahových službách stále poměrně nízká protestovanost mezi klienty. Každoročně je otestováno jen 7-8 % PWID v ČR ročně. Ze 112 nízkoprahových programů (56 kontaktních center a 56 terénních programů) v ČR poskytovalo testování na VHC v roce 2021 90 z nich (NMS, 2022).

Vstup do léčby, diagnostika a zahájení léčby

V první řadě je třeba zajistit, aby byli klienti, kterým vyšel screeningový test na anti-HCV reaktivně, vyšetřeni PCR HCV RNA testem na přítomnost viru. Dále jim pak v případě potvrzení positivity pomoci zajistit co nejdříve léčbu přímo působícími antivirotiky, aby nešířili infekci dále.

Je důležité, aby byla stále posilována spolupráce adiktologických služeb a klinických pracovišť pro léčbu VHC a podporovat edukaci specialistů např. návštěvami adiktologických služeb.

Též je nutné odstraňovat bariéry pro vstup uživatelů do léčby VHC, nejprve zvyšováním informovanosti uživatelů drog o moderní léčbě VHC a tím odstraňovat či zmenšovat možné obavy. Dále pak poskytovat asistence do zdravotnických zařízení, odstraňovat finanční a administrativní limity a posilovat síť klinických center pro léčbu VHC po celé ČR. Ideálně pak vytvářet detašovaná zdravotnická pracoviště v místě nízkoprahových a substitučních programů (NMS, 2022).

Udržení uživatelů drog v léčbě

Za pomoci spolupráce adiktologických a klinických pracovišť poskytovat těmto pacientům odborné poradenství, podporu a pomoc při pravidelném užívání léků. Uživatelům opioidů poskytovat substituční léčbu.

Nadále poskytovat asistenci a doprovázení, využít mobilních telefonů k upomínkám a dávkovače léků. Též je možno zapojit peer konzultanty nebo pacienty odměňovat (např. stravovacími kupony) za dodržování léčebného režimu (NMS, 2022).

Následná péče a prevence reinfekce

Cílem je poskytnout pacientům, kteří prošli úspěšně léčbou VHC, následnou komplexní péči zaměřenou zejména na ověření výsledků léčby a potvrzení setrvalé virologické odpovědi. U pacientů s následky chronické hepatitidy C jako je jaterní poškození nebo hepatocelulární karcinom pak zajistit dispenzarizaci a další léčbu.

Též je důležité pracovat s těmito pacienty dále na prevenci reinfekce a řešit s nimi jejich drogovou závislost. Pracovat s nimi na motivaci k abstinenci nebo na zajištění substituční léčby. Nadále jim poskytovat výměnné programy a edukovat je ohledně co nejbezpečnějšího užívání drog. Řešit s nimi jejich sociální situaci včetně podpory při hledání práce či bydlení (NMS, 2022).

III. Praktická část

5. Metodologie výzkumu

Výzkum má kvantitativní charakter. Byla provedena průřezová dotazníková studie s klienty nízkoprahových programů pro osoby užívající drogy rizikově organizací Semiramis a Laxus (LSA partners), kteří byli v daném období v kontaktu se službami, splňovali kritéria pro účast ve studii a s účastí souhlasili.

5.1. Cíle výzkumu

Cílem výzkumu bylo zjistit, zda u klientů, kteří prošli léčbou VHC, došlo k nějakým změnám v oblasti rizikového chování a zjistit, zda tyto změny souvisí s dalšími zkoumanými faktory a případně jakým způsobem s nimi souvisí. Dále zmapovat okolnosti a dopady léčby VHC zejména překážky ve vstupu do léčby a naopak vlivy, které klientům ke vstupu do léčby pomohly.

5.2. Výzkumné otázky

1. Jaká byla diagnostika, průběh léčby a dopady VHC? Zmapování okolností.
2. Jaké faktory byly nápomocny ke vstupu do léčby a jaké byly naopak bariéry?
3. Jaké jsou změny v jednotlivých oblastech rizikového chování u lidí, kteří berou injekčně drogy po absolvování léčby hepatitidy C?
4. Jsou nějaké souvislosti ve změnách rizikového chování a v dalších faktorech jako způsob bydlení, vzdělání, počet primárně užívaných látek, druh a zprostředkování léčby VHC, pocity z HCV positivity a pocity z průběhu léčby? Případně jaké?

5.3. Výzkumný soubor

Základní soubor tvoří klienti nízkoprahových programů pro uživatele návykových látek Semiramis a Laxus, kteří absolvovali léčbu VHC. Jedná se o klienty K-center v Mladé Boleslavi, Nymburce a Pardubicích a terénní programy působící ve Středočeském kraji a vybraných částech Prahy, dále v Pardubickém a Královéhradeckém kraji a okolí Nymburka.

Původně byl počet respondentů stanoven na 50 až 100 osob. Díky časové náročnosti dotazníkového šetření a poměrně specifickým kritériím nakonec výzkumný soubor čítá pouze 32 respondentů.

5.4. Metody výběru souboru

Sběr dat se konal v období od 1. 7. 2023 do 31. 10. 2023. Osloveni byli v první řadě klienti, o nichž bylo známo, že léčbu VHC absolvovali. Déle jsme v souvislosti s výzkumem já i ostatní pracovníci výše zmíněných programů více mapovali situaci ohledně léčby VHC a hledali vhodné kandidáty pro výzkum. Jednalo se o příležitostný nepravděpodobnostní výběr souboru.

5.5. Kritéria pro zařazení do výzkumu

1. Intravenózní užívání návykových látek v minulosti či současnosti.
2. Osobní kontakt s některým z výše zmíněných nízkoprahových programů v období od 1. 7. 2023 do 31. 10. 2023.
3. Absolvování léčby VHC, pokud od jejího dokončení uplynuly nejméně 3 měsíce.
4. Ústní souhlas s účastí ve výzkumu.

Dále bylo nezbytné zvážit okolnosti jak na straně služby, tak i na straně klienta, které vedly k rozhodnutí, zda oslovit potencionálního kandidáta a zda jsou v danou chvíli k dispozici vhodné podmínky ke sběru dat.

Podmínky ze strany služby:

- Dostatek času – dotazník byl dost dlouhý a jeho vyplnění, za předpokladu, že klient v rozhovoru nezabíhal a odpovídal jen na otázky v dotazníku, trvalo 15 minut. Pokud se však klient u některých otázek zastavoval a více je rozváděl, byla to příležitost řešit témata, která v běžných kontaktech neotevíral a byla by škoda se tím nezabývat. Běžně se stávalo, že vznikly nové zakázky ke spolupráci, zejména v oblastech týkajících se hepatitidy C, jako např. kontrola současného stavu ve zdravotnickém zařízení. Proto bylo nutné počítat nejméně s časem 30 minut na vyplnění. Takže jsem já ani ostatní pracovníci nezahajovali vyplňování dotazníku před koncem pracovní doby, někdy jsme i plánovali s klientem vyplnění dotazníku předem.

- Dostatek soukromí – vzhledem k tomu, že některé otázky v dotazníku byly velmi osobní, bylo nutné zajistit, aby nebyl vyplňování dotazníku přítomen jiný klient. Případná přítomnost jiného klienta mohla nejen narušit pocit bezpečí a komfortu respondenta, ale i ovlivnit jeho odpovědi.
- Personální kapacity – ve většině případů se konal sběr dat v čase, kdy mohli využívat službu i další klienti. Jak na K-centrech, tak i v terénních programech proto bylo nezbytné, aby byli v danou dobu přítomni dva pracovníci. Jeden se tak mohl plně věnovat vyplňování dotazníku s respondentem a případně i mapovat jeho celkovou situaci a druhý pracovník řešil zakázky ostatních klientů. Pokud se jednalo o kontakt v terénu domluvený pouze s jedním klientem mimo kontaktní místo, mohl obstarat jak běžnou zakázku klienta, tak i rozhovor pro vyplnění dotazníku, jeden pracovník.

Podmínky ze strany klienta:

- Dostatek času – bylo nutné, aby i klient měl dostatek času na vyplnění. Vyplňování ve spěchu by mohlo odpovědi zkreslit a též by byla škoda nevyužít potenciálu rozhovoru k otevírání nových témat, zakázek a celkového mapování klientovy situace.
- Stav klienta – ačkoliv není podmínkou k využívání služby abstinence ani aktuální úplná střízlivost klienta, je nezbytné, aby byl respondent ve stavu, kdy je možné s ním vést souvislý rozhovor.
- Vhodných kandidátů pro tento výzkum ve srovnání s celkovým počtem klientů, kteří využili služby, bylo poměrně málo. Je možné, že se nějakého vhodného kandidáta nepodařilo zachytit, ale z oslovených klientů nikdo neodmítl účast ve výzkumu, a nakonec byl rozhovor se všemi vybranými klienty uskutečněn

5.6. Metody tvorby dat

Bylo provedeno dotazníkové šetření s klienty výše zmíněných nízkoprahových programů. Dotazník jsem vytvářela v prosinci roku 2022 a 1. 7. 2023 byl zahájen sběr dat, který trval do 31. 10. 2023.

Data byla sbírána formou strukturovaného rozhovoru a zaznamenávána do připraveného dotazníku. Dotazníkové šetření jsem prováděla já a moji kolegyně – pracovníci nízkoprahových

programů pro uživatele drog organizací SEMIRAMIS a Laxus. S kolegy jsem konzultovala podobu dotazníku a proškolila je, abychom v kladení otázek i jejich zaznamenávání byli jednotní. Tento sběr dat probíhal v terénních programech a na K-centrech během pracovní doby a byla používána papírová podoba dotazníků.

Dotazník je členěn na pět částí:

- Sociální situace
- Kontakt se službami
- Testování a léčba VHC
- Rizikové chování
- Závěr

Nosná část „rizikové chování“ je ještě členěna na dva oddíly – „před léčbou VHC“ a „po léčbě VHC“. V obou oddílech jsou stejné otázky mapující jednotlivé kategorie rizikového chování, které jsem vyhodnotila takto: a) injekční užívání jako takové, b) nechráněný pohlavní styk, c) sdílení IS, d) sdílení parafernií k injekční aplikaci, e) sdílení hygienických potřeb, kde může dojít ke kontaktu s krví, f) amatérské tetování či piercing a g) manipulace s cizími IS. Výsledky obou částí jsem poté pomocí číselné škály porovнала a zachytila změny rizikového chování.

5.7. Metody analýzy dat

Údaje ze záznamových formulářů (dotazníků) jsem nejprve vložila do databáze v programu Microsoft Excel, kde jsem je posléze zpracovávala pomocí deskriptivně statistických metod za využití kontingenčních tabulek a filtrů. Otázky, kde bylo možno označit více odpovědí, jsem rozpracovala do několika sloupců s využitím odpovědí „ano“ a „ne“. Otevřené otázky jsem utřídila do nových kategorických proměnných.

V části rizikové chování jsem nejprve porovнала pomocí číselné škály jednotlivá riziková chování u jednotlivých klientů v období před léčbou a po léčbě. Poté jsem přiřadila k výsledným číslům slovní ohodnocení změny rizikového chování a vytvořila jednotlivé kategorie míry změny.

- 3 = „výrazně se snížilo“
- 2 = „snížilo se“

- 1 = „mírně se snížilo“
- 0 = „zůstalo stejné“
- -1 = „mírně se zvýšilo“
- -2 = „zvýšilo se“
- -3 = „výrazně se zvýšilo“

V dalším kroku jsem pomocí aritmetického průměru vyhodnotila skóre pro jednotlivá riziková chování i celkovou změnu rizikového chování pomocí kompozitního skóre. To jsem vytvořila ze skóre pro jednotlivé druhy rizikového chování, kterým jsem přiřadila různou váhu a určeným koeficientem jsem pak násobila výsledky u jednotlivých rizikových chování, přičemž sdílení injekčních pomůcek byla přiřazena nejvyšší váha.

- Injekční užívání - 1
- Nechráněný coitus -1
- Sdílení hygienických potřeb - 1,5
- Sdílení parafernálií -1,5
- Manipulace a sběr použitých IS - 1,5
- Amatérské tetování a piercing – 1,5
- Sdílení injekčních pomůcek – 2

Po sečtení hodnot jednotlivých oblastí rizikového chování pro každou míru změny (stejnou pro každou oblast) jsem vypočítala střední hodnotu pro každou míru celkové změny.

- 30 = Výrazně se snížilo
- 20 = Snížilo se
- 10 = Mírně se snížilo
- 0 = Zůstalo stejné
- -10 = Mírně se zvýšilo
- -20 = Zvýšilo se
- -30 = Výrazně se zvýšilo

Tento systém jsem použila jak pro vyhodnocení změny u jednotlivých respondentů, tak pro souhrnný výsledek. Skóre těchto změn jsem zaokrouhlovala na celé desítky a poté zařadila do již výše zmíněných kategorií.

Nakonec jsem hledala souvislosti mezi celkovými změnami rizikového chování u jednotlivých respondentů a dalšími zkoumanými faktory.

5.8. Etické aspekty výzkumu

S každým respondentem byla uzavřena ústní dohoda, v níž souhlasil s účastí ve výzkumu. Rovněž byl každý účastník obeznámen s informacemi o výzkumu, zejména s tím, že výzkum je anonymní a účast dobrovolná. Její odmítnutí by nemělo vliv na další využívání služeb. Účast ve výzkumu byla odměněna nadstandartním HR materiálem a sladkostí získanou v potravinové bance.

Papírové dotazníky byly uloženy na bezpečném místě, kam neměl přístup nikdo jiný než já. Data zaznamenaná elektronickou formou byla uložena a uchovávána v počítači pod heslem. Po obhájení této práce budou smazána.

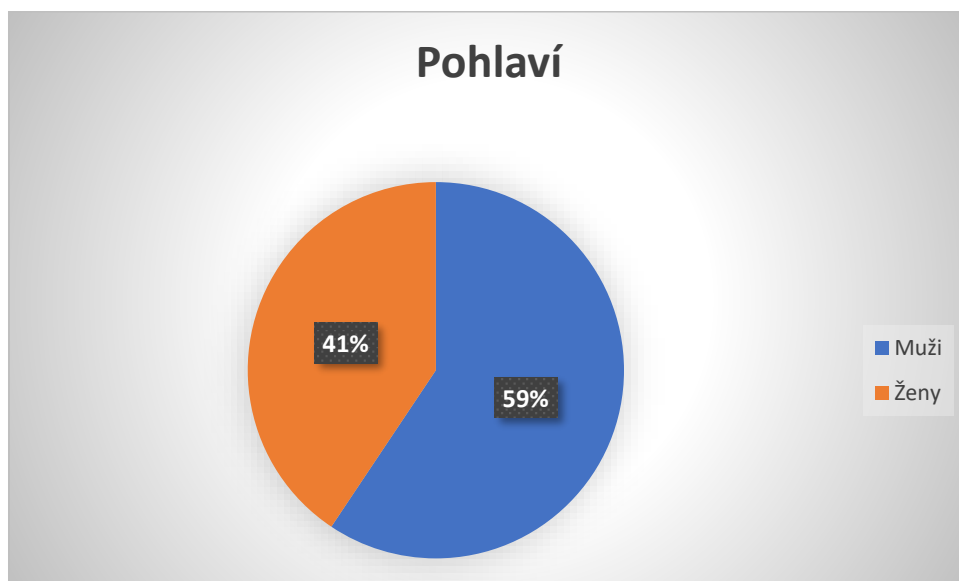
6. Výsledky

6.1. Sociodemografické údaje

Pohlaví, věk, vzdělání a bydlení

Dotazníkové šetření se podařilo zrealizovat s 32 respondenty, z čehož tvořili větší část muži, kterých bylo 19 (59,4 %) a menší část ženy, kterých bylo 13 (40,6 %) (viz. graf č. 1).

Graf 1: Pohlaví respondentů (N=32)

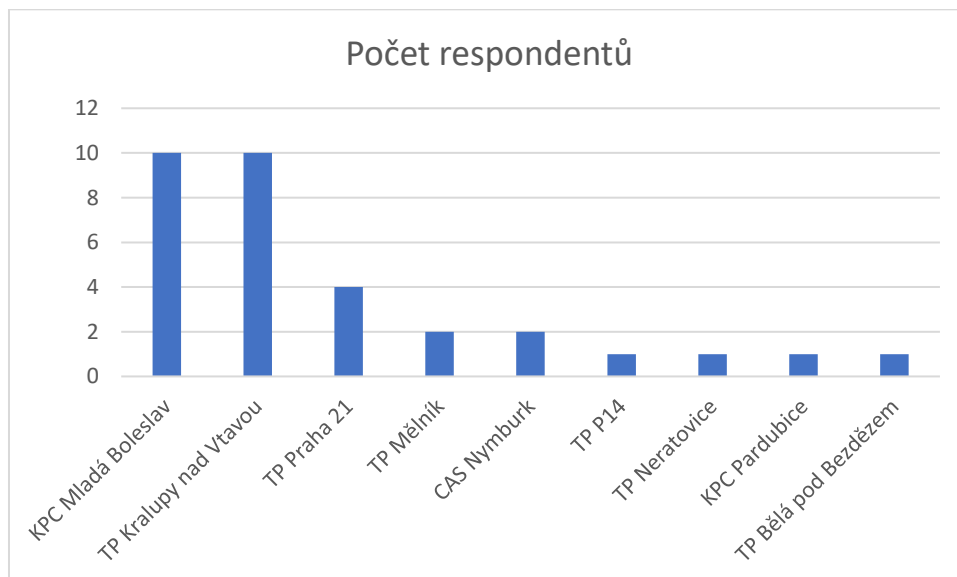


Průměrný věk respondentů je 41,8 let, přičemž u mužů je tato hodnota o něco vyšší (42,4 let) než u žen (41,0 let). Nejstarším respondentem byla žena ve věku 60 let a nejmladším respondentem byl muž, kterému bylo 17 let.

Výzkum probíhal v KPC Mladá Boleslav, KPC Pardubice a CAS Nymburk. S těmito centry počítám pro statistické zpracování jako s K-centry. Dále v 5 oblastech, kde působí TP Semiramis. Jedná se o města Kralupy nad Vltavou, Mělník, Neratovice, Bělá pod Bezdězem a městské části Praha 14 a Praha 21. Nejvíce byli zastoupeni respondenti z KPC Mladá Boleslav, kterých bylo 10 (31,3 %) a z terénního programu v Kralupech nad Vltavou, kterých bylo rovněž 10 (31,3 %). Další 4 respondenti byli z TP Praha 21 (12,5 %) a z TP Mělník a z CAS Nymburk bylo po 2 respondentech (6,3 %). Z TP P14, TP Neratovice, TP Bělá pod Bezdězem a KPC Pardubice

bylo po 1 respondentovi (3,1 %) (viz graf. č. 2). Celkově se jednalo o 18 respondentů (56 %) z terénních programů a 14 respondentů (44 %) z K-center.

Graf 2: Počet respondentů v jednotlivých programech (N=32)

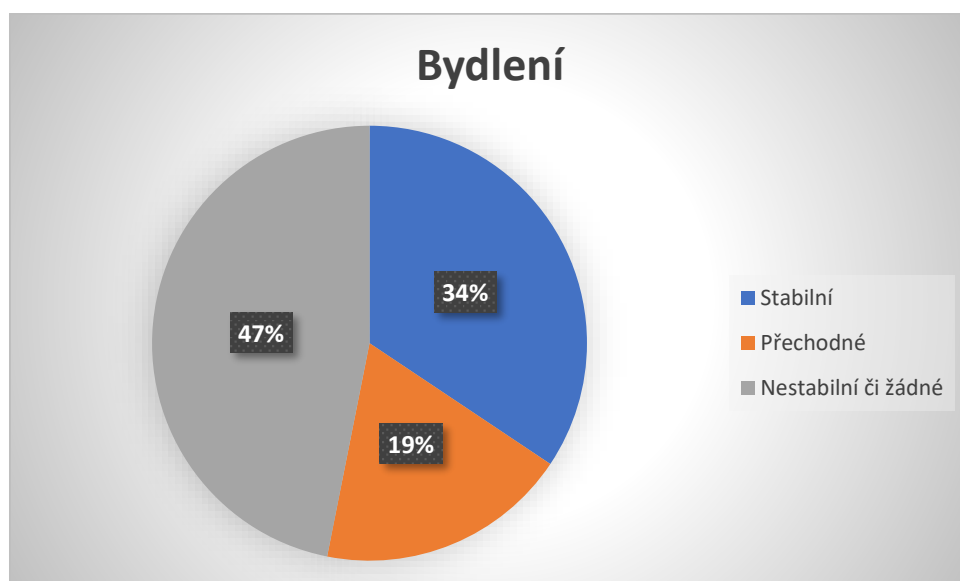


Dále jsem mapovala, jak a s kým respondenti bydlí. Nejvíce respondentů, což činilo 46,9 % tazatelů z celkového počtu, uvedlo nestabilní či žádné bydlení. V této skupině bylo 8 žen a 7 mužů. Za nestabilní bydlení je považován squat, stan, jeskyně či nejisté přespávání u známých na různých místech.

O něco méně (34,4 %) dotazovaných má stabilní ubytování, což může být vlastní či pronajatý byt či dům nebo bydlení u rodičů. Tato skupina je zastoupena 7 muži a 4 ženami.

Přechodné bydlení, což může být ubytovna či azylový dům, využívá nejméně (18,8 %) respondentů. Jedná se o 1 ženu a 5 mužů. Zobrazeno v grafu č. 3.

Graf 3: Rozložení respondentů podle současného bydlení



V tabulce č. 1 je možné vidět, zda žijí respondenti sami nebo ve sdílené domácnosti a s kým. 4 ženy a 9 mužů (40,6 %) žijí sami. 1 žena a jeden muž (6,3 %) žijí sami s dítětem. Rovněž 1 žena a jeden muž (6,3 %) žijí dohromady ve společné domácnosti s partnerem, který užívá drogy a s dítětem. Pouze s partnerem, který užívá drogy žije 5 žen a 3 muži (25 %). S partnerem, který drogy neužívá žije pouze 1 muž (3,1 %). Možnost sdílené domácnosti s rodiči označili 2 ženy a 3 muži (15,6 %). 1 muž (3,1 %) žije v jedné domácnosti s rodiči, s osobou, která užívá drogy, ale nejedná se o partnera, a zároveň i s dítětem.

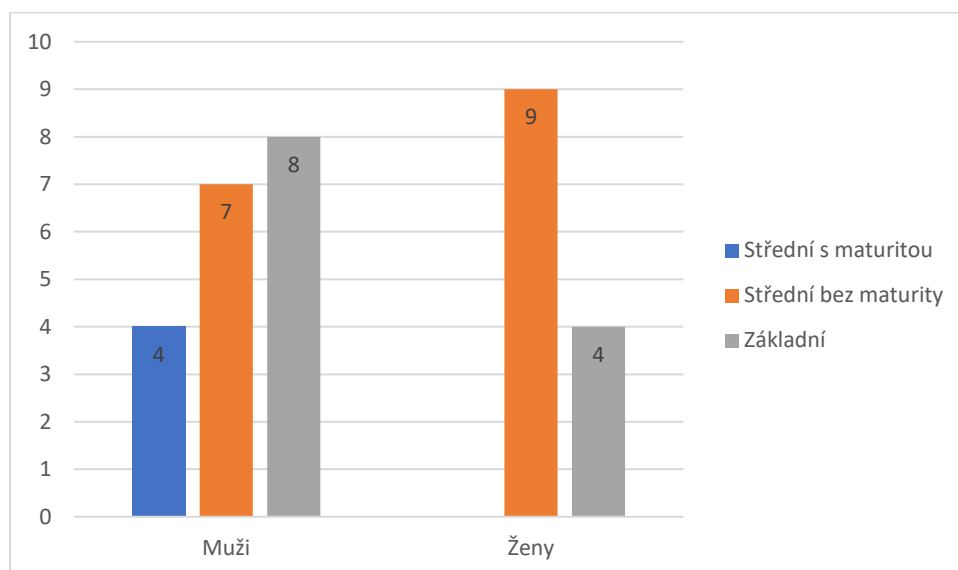
Tabulka 1: Rozdělení respondentů podle toho, s kým žijí (n=32)

Žijí s...	Muži	Ženy	Celkem
Sám/a	9	4	13
Sám/a s dítětem	1	1	2
S partnerem, který neužívá drogy	1	0	1
S partnerem, který užívá drogy	3	5	8
S partnerem, který užívá drogy a s dítětem	1	1	2
S rodiči	3	2	5
S rodiči, s člověkem, který užívá drogy a s dítětem	1	0	1

Vzdělání, zaměstnání, příjem a trestní stíhání

Dalším zkoumaným faktorem bylo vzdělání. Dotazovaní si mohli vybrat z pěti možností, ale v odpovědích byly zastoupeny jen tři. Jednalo se o vzdělání základní, střední bez maturity a střední s maturitou. Z možností neukončené vzdělání a vysokoškolské (či vyšší odborné) vzdělání si nevybral nikdo. Nejvíce respondentů (50 %) uvedlo střední vzdělání bez maturity. Do této kategorie patřilo 9 žen a 7 mužů. Základní vzdělání má 8 mužů a 4 ženy (37,5 %). 4 muži (12,5 %) disponují středním vzděláním s maturitou. Uvedeno v grafu č. 4.

Graf 4: Nejvyšší dosažené vzdělání



Co se týče zaměstnání, 12 respondentů (37,5 %), uvedlo, že je bez zaměstnání. Dalších 7 tazatelů (21,9 %) označilo možnost příležitostné zaměstnání a rovněž 7 osob (21,9 %) je registrováno na Úřadu Práce. 5 respondentů (15,6 %) má pravidelné zaměstnání a 1 respondent (3,1 %) je na mateřské dovolené. V tabulce č. 2 je možné vidět souvislosti mezi zaměstnáním a oficiálními příjmy. Nelegální příjem je tam uveden pouze u respondentů, kteří žádný jiný příjem nemají.

Celkový počet tazatelů, kteří označili možnost nelegálního příjmu je 13 (40,6 %), z čehož je to u 3 osob (9,4 %) jediný zdroj příjmu.

Tabulka 2: Rozdělení respondentů podle zaměstnání a oficiálního zdroje příjmu

Příjem	Stabilní legální	Nestabilní legální	Práce bez smlouvy	Nestabilní nelegální	Bez příjmu	Celkem
Bez zaměstnání	2	2	1	3	4	12
Mateřská	1	0	0	0	0	1
Pravidelné zaměstnání	4	0	1	0	0	5
Příležitostné	2	4	1	0	0	7
Úřad práce	6	1	0	0	0	7
Celkem	15	7	3	3	4	32

Další zkoumanou oblastí bylo trestní stíhání. 9 osob (28,1 %) nebylo nikdy trestně stíháno, dalších 9 osob (28,1 %) bylo trestně stíháno jednou a zbývajících 14 respondentů (43,8 %) uvedlo, že byli stíháni vícekrát.

Ve VTOS bylo alespoň jednou 17 respondentů (53,1 %), z čehož byly pouze 2 ženy a zbývajících 15 mužů.

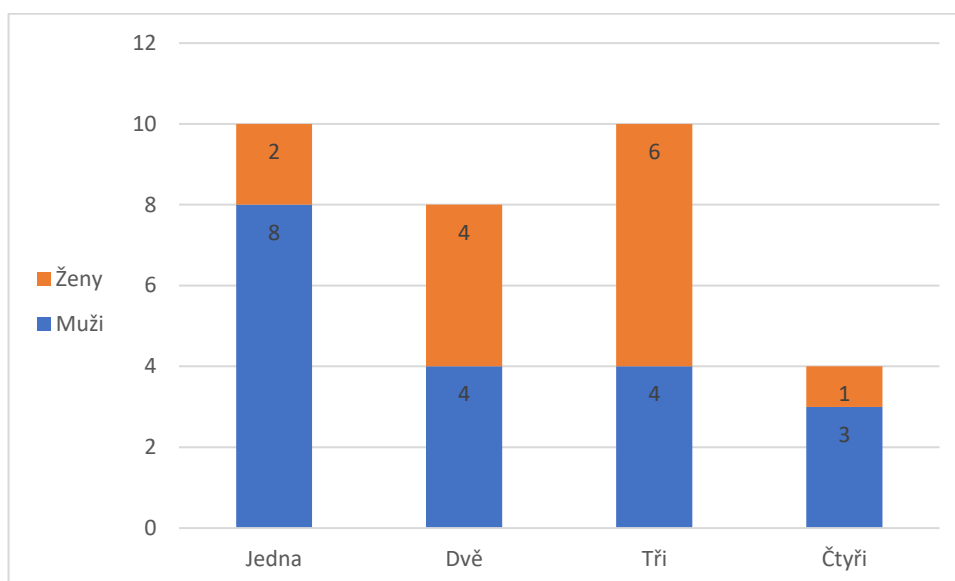
6.2. Uživatelské charakteristiky

Primární užívané návykové látky

Pojmem primární návyková látka rozumíme všechny drogy, jejichž užívání považuje respondent za důležité. Mapuji zde látky užívané v posledních 30 dnech. Respondentům jsme já i kolegové zdůrazňovali, že se jedná o primární užívané látky, ne však o všechny látky, které v posledních 30 dnech užíli. Může se tudíž jednat o jednu i více látek. Návykové látky jsem rozdělila do 5 skupin, které jsou dále označovány jako primární drogy. Jedná se o metamfetamin, opioidy, benzodiazepiny, THC a alkohol. Bylo možno označit i jiné stimulanty než metamfetamin, ale žádný z respondentů tak neučinil.

12 respondentů (37,5 %) uvedlo jako primární drogu 1 látku. 10 respondentů (31,3 %) označilo jako primární drogy dvě látky a 6 tazatelů (18,8 %) považuje za primární drogy 3 látky. Zbývajících 4 dotazovaní (12,5 %) užívají primárně 4 návykové látky (viz graf č. 5).

Graf 5: Počet primárně užívaných návykových látek



Nejčastěji označenou drogou je metamfetamin. Užívá ho 27 osob (84,4 %) z celkového počtu 32 respondentů. Opioidy uvedlo 12 lidí (37,5 %), THC 18 lidí (56,3 %), alkohol 7 lidí (21,9 %) a benzodiazepiny 2 osoby (6,25 %) z 32 dotazovaných.

Konkrétní kombinace užívaných látek:

- Metamfetamin + opioidy + THC + alkohol (3 respondenti)
- Metamfetamin + benzodiazepiny + THC + alkohol (1 respondent)

- Metamfetamin + opioidy + THC (3 respondenti)
- Metamfetamin + THC + alkohol (2 respondenti)
- Metamfetamin + opioidy + alkohol (1 respondent)

- Metamfetamin + THC (6 respondentů)
- Opioidy + THC (2 respondenti)
- Metamfetamin + opioidy (1 respondent)
- Metamfetamin + benzodiazepiny (1 respondent)

- Metamfetamin (9 respondentů)
- Opioidy (1 respondent)
- THC (1 respondent)

Co se týče užívání opioidů, které uvedlo jako primární drogu 12 respondentů, jednoznačně dominuje buprenorfin. 6 respondentů ho označilo jako jediný užívaný opioid. 2 dotazovaní uvedly jako jediný opioid, který užívají, Heroin a 1 tazatel surové opium.

Zbývající 3 respondenti užívající opioidy uvedli kombinaci buprenorfinu, heroinu, metadonu fentanylů a surového opia. V daný okamžik užívají tu látku, která je momentálně k dispozici.

Délka užívání návykových látek

Dále byli respondenti tázáni na délku užívání návykových látek a též na délku intravenózního užívání návykových látek. V tabulce č. 3 je vidět, že nejvíce respondentů označilo možnost „více než 20 let“ jak u délky jakéhokoliv užívání, tak u délky nitrožilního užívání. U celkového užívání se jedná o 20 respondentů, což je 62 % z celkového počtu n=32 a u nitrožilního užívání označilo tuto možnost 17 dotazovaných (53,1 %).

Tabulka 3: Délka užívání a nitrožilního užívání NL v souvislosti s využívanou službou

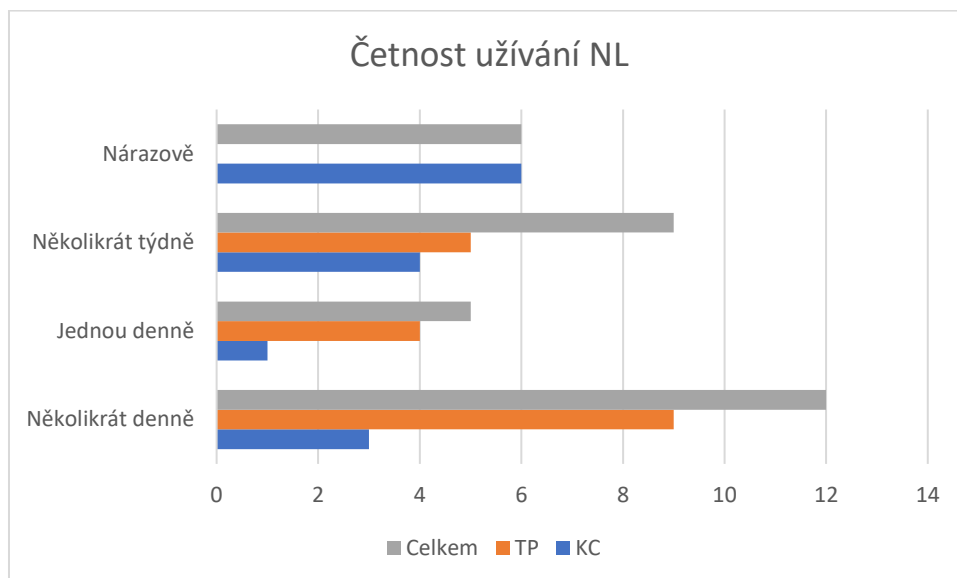
	Délka užívání			Délka IV užívání		
	TP	KC	Celkem	TP	KC	Celkem
Méně než 5 let	1	2	3	1	3	4
5-9 let	1	0	1	2	1	3
10–20 let	2	6	8	4	4	8
Více než 20 let	14	6	20	11	6	17
Celkem	18	14	32	18	14	32

Četnost užívání návykových látek

Dále jsem se respondentů v dotazníku ptala, jak často užívají návykové látky nitrožilně. Nejčastější odpovědí byla možnost „několikrát denně“, což označilo 12 dotazovaných (37,5 %). Avšak odpovědi se výrazně lišily u klientů K-center a u klientů terénních programů, což

můžeme vidět v grafu č. 6. U klientů terénních programů byla nejčastější odpovědí výše zmíněná možnost „několikrát denně“, u klientů K-center naopak možnost „nárazově“, kterou označilo 6 respondentů (18,8 %) právě z řad klientů K-center. Kromě možností, které lze vidět v grafu, bylo ještě možné označit možnost „několikrát za měsíc“, tu však neoznačil nikdo.

Graf 6: Četnost IV užívání NL v souvislosti s využívanou službou



6.3. Kontakt se službami

Nízkoprahové harm reduction programy (K-centra a terénní programy)

Jak je již uvedeno výše, 18 respondentů navštěvuje v současné době terénní program a 14 respondentů K-centrum. Zda některý z dotazovaných navštěvuje oba typy těchto programů, jsem nemapovala a nerozlišuji, o který typ programu se jednalo v minulosti. Každopádně všichni respondenti jsou s tímto typem služeb v kontaktu a většina z nich byla i v minulosti (zachyceno v tabulce č. 4).

Tabulka 4: Frekvence návštěv nízkoprahových harm reduction programů

	Před léčbou VHC	Během léčby VHC	Po léčbě VHC
Vůbec	4	8	0
2 - 7x týdně	11	7	10
1x týdně	8	9	10
2 - 3x měsíčně	5	2	5
1x měsíčně	4	5	7
Nárazově	0	1	0
Celkem	32	32	32

Ambulantní, rezidenční a substituční programy

Co se týče ostatních služeb, zjišťovala jsem, zda a případně kolikrát byli respondenti v kontaktu se substitučním programem, ambulantní léčbou závislosti, pobytovou léčbou v psychiatrické nemocnici a rovněž zda někdy absolvovali léčbu v terapeutické komunitě. V případě pobytových léčeb jsem mapovala i kolikrát byla případná léčba dokončena. Popsáno v tabulce číslo 5. V sloupci „dokončil/a“ uvádím počet respondentů, kteří danou léčbu alespoň někdy dokončili, v závorce je uveden počet dokončených léčeb.

Většina respondentů nebyla nikdy ani v ambulantní ani v pobytové léčbě závislosti. Konkrétně 25 tazatelů (78,1 %) nikdy nenavštěvovalo ambulantní léčbu závislosti, 19 respondentů (59,4 %) nikdy nebylo v rezidenční léčbě v PN a 27 respondentů (84,4 %) nikdy ani nezapočalo léčbu v terapeutické komunitě.

Substituční léčbu závislosti na opioidech navštěvovalo alespoň jednou 11 respondentů, z čehož 1 respondent opioidy v současné době již neužívá. 2 dotazovaní užívající opioidy nebyli nikdy v kontaktu se substituční léčbou.

Tabulka 5: Kontakt s dalšími adiktologickými službami

	Substituce	Ambulance	Pobytová v PN	Dokončil/a	Pobytová v TK	Dokončil/a
Nikdy	21	25	19	0	27	0
Jednou	9	6	5	2	4	3
Dvakrát	0	0	2	1 (2)	1	0
Třikrát	1	1	2	1 (3)	0	0
Čtyřikrát	1	0	1	1 (3)	0	0
Šestkrát	0	0	1	1 (1)	0	0
Desetkrát a více	0	0	2	2 (5) (10)	0	0

6.4. Testování a léčba VHC

Dále jsem mapovala okolnosti testování a průběh a okolnosti léčby VHC. V případě, že respondent prodělal léčeb VHC více, jeho odpovědi se měly týkat poslední léčby.

Testování

Co se týče testování, zkoumala jsem, po jak dlouhé době injekčního užívání NL se nechali respondenti poprvé otestovat a jejich motivaci k tomuto testování.

Nejvíce respondentů - 18 (56,3 %) odpovědělo, že se nechali otestovat „po 5 letech a více“ injekčního užívání drog. Můžeme vidět i s dalšími možnostmi v tabulce č. 6.

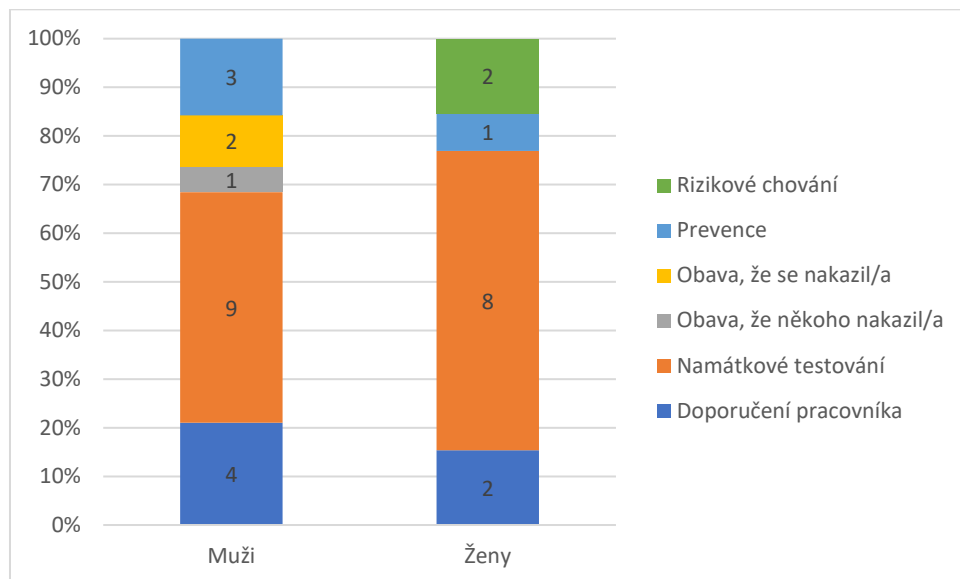
Tabulka 6: První testování na HCV v souvislosti s délkou injekčního užívání NL

	Celkem	Muži	Ženy
Po méně než roce	6	5	1
Po 1-2 letech	5	1	4
Po 2-4 letech	3	2	1
Po 5 letech a více	18	11	7
Celkem	32	19	13

Nejčastější motivací k tomuto testování byla namátkové provedení testu, které proběhlo např. v rámci jiného lékařského vyšetření nebo nebylo respondentem nijak iniciované, např. testování ve VTOS. Tuto možnost označilo 17 (53,1 %) respondentů. 6 dotazovaných (18,8 %) motivovalo doporučení pracovníka a 4 dotazovaní (12,5 %) označili možnost prevence. 2 (6,3 %) respondenty motivovalo k testování rizikové chování a další dva (6,3 %)

respondenty obava, že se mohli nakazit. 1 (3,1 %) respondent měl obavy, že mohl někoho nakazit, a proto se nechal otestovat. Můžeme vidět v grafu č. 7.

Graf 7: Motivace k prvnímu testování na HCV



Též jsem mapovala, zda a jak často se nechávají respondenti testovat na přítomnost viru HCV po léčbě hepatitidy C. Nejčastější odpovědí byla možnost „pravidelně se nechávám přetestovat, zda nedošlo k reinfekci“, což označilo 11 respondentů (34,4 %). Následovala možnost „nikdy“, což označilo 7 tazatelů (21,9 %). 6 respondentů (18,8 %) se nechalo přetestovat jednou a 4 respondenti (12,5 %) se nechávají přetestovat občas. 4 dotazovaní (12,5 %) dokončili léčbu VHC před příliš krátkou dobou na přetestování (viz tabulka č. 7).

Tabulka 7: Testování po léčbě VHC

	Celkem	Muži	Ženy
Nikdy	7	3	4
Jednou	6	5	1
Občas	4	2	2
Pravidelně	11	7	4
Krátká doba	4	2	2
Celkem	32	19	13

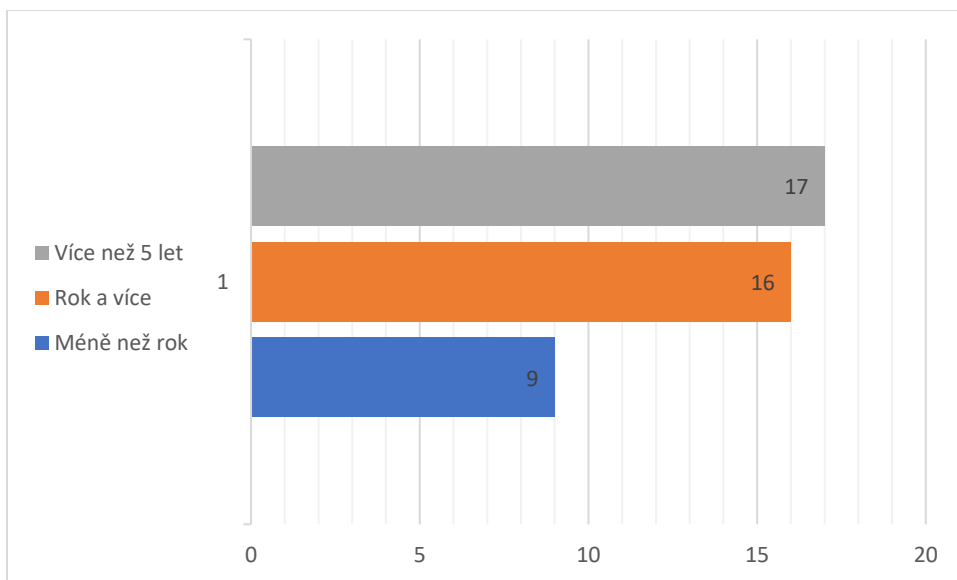
Léčba VHC

Většina respondentů, konkrétně 27 (84,4 %) prodělalo pouze 1 léčbu VHC. 3 respondenti (9,4 %) absolvovali 2 léčby a 2 respondenti (6,3 %) 3 léčby. V případě více léčeb se ve všech 5 případech jednalo o muže.

Pouze 6 respondentů (18,8 %) bylo léčeno v případě poslední léčby VHC Interferonem ve formě injekcí. Zbývajících 26 respondentů (81,3 %) absolvovalo léčbu přímo působícími antiviroty DAA ve formě tablet.

Nejvíce respondentů – 17 (53,1 %) prodělalo poslední léčbu VHC před více než 5 lety. Dalších 14 dotazovaných (43,8 %) uvedlo možnost „více než rok“ a 11 dotazovaných (34,4 %) dokončilo léčbu před rokem či méně (viz graf č. 8).

Graf 8: Uplynulá doba po dokončení poslední léčby VHC



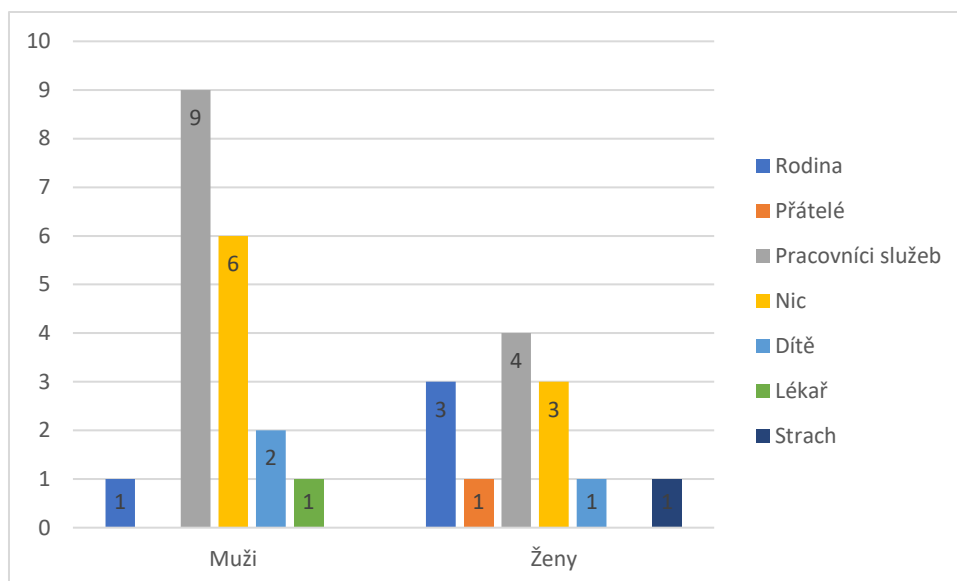
Dále jsem mapovala, kde respondenti poprvé zjistili, že jsou HCV reaktivní a jakým způsobem jim byla léčba zprostředkována. V obou případech byla nejčastější odpověď „v nízkoprahovém programu“. 13 tazatelů (40,6 %) se tam o nákaze dozvědělo a 18 dotazovaných (56,3 %) byla léčba VHC tímto typem služby zprostředkována. I s dalšími možnostmi uvedeno v tabulce č. 8.

Tabulka 8: Místo, zjištění nákazy VHC a zprostředkování léčby VHC

	Kde jsem zjistil/a že jsem se nakazil/a VHC	Zprostředkování léčby VHC
V nízkoprahovém programu	13	18
V pobytové léčbě	3	3
Ve VTOS	6	6
Ve zdravotnickém zařízení	8	4
V substitučním programu	2	1

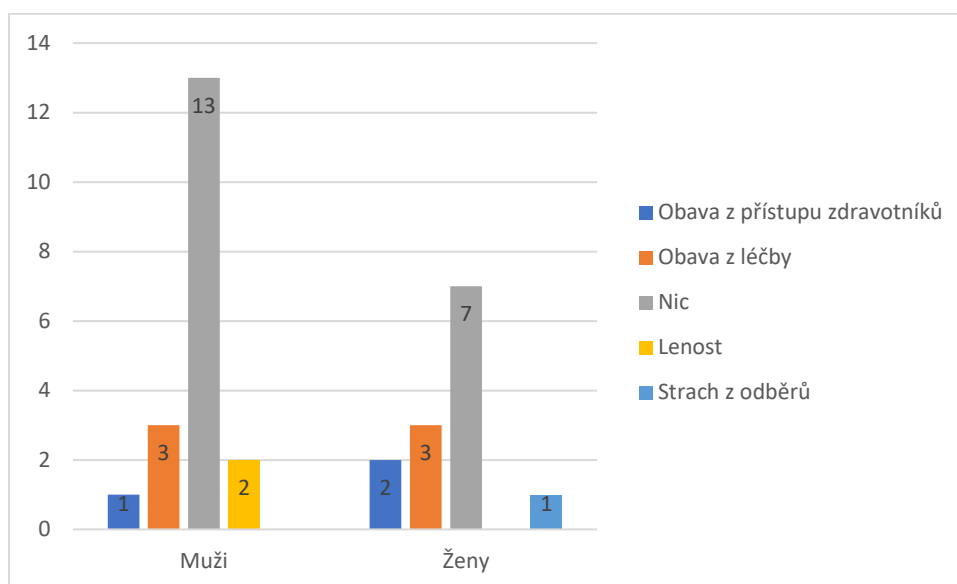
V grafu č. 9 můžeme vidět, co pomohlo respondentům ke vstupu do léčby VHC. Nejvýrazněji pociťovali podporu pracovníků nízkoprahových služeb, což označilo 13 dotazovaných (40,6 %). Dále 9 respondentů (28,1 %) označilo možnost „nic“, 4 respondenti (12,5 %) podporu rodiny a pro 3 dotazované (9,4 %) bylo největší motivací dítě. 1 respondent (3,1 %) uvedl podporu lékaře a 1 tazatele (3,1 %) motivoval ke vstupu do léčby strach.

Graf 9: Podpora ke vstupu do léčby VHC



Co se týče bariér v léčbě VHC, většina respondentů – 20 (62,5 %) žádné bariéry nepociťovala. 6 respondentů (18,8 %) mělo obavy přímo z léčby VHC a 3 dotazovaní (9,4 %) z přístupu zdravotnického personálu. Pro 2 respondenty (6,3 %) byla největší překážkou jejich vlastní lenost a 1 dotazovaný (3,1 %) měl největší strach z odběrů krve (viz graf č. 10).

Graf 10: Bariéry ke vstupu do léčby VHC



6.5. Změny rizikového chování

Injekční užívání jako takové

Prvním sledovaným faktorem bylo injekční užívání jako takové, respektive četnost injekčního užívání, zejména míra změny tohoto chování před léčbou VHC a po léčbě VHC.

Jednoznačně nejčastější výsledek byl, „zůstalo stejné“. Tuto možnost jsem vyhodnotila u 19 dotazovaných (59,4 %). Ostatní možnosti byly zastoupeny téměř rovnoměrně v řádu jednotek, což můžeme vidět i v souvislostech s pohlavím a využívanou službou v tabulce č. 9.

Tabulka 9: Změny v injekčním užívání v souvislosti s pohlavím a využívanou službou

Míra změny RCh	Celkem	TP	KC	Muži	Ženy
Výrazně se snížilo	1	0	1	1	0
Snížilo se	5	1	4	2	3
Mírně se snížilo	2	2	0	1	1
Zůstalo stejné	19	11	8	13	6
Mírně se zvýšilo	3	3	0	1	2
Zvýšilo se	1	1	0	0	1
Výrazně se zvýšilo	1	0	1	1	0

Průměrné skóre změny tohoto faktoru před a po léčbě VHC dosáhlo hodnoty 0,2, tj. mírné zlepšení, přičemž tato hodnota spadá do kategorie „žádná změna“.

Nechráněný pohlavní styk

Změny v této oblasti byly vyhodnoceny pouze v nulových a kladných hodnotách, což znamená, že došlo k jednoznačnému snížení rizikového chování v oblasti nechráněného coitu. U nejvíce – 13 respondentů (40,6 %) jsem vyhodnotila možnost „zůstalo stejné“ a u 11 (34,5 %) respondentů došlo k mírnému snížení tohoto rizikového chování. Můžeme vidět v tabulce č. 10 i s rozložením mezi muže a ženy a podle druhu navštěvovaného programu.

Tabulka 10: Změny rizikového chování v oblasti nechráněného pohlavního styku

Míra změny RCh	Celkem	TP	KC	Muži	Ženy
Výrazně se snížilo	5	2	3	4	1
Snížilo se	3	2	1	2	1
Mírně se snížilo	11	6	5	7	4
Zůstalo stejné	13	8	5	6	7
Mírně se zvýšilo	0	0	0	0	0
Zvýšilo se	0	0	0	0	0
Výrazně se zvýšilo	0	0	0	0	0

Celkově se dá charakterizovat změna v této oblasti hodnotou 1, což přesně odpovídá možnosti „mírně se snížilo“.

Sdílení injekčních stříkaček

Co se týče změny tohoto RCh, v tabulce č. 11 můžeme vidět, že nejčastějším výsledkem je opět možnost „zůstalo stejné“. Tuto možnost jsem vyhodnotila u 14 respondentů (43,8 %), u dalších 6 respondentů jsem spočítala, že se jejich RCh v této oblasti snížilo, u 5 dotazovaných se mírně snížilo a u 4 tazatelů se výrazně snížilo. 3 respondenti vykazují možnost „mírně se zvýšilo“. Možnostem „zvýšilo se“ a „výrazně se zvýšilo“ neodpovídá v této oblasti RCh nikdo z dotazovaných.

Tabulka 11: Změny rizikového chování v oblasti sdílení injekčních stříkaček

Míra změny RCH	Celkem	TP	KC	Muži	Ženy
Výrazně se snížilo	4	2	2	3	1
Snížilo se	6	4	2	4	2
Mírně se snížilo	5	4	1	2	3
Zůstalo stejné	14	6	8	8	6
Mírně se zvýšilo	3	2	1	2	1
Zvýšilo se	0	0	0	0	0
Výrazně se zvýšilo	0	0	0	0	0

Průměrnou změnu v oblasti sdílení injekčních stříkaček jsem vypočítala s výslednou hodnotou 0,8, což odpovídá možnosti „mírně se snížilo“.

Sdílení náčiní k injekční aplikaci

U sdílení těchto parafernálií došlo k celkovému snížení RCh. Možnosti „výrazně se snížilo“, „snížilo se“ i „mírně se snížilo“ byly vyhodnoceny každá u 6 respondentů (18,8 %), avšak jako nejčastější možnost byla opět u 14 dotazovaných (43,8 %) vyhodnocena možnost „zůstalo stejné“. Zvýšení RCh v této oblasti nebylo zaznamenáno u žádného tazatele v žádné míře (viz tabulka č. 12).

Tabulka 12: Změny rizikového chování v oblasti sdílení náčiní k injekční aplikaci

Míra změny RCH	Celkem	TP	KC	Muži	Ženy
Výrazně se snížilo	6	5	1	4	2
Snížilo se	6	3	3	6	0
Mírně se snížilo	6	2	4	1	5
Zůstalo stejné	14	8	6	8	6
Mírně se zvýšilo	0	0	0	0	0
Zvýšilo se	0	0	0	0	0
Výrazně se zvýšilo	0	0	0	0	0

Výsledná hodnota je v tomto bodě 1,1, což znamená, že se rizikové chování sdílení náčiní k injekční aplikaci celkově mírně snížilo.

Sdílení hygienických potřeb, kdy může dojít ke kontaktu s krví

V tabulce č. 13 můžeme vidět změnu tohoto RCh. Opět zde dominuje možnost „zůstalo stejné“, která byla vyhodnocena u 29 respondentů (90,6 %). U dalších 2 respondentů (6,3 %) došlo k mírnému snížení tohoto RCh a 1 respondent výrazně snížil RCh v tomto bodě.

Tabulka 13: Změny rizikového chování v oblasti sdílení hygienických potřeb

Míra změny RCh	Celkem	TP	KC	Muži	Ženy
Výrazně se snížilo	1	1	0	0	1
Snížilo se	0	0	0	0	0
Mírně se snížilo	2	2	0	0	2
Zůstalo stejné	29	15	14	19	10
Mírně se zvýšilo	0	0	0	0	0
Zvýšilo se	0	0	0	0	0
Výrazně se zvýšilo	0	0	0	0	0

Průměrná hodnota změny RCh v oblasti sdílení hygienických potřeb je 0,1, což znamená tak malé snížení RCh, že můžeme zhodnotit, že rizikové chování v této oblasti „zůstalo stejné“.

Amatérské tetování či piercing

U amatérského tetování a piercingu odpověděli všichni respondenti kromě jednoho (96,9 %), že už si po léčbě VHC nenechali udělat žádné amatérské tetování ani piercing. Zbývajících 1 respondent (3,1 %) uvedl, že si po léčbě VHC nechal udělat více než 5 tetování v amatérských podmínkách, kde není zaručena sterilita použitých nástrojů.

Co se týče změny v této oblasti, u většiny respondentů (53,1 %) opět zůstalo toto RCh stejné a u zbylých respondentů se v různé míře snížilo. Konkrétní číselné údaje můžeme vidět v tabulce č. 14.

Tabulka 14: Změny rizikového chování v oblasti amatérského tetování či piercingu

Míra změny RCH	Celkem	TP	KC	Muži	Ženy
Výrazně se snížilo	4	2	2	4	0
Snížilo se	8	4	4	6	2
Mírně se snížilo	3	1	2	2	1
Zůstalo stejné	17	11	6	7	10
Mírně se zvýšilo	0	0	0	0	0
Zvýšilo se	0	0	0	0	0
Výrazně se zvýšilo	0	0	0	0	0

Průměrné skóre změny RCH je v tomto faktoru 1, což odpovídá kategorii „mírně se snížilo“.

Jiné druhy rizikového chování (sběr a manipulace s použitými IS)

V tomto bodě jsem mapovala jiné možnosti rizikového chování, pro názornost byl nabídnut příklad „manipulace s cizími IS“. Další možnost, kterou respondenti zmínili byla: „sběr odhozených IS“. Obě tyto možnosti jsem vyhodnotila jako jeden okruh rizikového chování.

Ke změně u většiny dotazovaných (93,8 %) nedošlo. U 1 respondenta došlo ke snížení tohoto RCh a rovněž u 1 respondenta došlo ke zvýšení tohoto RCh. Výsledky zobrazuje tabulka č. 15.

Tabulka 15: Změny rizikového chování v oblasti manipulace s použitými IS

Míra změny RCH	Celkem	TP	KC	Muži	Ženy
Výrazně se snížilo	0	0	0	0	0
Snížilo se	1	1	0	0	1
Mírně se snížilo	0	0	0	0	0
Zůstalo stejné	30	16	14	18	12
Mírně se zvýšilo	0	0	0	0	0
Zvýšilo se	1	1	0	1	0
Výrazně se zvýšilo	0	0	0	0	0

Výsledná hodnota pro tento okruh RCH je 0, což přesně odpovídá možnosti „zůstalo stejné“.

Souhrnné hodnocení změny rizikového chování

Po sečtení všech druhů rizikového chování u všech respondentů a vypočítání aritmetického průměru je **výsledné skóre 6,2**, což znamená, že se celkově rizikové chování respondentů **mírně snížilo**.

Celkové skóre změny pro jednotlivé klienty se pohybovalo od -4 po 21, což znamená, že míra změny RCh dotazovaných se pohybovala v kategoriích „zůstalo stejné“, „mírně se snížilo“ a „snížilo se“. U dvou dotazovaných sice vyšlo skóre v záporné hodnotě, ale ta byla tak malá, že celková změna RCh odpovídala výše zmíněné možnosti „zůstalo stejné“.

U poloviny dotazovaných se tedy v konečném výsledku rizikové chování výrazně nezměnilo, dalších 43,8 % respondentů celkově rizikové chování mírně snížilo a u 6,3 % dotazovaných se snížilo. Konkrétní číselné hodnoty jsou zachyceny v tabulce č. 16. Rovněž je jsou tam uvedeny změny podle pohlaví a podle typu programu. Mezi respondenty je větší změna k lepšímu vidět u mužů, u většiny žen zůstalo rizikové chování stejné. Mezi klienty TP a KC je rozdíl méně výrazný, ale větší změnu k lepšímu vykazují respondenti z řad klientů TP.

Tabulka 16: Celková změna rizikového chování

Míra změny RCh	Celkem	V % (n=32)	Muži	V % (n=19)	Ženy	V % (n=13)	TP	V % (n=18)	KC	V % (n=14)
Výrazně se snížilo	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Snížilo se	2	6,3 %	1	5,3 %	1	7,7 %	1	5,6 %	1	7,1 %
Mírně se snížilo	14	43,8 %	11	57,9 %	3	23,1 %	9	50 %	5	35,7 %
Zůstalo stejné	16	50 %	7	36,8 %	9	69,2 %	8	44,4 %	8	57,1 %
Mírně se zvýšilo	0	0	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Zvýšilo se	0	0	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Výrazně se zvýšilo	0	0	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %

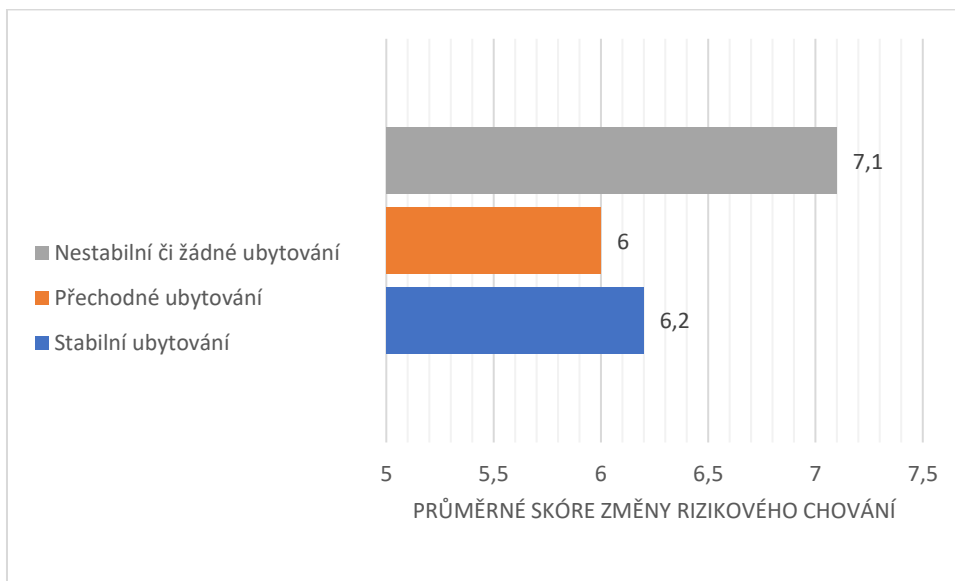
6.6. Změna rizikového chování v souvislostech

V této části jsem sledovala, zda by mohla celková změna rizikového chování záviset na dalších sledovaných faktorech, konkrétně na způsobu ubytování, vzdělání, počtu primárně užívaných drog, prvotních pocitech při zjištění HCV reaktivity/pozitivity, způsobu zprostředkování léčby VHC, druhu a průběhu léčby VHC. Vypočítala jsem průměrné skóre změny RCh pro jednotlivé skupiny, které jsem vytvořila podle výsledků dotazníkového šetření.

Změna rizikového chování a bydlení

V grafu č. 11 můžeme vidět, že skupina respondentů s nestabilním či žádným ubytováním (n=15) vykazuje nejvýraznější snížení RCh s výslednou číselnou hodnotou 7,1. Ve skupině dotazovaných s přechodným ubytováním (n=6) je průměrné skóre změny 6. Respondenti se stabilním ubytováním (n=11) mají průměrné změny skóre 6,2. Všechna tyto hodnoty spadají do kategorie „RCh se mírně snížilo“ a jsou mezi nimi příliš malé rozdíly na to, aby se z nich dal vyvodit nějaký závěr.

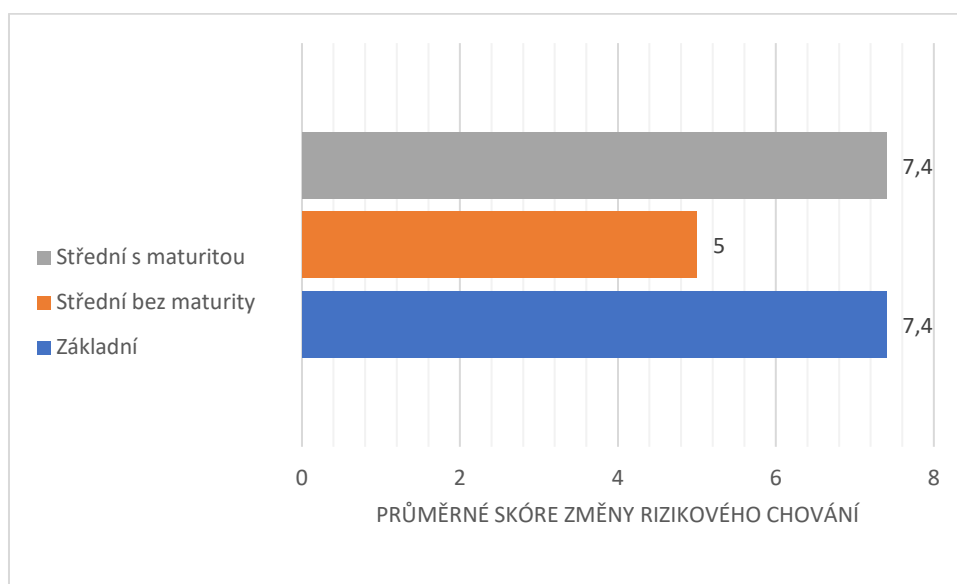
Graf 11: Změna rizikového chování v souvislosti s bydlením respondentů



Změna rizikového chování a vzdělání

Pokud se podíváme na změnu RCh a vzdělání (graf č. 12), vidíme, že skupina respondentů, kteří mají střední vzdělání s maturitou (n=4) dosáhla stejného skóre změny (7,4) jako skupina respondentů se základním vzděláním (n=12). Skupina respondentů se středním vzděláním bez maturity dosáhla nejnižšího skóre změny (5). Vzhledem k tomu, že se nejvýrazněji se odlišuje skóre skupiny, která je, co se týče výše vzdělání, uprostřed, a že skupina respondentů s maturitou je výrazně menší než další dvě skupiny, nelze zde nalézt žádné výraznější souvislosti.

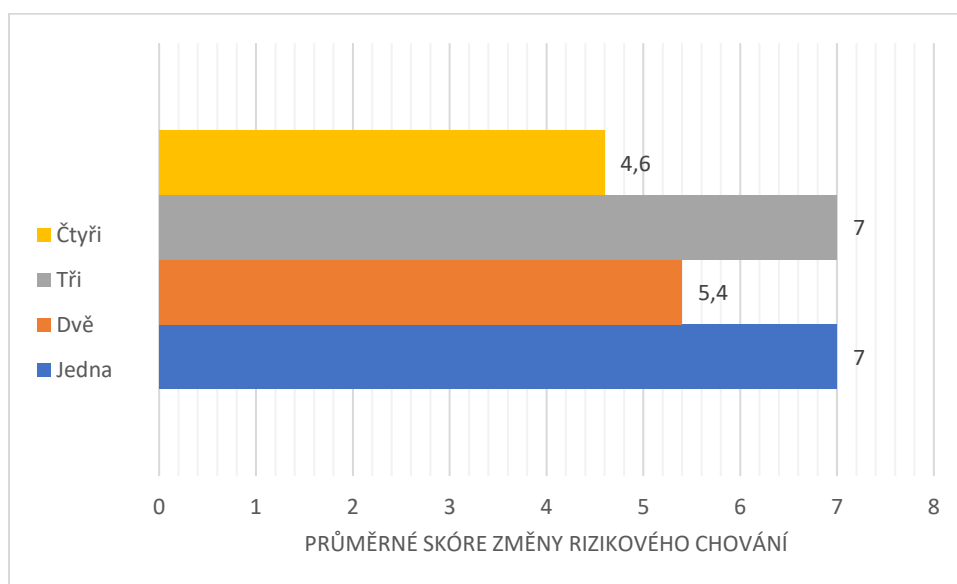
Graf 12: Změna rizikového chování v souvislosti se vzděláním



Změna RCh a primárně užívané drogy

V tomto bodě jsem sledovala, zda by mohlo mít množství užívaných primárních látek vliv na změnu rizikového chování (zachyceno v grafu č. 13). Skupina respondentů, kteří užívají primárně 4 návykové látky (n=4) dosáhla nejnižšího skóre změny rizikového chování (4,6). Druhé nejnižší skóre (5,4) bylo vyhodnoceno u respondentů užívající primárně 2 drogy (n=10). Skupina respondentů užívající primárně 3 drogy (n=6) dosáhla stejného skóre změny (7) jako respondenti užívající primárně 1 drogu (n=12). Vzhledem k tomu, že skóre změny RCh nemá vzrůstající ani klesající tendenci s počtem primárně užívaných drog, opět zde nelze vyvodit žádnou jasnou souvislost.

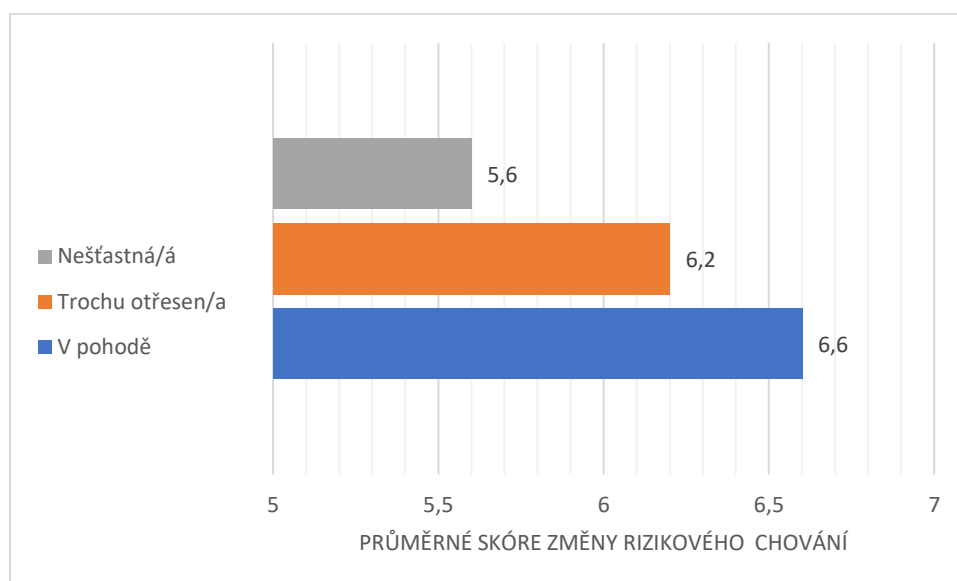
Graf 13: Změna rizikového chování v souvislosti s počtem primárně užívaných látek



Změna RCh a pocity z reaktivního/pozitivního výsledku testu

V grafu č. 14 můžeme vidět můžeme vidět skóre změny RCh u jednotlivých skupin, rozdělených podle toho, jak se respondenti cítili, když se dozvěděli, že jsou HCV pozitivní. Skupina respondentů, kteří byli z pozitivního výsledku nešťastní (n=8), byla ohodnocena skórem 5,6. Dotazovaní, kteří se cítili trochu otřeseni, vykazují výsledné skóre 6,2 a dotazovaní, kteří to přijali v pohodě 6,6. Rozdíly nejsou až tak výrazné, ale můžeme vidět klesající trend skóre se zhoršujícími se pocity, což je překvapivé. Dalo by se očekávat, že čím hůře se dotyčný při sdělení pozitivního výsledku cítí, tím více se bude snažit obdobné situaci předcházet.

Graf 14: Změna rizikového chování v souvislosti s pocity z pozitivního výsledku



Změna RCh a způsob zprostředkování léčby VHC

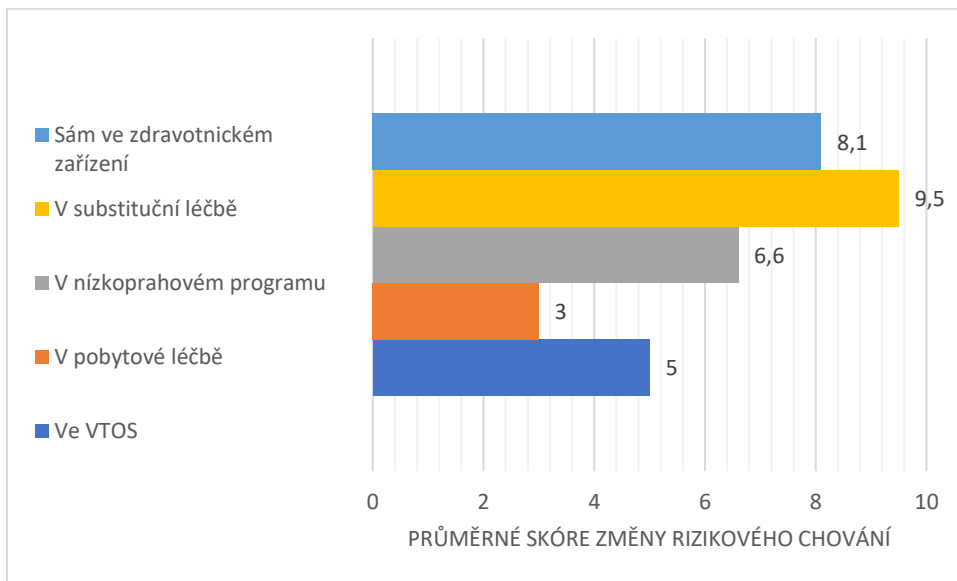
I v tomto bodě se dá nalézt mírná souvislost mezi změnou rizikového chování a způsobem zprostředkování léčby. Skupiny, kde respondenti museli při vynaložit nějaké úsilí, někam sami docházeli, vykazují vyšší skóre změny. Tj. respondenti, kteří si zařídili léčbu VHC sami ve zdravotnickém zařízení (n=4) dosáhli skóre 8,1 a respondent, kterému byla léčba zprostředkována v substitučním programu (n=1) má průměrné skóre změny RCh 9,5.

Skupina dotazovaných, kteří si zařídili léčbu prostřednictvím nízkoprahového programu (n=18), je nejpočetnější a dalo by se říci, že z hlediska vynaloženého úsilí k léčbě VHC je přibližně uprostřed. Tito respondenti museli někam dojít nebo někde být ve stanovený čas, ale poté jim ostatní pomohli zařídit pracovníci těchto služeb. Výsledné skóre této skupiny je 6,6.

Skupiny respondentů, kterým byla léčba zprostředkována ve VTOS (n=6) nebo v pobytové léčbě (n=3) mají skóre nejnižší (viz graf č. 15).

Avšak skupiny se velmi liší početností, což může výsledky zkreslovat. Extrémnějších hodnot dosahují skupiny s menším počtem respondentů. Skupina s nejvyšším počtem respondentů dosáhla skóre, které se nejvíce blíží průměrné hodnotě.

Graf 15: Změna rizikového chování v souvislosti se způsobem zprostředkování léčby VHC



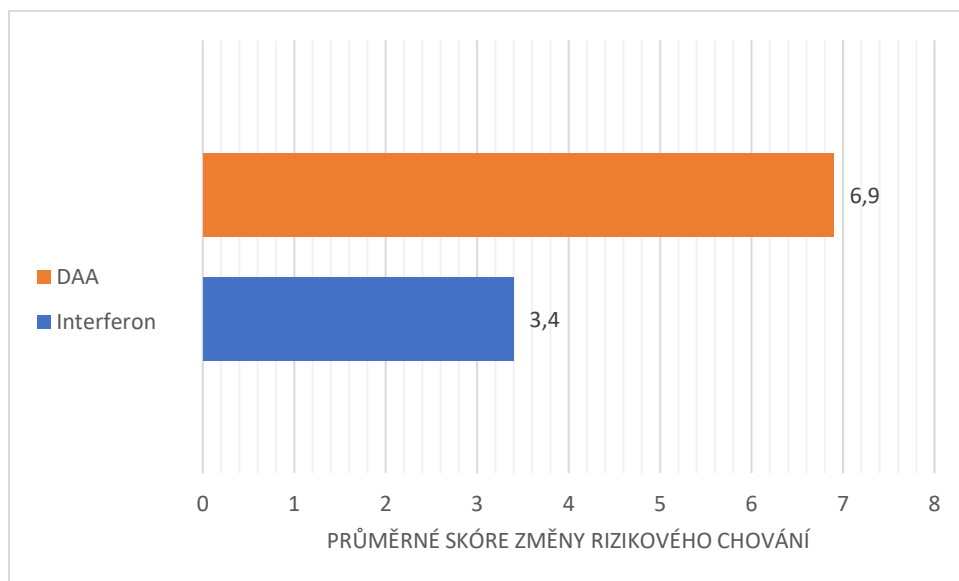
Změna RCh a druh léčby VHC

Co se týče změny rizikového chování a druhu léčby VHC, vykazují větší změnu k lepšímu (skóre 6,9) respondenti, kteří byli léčeni přímo působícími antivirotiky DAA (n=26).

Dotazovaní, kteří absolvovali léčbu Interferonem (n=6), dosáhli skóre 3,4 (viz graf č. 16).

Tyto výsledky se opět mohou jevit jako překvapivé, vzhledem k tomu, že respondenti, kteří prošli náročnou léčbou Interferonem s výraznými vedlejšími účinky, téměř nezměnili své rizikové chování. Opět je zde velká nerovnováha v počtu respondentů ve skupinách, což mohlo výsledky ovlivnit.

Graf 16: Změna rizikového chování v souvislosti s druhem léčby VHC

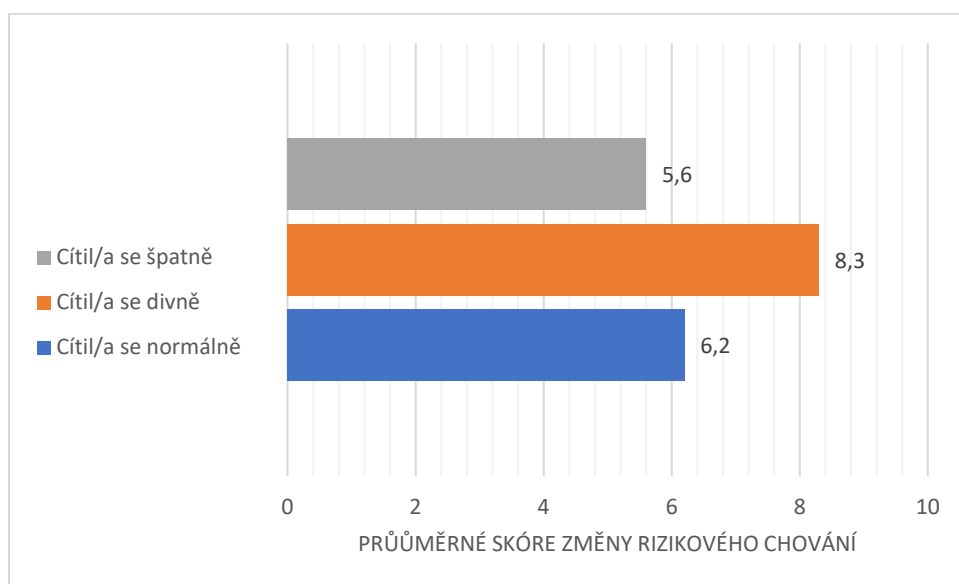


Změna RCh v souvislosti s průběhem léčby VHC

Průběhem léčby v tomto případě rozumíme případné vedlejší účinky léčby a špatné fyzické či psychické pocity z nich. Respondenti mohli vybírat z možností „cítíl/a jsem se normálně, nepociťoval/a jsem žádné vedlejší účinky“ a „necítíl/a jsem se dobře, pociťoval/a jsem nepříjemné vedlejší účinky“. 3 respondenti si z těchto uvedených možností nevybrali a sami definovali, že se během léčby cítili divně, jinak, ne však vysloveně špatně.

Jak je vidět v grafu č. 17, skupina respondentů, kteří se během léčby cítili špatně (n=12), dosáhla skóre 5,6. Dotazovaní, kteří se cítili během léčby normálně (n=17), mají skóre 6,2 a respondenti, kteří se cítili divně (n=3) dosáhli nejvyššího skóre 8,3.

Graf 17: Změna rizikového chování v souvislosti s pocity při léčbě VHC



IV. Diskuze

Výzkum probíhal v rámci nízkoprahových služeb pro osoby užívající drogy rizikově organizací Semiramis a Laxus a výzkumný vzorek čítal 32 respondentů. V tomto vzorku převažovali muži, kterých bylo 59,4 % a průměrný věk respondentů byl 41,8 roku, což je o něco vyšší, než byl věkový průměr klientů nízkoprahových programů v ČR v roce 2022, u nichž byl věkový průměr 35,9 roku (Chomynová et al. 2023 b). Tento rozdíl lze přičíst faktu, že podmínkou pro tento výzkum bylo absolvování léčby VHC, a čím je dotyčný starší, tím je větší pravděpodobnost, že užívá drogy injekčně déle a že se během své uživatelské kariéry stihl infikovat virem HCV, nechat si ho diagnostikovat a zařídit si a absolvovat léčbu.

Většina (65,6 %) respondentů uvedla přechodné, nestabilní či žádné ubytování. Zbýlých 34,4 % respondentů měla v době výzkumu stabilní bydlení, což koresponduje s informacemi v Souhrnné zprávě o závislostech v České republice 2022, která udává nestabilní bydlení či bezdomovectví u 3/4 klientů nízkoprahových programů (Chomynová et al 2023 a).

Většina respondentů (62,5 %) udávala více primárně užívaných návykových látek v různém konkrétním množství (2-4) a v různých kombinacích. Figurovaly zde pervitin, opioidy, benzodiazepiny, THC a alkohol. Zbýlé 37,5 % dotazovaných uvedlo 1 primární drogu.

Nejčastěji užívanou drogou byl metamfetamin, druhou nejčastější skupinou opioidy. Pokud bychom vyčlenili i u uživatelů více primárních drog jednu pro ně nejzásadnější drogu (v případě užívání opioidů jsem považovala za primární právě opioidy díky výrazné fyzické závislosti, kterou jejich užívání způsobuje a pokud v kombinacích několika látek opioidy nefigurovaly, zvolila jsem jako primární drogu pervitin), tak můžeme říci, že pervitin užívalo primárně 59,4 % respondentů, opioidy 37,5 % respondentů a THC 3,1 % dotazovaných. To znamená, že mezi účastníky výzkumu byl větší poměr lidí užívajících opioidy než u klientů nízkoprahových programů v ČR obecně. Klientelu těchto programů tvořilo v roce 2022 70,4 % osob užívajících pervitin, 25,1 % osob užívajících opioidy a 4,3 % lidí užívajících konopné produkty (Chomynová et. al. 2023 b). To by mohlo být způsobeno vyšším věkovým průměrem účastníků výzkumu, než je průměr celorepublikový.

Ve výzkumu převažovali lidé, kteří užívají drogy více než 20 let (62,5 %), a to platí i pro nitrožilní užívání (53,1 %). Co se týče četnosti, dominovali respondenti, kteří si aplikují injekčně drogu několikrát denně.

Pokud se podíváme na kontakt respondentů se službami, je jasné, že všichni byli v kontaktu s terénním programem či K-centrem, protože výzkum probíhal právě v těchto programech. Většina respondentů byla v kontaktu s nízkoprahovými programy i v minulosti. Nejvíce z nich uvedlo, že navštěvovali tyto služby několikrát týdně (31,3 %) či jednou týdně (31,3 %).

Naopak s ostatním typem služeb, jako je ambulantní léčba, pobytová léčba v PN či pobytová léčba v TK, bylo v kontaktu překvapivě málo respondentů. 56,3 % respondentů nikdy nebylo v kontaktu s žádným typem léčby vedoucí k abstinenci. V ambulantní léčbě někdy bylo 21,9 % respondentů. V rezidenční léčbě v PN 40,6 % dotazovaných, z čehož ji 61,5 % (n=13) alespoň jednou dokončilo. V léčbě v terapeutické komunitě bylo 15,6 % respondentů a 60 % z tohoto počtu (n=5) ji někdy dokončilo.

Substituční léčbu někdy navštěvovalo 34,4 % dotazovaných, což přibližně koresponduje s počtem dotazovaných užívajících opioidy.

První výzkumná otázka mapovala diagnostiku a léčbu VHC, její průběh i okolnosti této léčby. V oblasti diagnostiky VHC je alarmující, že většina (56,3 %) respondentů uvedla první testování na VHC až po 5 letech injekčního užívání drog a více. Nejčastější motivací k tomuto testování byla de facto žádná motivace, protože nejčastěji byli respondenti poprvé testováni v rámci nějakého jiného vyšetření nebo ve VTOS bez vlastní iniciativy k tomuto testování. Tuto možnost označilo 53,1 % dotazovaných. Jako druhá nejčastější motivace k testování bylo uváděno doporučení pracovníka nízkoprahových služeb (18,8 %).

Na druhou stranu však měla většina respondentů za sebou dlouholeté zkušenosti s injekčním užíváním, takže první testování na infekční choroby u nich proběhlo většinou před více než 10 lety. Od té doby se dostupnost screeningových testů, práce s motivací k testování a informování ohledně hepatitidy C v rámci K-center a nízkoprahových programů výrazně zvýšily. U respondentů, kteří uvedli délku injekčního užívání méně než 10 let (21,9 %) byla většina (85,7 %) poprvé testována již v prvním či druhém roce injekčního užívání. Je tudíž pravděpodobné, že u mladších klientů nízkoprahových služeb bývá průměrná doba prvního

testování (vzhledem k době injekčního užívání) kratší, a ještě se bude v budoucnu zkracovat. Zároveň však též hraje roli, po jak dlouhé době injekčního užívání se dotyčné osoby dostanou do kontaktu s nějakým nízkoprahovým programem.

Po léčbě se pravidelně nechávalo přetestovat 34,4 % respondentů, což není tak malý podíl, ale bylo by dobré (nejen) v rámci nízkoprahových center ještě pracovat na zvyšování dostupnosti HCV RNA testování. Již v současné době je toto testování výrazně dostupnější než v minulosti díky výše zmíněným zdravotnickým pracovištím (Remedis a centrum pro bezinterferonovou léčbu IKEM) a jejich spolupráci s vybranými věznicemi, nízkoprahovými programy a terapeutickými komunitami. Též možnost nechat se otestovat HCV RNA testem pomocí Cepheid GeneXpert přímo v K-centru Sananim téměř 365 dní v roce také tuto dostupnost výrazně zvyšuje zejména pro PWID z Prahy a okolí. Bylo by však užitečné, kdyby byla tato možnost ve více nízkoprahových programech a kdyby byl v budoucnu přístroj Cepheid GeneXpert přítomen ve více K-centrech po celé republice. Doposud ho mají některá K-centra k dispozici několik dní v roce, což také přináší výsledky, ale možnost nechat se přetestovat téměř při jakékoliv návštěvě, by bylo mělo zásadnější význam a pravděpodobně by se zvýšil podíl PWID, kteří se nechávají pravidelně přetestovat i po léčbě VHC.

Co se týče léčby VHC, většina dotazovaných (81,3 %) absolvovala léčbu přímo působícími antiviroty DAA. A většina respondentů (53,1 %) absolvovala léčbu VHC před více než 5 lety. U většiny respondentů (84,4 %) se jednalo o jednu léčbu, zbývajících 15,5 % absolvovalo 2-3 léčby VHC. Tento podíl výrazně převyšuje uváděné riziko reinfekce u 3-5 % PWID, které je uvedeno v Eliminaci VHC mezi uživateli drog v ČR (NMS, 2022). Je však potřeba vzít v úvahu, že zdrojem údajů o opakované léčbě jsou informace od respondentů a nebyly nijak verifikovány. Také je možné, že k opakované léčbě chronické infekce VHC přímo působícími antiviroty došlo z toho důvodu, že předchozí léčba interferonovým režimem nebyla úspěšná, nikoliv z důvodu reinfekce.

Většina respondentů (56,3 %) podstoupila léčbu VHC s pomocí nízkoprahových programů a velká část dotazovaných (40,6 %) se v tomto typu programu o nákaze VHC dozvěděla.

Druhá výzkumná otázka se zaměřila na nápomocné faktory a bariéry pro vstup do léčby VHC. Co se týče bariér ke vstupu do této léčby, většina respondentů (62,5 %) uvedla, že nepociťovali

žádné bariéry a 6,3 % dotazovaných uvedli jako překážku svou vlastní lenost, ačkoliv nebyla v nabízených možnostech. Nějaké obavy či strach, ať už ze samotné léčby, z přístupu pracovníků či z odběrů krve, uvedla zbývající 31,3 % respondentů. Strach ze samotné léčby uvedlo 18,8 % respondentů, což je překvapivé vzhledem k tomu, že většina z nich již byla léčena novými přímo působícími antiviroty. Těžko říci, zda v období před vstupem do této léčby ještě nebyli dostatečně informováni o léčbě DAA a jejich obavy se týkaly nežádoucích vedlejších účinků, které způsobovala léčba interferonem, nebo zda tam hrálo roli ještě něco jiného.

Možnosti v dotazníku byly koncipovány spíše jako bariéry ze strany léčby a systému. Přesto však 2 respondenti uvedli jako bariéru svoji vlastní lenost a je možné, že pokud by byla v nabízených možnostech, označilo by ji více respondentů. Je proto potřeba nezapomínat ani na překážky ze strany PWID a pomoci jim tyto bariéry např. v rámci nízkoprahových programů bez zbytečného moralizování překonávat.

Též je jasné, že má nadále velký smysl informovat klienty nízkoprahových center i dalších adiktologických pracovišť o současné léčbě VHC a zlepšujícím se přístupu zdravotnických pracovníků a tím snižovat jejich obavy. Také, jak je již výše zmíněno, zpřístupňovat jim léčbu VHC a pracovat na jejich motivaci k této léčbě. Je možné, že respondenti, kteří uvedli, že nepocítovali žádné bariéry k léčbě VHC, neabsolvovali tuto léčbu ihned po zjištění této infekce a sehrála u nich roli nedostatečná motivovanost k této léčbě. Bohužel jsem do výzkumu nezařadila otázku týkající se prodlevy mezi diagnostikou a léčbou VHC, která mohla přinést zajímavé informace. Každopádně, co se týče léčby VHC, je na místě nadále zvyšovat zapojení pracovníků adiktologických služeb v některých případech i více, než je zvykem u jiných úkonů s klienty, kde je nutné dbát o jejich vlastní zodpovědnost vůči sobě a jejich vlastní iniciativu. Kromě poskytování asistencí i připomínat termíny návštěv zdravotnického zařízení, mluvit s nimi o užívání léků a připomínat jim to. V případě nedodržení domluvené schůzky být tolerantní a poskytovat další termíny (Fraňková et al., 2021). Samozřejmě i zde je nutná vyváženost a pracovníci služeb nemohou udělat za klienty všechno. Je možné i použít i odměny např. v podobě potravinových poukázek za dodržování léčebného režimu (NMS, 2022).

Jako nejčastější pomoc ke vstupu do léčby VHC uvedli respondenti (40,6 %) podporu pracovníků nízkoprahových služeb, což potvrzuje velký vliv a dobrou práci těchto pracovníků. Dotazovaní taktéž pociťovali pomoc od rodiny, dětí, přátel, lékaře a 1 respondenta dokonce motivoval strach. 28,1 % dotazovaných neuvedlo žádnou podporu.

Třetí, a dalo by se říci že i hlavní, výzkumná otázka této práce se zabývala změnou rizikového chování lidí, kteří užívají injekčně drogy, po léčbě virové hepatitidy C. Změny se lišily jak v jednotlivých oblastech rizikového chování, tak u jednotlivých respondentů. Celkově došlo u účastníků tohoto výzkumu k mírnému snížení rizikového chování.

V oblasti injekčního užívání jako takového jsem hodnotila četnost. K celkové výraznější změně nedošlo a nelze vidět ani nějaké větší rozdíly v této změně mezi muži a ženami. U klientů K-center došlo oproti klientů terénních programů k mírnému snížení četnosti injekčního užívání.

Co se týče nechráněného sexu, došlo u respondentů k celkovému mírnému snížení tohoto rizikového chování. Svou roli ale mohl sehrát i fakt, že někteří respondenti absolvovali léčbu VHC před poměrně krátkou dobou a nestihli mít více sexuálních partnerů. Nejčastěji uváděným důvodem k nechráněnému sexu byl fakt, že se jednalo o stálého partnera či partnerku.

Sdílení injekčních stříkaček by se dalo považovat za nejzávažnější rizikové chování z hlediska přenosu hepatitidy C. I v této oblasti došlo u respondentů k mírnému snížení tohoto rizikového chování. Povzbudivé je, že 69 % respondentů uvedlo, že po léčbě VHC již injekční stříkačky nesdílelo. Nejčastějším motivem k tomuto chování byla nouze, respektive to, že respondent neměl k dispozici žádnou čistou injekční stříkačku. Rovněž sdílení injekčních stříkaček s partnerem.

Ve sdílení ostatního náčiní k injekční aplikaci byly výsledky obdobné. 65 % dotazovaných již tyto parafernálie po léčbě VHC nesdílelo a celkově došlo mezi respondenty ke snížení tohoto rizikového chování. V důvodech k tomuto sdílení se však na rozdíl od předchozí oblasti objevila i neznalost přenosu infekčních chorob tímto způsobem.

V oblasti sdílení hygienických potřeb, kdy může dojít ke kontaktu s krví, k žádné větší změně nedošlo. Většina dotazovaných nesdílela tyto hygienické potřeby ani v minulosti ani v

současnosti. Avšak 3 respondenti, kteří v minulosti sdíleli tyto hygienické potřeby uvedli, že nevěděli o riziku přenosu HCV tímto způsobem.

U amatérského tetování či piercingu opět došlo k celkovému mírnému snížení tohoto rizikového chování. Většina dotazovaných si již po léčbě VHC nenechala udělat žádné tetování ani piercing v amatérských podmínkách.

Z těchto výsledků vyplývá, že má smysl nadále informovat klienty nízkoprahových služeb včetně těch, kteří úspěšně dokončili léčbu VHC, o způsobech přenosu VHC a rizicích. Též se snažit pomoci jim vyvarovat se situací, ve kterých se uchýlili k rizikovému chování, které u nich jindy nebylo běžné. Např. distribucí dostatečného množství injekčního materiálu předcházet sdílení injekčních stříkaček z důvodů nouze.

Co se týče změn rizikového chování v souvislosti s dalšími zkoumanými faktory, zaznamenala jsem rozdíl v závislosti na pohlaví respondentů. U většiny dotazovaných mužů došlo k mírnému snížení rizikového chování, zatím co u většiny žen zůstalo rizikové chování stejné. Vzhledem k malému počtu dotazovaných však nelze říci, zda se jedná o náhodu či celkový trend.

U dalších zkoumaných faktorů se však nedaly vypořádat žádné výraznější souvislosti se změnou rizikového chování po léčbě VHC. Například výsledky u respondentů se stabilním ubytováním byly velmi podobné jako výsledky u lidí s nestabilním či žádným ubytováním a obdobné situace nastala i u počtu primárně užívaných látek. Též v oblasti vzdělání nelze vypořádat u respondentů žádný vliv na změnu rizikového chování.

Dalo by se však očekávat, že způsob léčby, zejména její náročnost, by na změnu rizikového chování mohl mít vliv. Např. tak, že lidé, kteří absolvovali léčbu interferonem, která měla nepříjemné vedlejší účinky a byla výrazně delší, sníží rizikové chování více než lidé léčení léčbou DAA bez vedlejších účinků. Nic takového se však nepotvrdilo, a naopak větší změnu RCh k lepšímu vykazovali respondenti po bezinterferonové léčbě. Taktéž respondenti, kteří uvedli, že léčbu VHC snášeli špatně, nevykazovali větší snížení RCh než respondenti, kteří se cítili během léčby normálně.

Ve způsobu zprostředkování léčby by se dala najít mírná souvislost ve prospěch dotazovaných, kteří museli vynaložit ke vstupu do léčby větší úsilí. Avšak těchto respondentů bylo nepoměrně méně oproti respondentům, kteří takové úsilí vynaložit nemuseli, že se z toho rovněž nedají vyvodit žádné větší souvislosti. Navíc v zájmu veřejného zdraví i v zájmu zdraví dotyčných jednotlivců je prospěšné bariéry k léčbě nadále co nejvíce snižovat a odstraňovat, a ne nutit PWID k vynaložení úsilí ke vstupu do léčby.

Pokud jde o metodologická omezení, je potřeba vzít v úvahu, že údaje pochází z dotazníkového průřezového šetření a jejich zdrojem jsou tedy samotní respondenti. Dotazníková šetření jsou zatížena informačním bias na straně respondentů, kteří zejména v případě citlivých otázek mohou poskytovat vyhýbavé odpovědi. Otázky v našem dotazníku byly často intimního charakteru, a i přes všechnu naši snahu o navození atmosféry důvěry při vyplňování dotazníku je pravděpodobné, že výzkum je zatížen systematickou chybou. Respondenti mohli ve snaze působit před námi pracovníky v lepším světle svoje odpovědi zkreslovat, zejména v části, kde jsem mapovala rizikové chování. Na druhou stranu, jelikož jsem mapovala hlavně změnu tohoto rizikového chování, je možné, že ke zkreslení mohlo dojít v částech „rizikové chování před léčbou VHC“ i „rizikové chování po léčbě VHC“, které jsem následně srovnávala, a výsledná změna tak nemusela být tímto zkreslením příliš ovlivněna.

Je potřeba vzít rovněž v úvahu, že změna rizikového chování mohla být ovlivněna dalšími faktory kromě léčby VHC samotné. Některé z nich jsem kontrolovala v analýze a zejména výsledek, že pozitivní změna byla méně pravděpodobná u žen, je překvapivý. Změny rizikového chování mohou být rovněž výsledkem stárnutí uživatelů drog, neboť s věkem a s životními zkušenostmi dochází spontánně k pozitivním změnám v uživatelském chování a rizikovém chování.

Výzkumný soubor nebyl tak rozsáhlý, jak jsem zamýšlela (vliv náhody je v malých souborech pravděpodobnější) a pochází z jedné geografické lokality. Dostupnost a průběh léčby VHC, přístup zdravotnického personálu k lidem užívajícím drogy, se může mezi jednotlivými centry a oblastmi lišit. Výsledky tudíž nelze bez vědomí tohoto omezení zobecňovat na širší uživatelskou populaci ČR.

V. Závěr

Rizikové chování účastníků výzkumu se po léčbě VHC celkově mírně snížilo. Téměř 1/3 z nich však uvedla sdílení injekčního náčiní, což je považováno za nejvýznamnější rizikový faktor reinfekce po léčbě VHC. Na míru změny celkového rizikového chování neměly žádný zásadní vliv socioekonomické faktory jako bydlení či vzdělání, množství užívaných drog a překvapivě ani negativní pocity související s léčbou a diagnostikou VHC. Výsledky je však potřeba hodnotit opatrně vzhledem k metodologickým omezením

Většina respondentů nepociťovala žádné větší bariéry ke vstupu do léčby VHC, zároveň však velká část dotazovaných pocítovala podporu pracovníků nízkoprahových programů a je zřejmé, že pracovníci těchto služeb mohou mít velký vliv na motivaci klientů k testování, přetestování, k léčbě i k pozitivním změnám v oblasti rizikového chování. Zejména pak i v informovanosti PWID ohledně infekčních chorob i rizikového chování.

Na rozdíl od dob minulých je v terénních programech i K-centrech screeningové testování na infekční choroby a následné zprostředkování léčby jednou z priorit mezi poskytovanými službami. Informovanost klientů i dostupnost léčby VHC se zvyšuje a bylo by dobré i v budoucnu v tomto trendu pokračovat. Ideální by též byla možnost testování přítomnosti viru hepatitidy C na místě přímo v nízkoprahových pracovištích po celé ČR.

Neméně důležitá je z hlediska prevence opakované infekce VHC stěžejní služba poskytovaná HR programy – výměnný program. Z tohoto hlediska je klíčové pokrytí výměnných programů a distribuce injekčního materiálu v dostatečném počtu. Též by bylo dobré zlepšit dostupnost injekčního materiálu i v nočních hodinách, např. rozšířením automatů s injekčními sety.

Taktéž velmi důležité nadále posilovat spolupráci mezi zdravotnickými zařízeními a dalšími adiktologickými službami.

VI. Citovaná literatura

Eldridge, A. (2023). *Baruch S. Blumberg: Americký lékař*. Britannica. Retrieved July 20, 2023 from: <https://www.britannica.com/biography/Baruch-S-Blumberg>

European Association for the Study of the Liver. (2020). EASL recommendations on treatment of hepatitis C: Final update of the series. *Journal of Hepatology*, 73(5), 1196-1197. Retrieved October 10, 2023 from [https://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278\(20\)33693-X/fulltext](https://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278(20)33693-X/fulltext)

European Centre for Disease Prevention and Control, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2011). *Prevenace a kontrola infekčních nemocí u injekčních uživatelů drog: Metodický pokyn ECDC a EMCDDA*. Úřad vlády České republiky.

Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: Jak zkoumat lidskou duši*. Portál.

Fraňková, S. (2020). Hepatitida C v těhotenství. *Adiktologie v preventivní a léčebné praxi*, 3 (2), 100-105. Retrieved August 20, 2023 from <https://www.aplp.cz/hepatitida-c-v-tehotenstvi/>

Fraňková, S., Jandová, Z., Jinochová, G., Kreidlová, M., Merta, D. Šperl, J. (2021). Therapy of chronic hepatitis C in people who inject drugs: focus on adherence. *Harm Reduction Journal*, 18 (69) Retrieved August 20, 2023 from: <https://harmreductionjournal.biomedcentral.com/counter/pdf/10.1186/s12954-021-00519-y.pdf?fbclid=IwAR15NPSHyxzsPduxn9JNHEJDuzi0rNmgi8NoUcEeMnxraLWDA6LVgX4HZnY>

Frnoch Majerová, J., Vavrinčíková, L., Krekulová, L. (2021). Program komplexní péče pro pacienty s komorbiditou závislosti: model multioborové ambulantní péče pro injekční uživatele návykových látek, Remedis Praha. *Adiktologie v preventivní a léčebné praxi*, 4 (2), 102–110. Retrieved September, 11, 2023 from: <https://www.aplp.cz/wp-content/uploads/2021/08/06frnoch.pdf>

Chomynová, P., Grohmannová, K., Dvořáková, Z., Orliková, B., Rous, Z., Černíková, T. (2023 a). Souhrnná zpráva o závislostech v České republice 2022. Praha: Úřad vlády České republiky. Retrieved July, 30, 2023 from

https://www.vlada.cz/assets/ppov/zavislosti/vyrocnizpravy/Souhrnna_zprava_o_zavislostech_v_CR_2022_fin.pdf

Chomynová, P., Grohmannová, K., Dvořáková, Z., Černíková, T., Orliková, B., Rous, Z., Jarošíková, H., Franková, E., Dékány, L., Fidesová, H., Vopravil, J. (2022). Zpráva o nelegálních drogách v České republice 2022. Praha: Úřad vlády České republiky. Retrieved July, 30, 2023 from:

https://www.drogyinfo.cz/data/obj_files/33774/1171/Zprava_o_nelegalnich_drogach_2022_fin03_rev202_30209.pdf

Chomynová, P., Grohmannová, K., Dvořáková, Z., Orliková, B., Černíková, T., Galandák, D., Franková, E., Fidesová, H., Vopravil, J. (2023 b). Zpráva o nelegálních drogách v České republice 2023. Praha: Úřad vlády České republiky. Retrieved November, 20, 2023 from:

https://www.drogyinfo.cz/data/obj_files/33917/1244/Zpr%C3%A1va%20o%20neleg%C3%A1ln%C3%ADch%20drog%C3%A1ch%20v%20C4%8CR%202023_fin.pdf

IKEM. *Hepatitida C*. Retrieved July 25, 2023 from: (<https://www.ikem.cz/cs/hepatitida-c/a-3619/?fbclid=IwAR3CU1kwoIcH72ZdTSWXvRIgzc4EWCxjCidrHdggErCCu-QHAbLFrjTymA>)

Krekulová, L. (2021 a). Aktuality v diagnostice a léčbě chronické virové hepatitidy C v klinické praxi. *Adiktologie v preventivní a léčebné praxi*, 4 (2), 78–85. Retrieved July 20, 2023 from

<https://www.aplp.cz/aktuality-v-diagnostice-a-lecbe-chronicke-virove-hepatitidy-c-v-klinicke-praxi/>

Krekulová, L. (2021 b). *Epidemie virové hepatitidy C v rizikových populacích: Diagnostika, léčba a eliminační strategie*. Triton.

Krekulová, L., Vavrinčíková, L. (2021). Experience with viral hepatitis C treatment among people who inject drugs and participate in a methadone substitution treatment program. *Epidemiologie, mikrobiologie, imunologie: časopis Společnosti pro epidemiologii a*

mikrobiologii České lékařské společnosti J.E. Purkyně, 70(1), 18-25. Retrieved August 10, 2023 from: <https://web-s-ebsohost-com.ezproxy.is.cuni.cz/ehost/detail/detail?vid=4&sid=395ae0dd-a97f-48c8-9377-4feb0203b937%40redis&bda>

MeDitorial (2023), *Hepatitida typu C*. Retrieved November 15, 2023 from: https://www.virova-hepatitida.cz/hepatitida_typu_c

Miovský, M., Zapletalová, J. (2006, 27. listopadu). *Systém primární prevence rizikového chování na rozcestí: specializace versus integrace*. Konference primární prevence rizikového chování III, Praha.

Mravčík, V., Kožený J., Nečas V., Tišánská L. (2020). Bariéry léčby infekčních a dalších somatických onemocnění u uživatelů drog. *Epidemiologie, mikrobiologie, imunologie*, 69(2), 73-80. Retrieved November 26, 2023 from: <https://www.prolekare.cz/en/journals/epidemiology-microbiology-immunology/2020-2-22/barriers-to-treatment-of-infectious-and-other-somatic-comorbidity-in-drug-users-123372>

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. (2019). *Testování na HIV a VHC v nízkoprahových službách pro uživatele drog: Metodická příručka*. Úřad vlády České republiky.

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. (2022). *Eliminace virové hepatitidy typu C mezi uživateli drog v ČR: východiska a akční plán na období 2019–2021 s prodlouženou platností na období 2022–2024*. Mravčík, V., Janíková, B., Dlouhý, P. (Ed.). Úřad vlády České republiky. Retrieved July 10, 2023 from: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/33062/1152/Eliminace_VHC_mezi_uzivateli_drog_v_CR_2019-2024_web.pdf

Minařík, J., Řehák, V. (2015). Somatické komplikace a komorbidita. In K. Kalina et al., *Klinická adiktologie*. Grada.

Rogers, K. (2020). *Michael Houghton: Virolog narozený v Británii*. Britannica. Retrieved July 20, 2023 from <https://www.britannica.com/biography/Michael-Houghton>

Šperl, J. (2023, 23. března). *Postupy ke snížení rizika reinfekce po léčbě VHC*. Nová éra v hepatologii 2023, on-line.

Urbánek, P. (2017). *Hepatitida C*. Mladá fronta.

Urbánek, P., Fraňková, S., Husa, P., Šperl, J., Plíšek, S., Rožnovský, L., Kämpel, P. (2019).

Standardní diagnostický a terapeutický postup chronické infekce virem hepatitidy C (HCV).

Retrieved September 11, 2023 from: <https://www.ces-hep.cz/file/595/2018-guidelines-hcv-chssil-1.pdf>

Žák (2021). Metodika Centra terénních programů Středočeského kraje.

VII. Seznam tabulek a grafů

Tabulka 1: Rozdělení respondentů podle toho, s kým žijí (n=32)	- 24 -
Tabulka 2: Rozdělení respondentů podle zaměstnání a oficiálního zdroje příjmu	- 26 -
Tabulka 3: Délka užívání a nitrožilního užívání NL v souvislosti s využívanou službou	- 28 -
Tabulka 4: Frekvence návštěv nízkoprahových harm reduction programů	- 30 -
Tabulka 5: Kontakt s dalšími adiktologickými službami	- 31 -
Tabulka 6: První testování na HCV v souvislosti s délkou injekčního užívání NL	- 31 -
Tabulka 7: Testování po léčbě VHC	- 32 -
Tabulka 8: Místo, zjištění nákazy VHC a zprostředkování léčby VHC	- 34 -
Tabulka 9: Změny v injekčním užívání v souvislosti s pohlavím a využívanou službou	- 35 -
Tabulka 10: Změny rizikového chování v oblasti nechráněného pohlavního styku	- 36 -
Tabulka 11: Změny rizikového chování v oblasti sdílení injekčních stříkaček	- 37 -
Tabulka 12: Změny rizikového chování v oblasti sdílení náčiní k injekční aplikaci	- 37 -
Tabulka 13: Změny rizikového chování v oblasti sdílení hygienických potřeb	- 38 -
Tabulka 14: Změny rizikového chování v oblasti amatérského tetování či piercingu	- 39 -
Tabulka 15: Změny rizikového chování v oblasti manipulace s použitými IS	- 39 -
Tabulka 16: Celková změna rizikového chování	- 40 -

Graf 1: Pohlaví respondentů (N=32)	- 22 -
Graf 2: Počet respondentů v jednotlivých programech (N=32).....	- 23 -
Graf 3: Rozložení respondentů podle současného bydlení.....	- 24 -
Graf 4: Nejvyšší dosažené vzdělání	- 25 -
Graf 5: Počet primárně užívaných návykových látek	- 27 -
Graf 6: Četnost IV užívání NL v souvislosti s využívanou službou	- 29 -
Graf 7: Motivace k prvnímu testování na HCV	- 32 -
Graf 8: Uplynulá doba po dokončení poslední léčby VHC.....	- 33 -
Graf 9: Podpora ke vstupu do léčby VHC	- 34 -
Graf 10: Bariéry ke vstupu do léčby VHC	- 35 -
Graf 11: Změna rizikového chování v souvislosti s bydlením respondentů	- 41 -
Graf 12: Změna rizikového chování v souvislosti se vzděláním	- 42 -
Graf 13: Změna rizikového chování v souvislosti s počtem primárně užívaných látek.....	- 43 -
Graf 14: Změna rizikového chování v souvislosti s pocitem z pozitivního výsledku	- 44 -
Graf 15: Změna rizikového chování v souvislosti se způsobem zprostředkování léčby VHC-	45 -
Graf 16: Změna rizikového chování v souvislosti s druhem léčby VHC.....	- 46 -
Graf 17: Změna rizikového chování v souvislosti s pocitem při léčbě VHC	- 47 -

VIII. Seznam zkratek

CT	výpočetní tomografie
č.	číslo
ČR	Česká republika
DAA	Direct-acting antivirals (přímo působící antivirotika)
EASL	European Association for the Study of the Liver
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
EMCDDA	Euro European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
IKEM	Institut klinické a experimentální medicíny
HBV	hepatitis B virus
HCC	hepatocelulární karcinom
HCV	hepatitis C virus
HIV	human immunodeficiency virus
HR	harm reduction
KC	kontaktní centrum
MR	magnetická rezonance
např.	například
NL	návykové látky
NMS	Národní monitorovací středisko
PCR	polymerase chain reaction
PWID	people who inject drugs (lidé užívající drogy injekčně)
RCh	rizikové chování
RNA	ribonukleová kyselina
SVR	setrvalá virologická odpověď
TP	terénní program
VHC	virová hepatitida typu C
WHO	World Health Organization

IX. Příloha-dotazník

Rizikové chování lidí užívajících injekčně drogy po léčbě VHC

Základní informace

Datum kontaktu

Město, služba

Věk

Pohlaví

Sociální situace

1. Bydlení

- a) Mám stabilní ubytování (vlastní anebo pronajatý byt či dům, u rodičů)
- b) Mám přechodné ubytování (ubytovna, azylový dům)
- c) Mám nestabilní či žádné ubytování (squat, nejistý nocleh u známých)
- d) Jiné...

2. Žiji (možno označit více možností)

- a) Sám/ sama
- b) S rodiči
- c) S partnerem/ partnerkou
- d) S dítětem/ dětmi
- e) S osobou, která užívá drogy
- f) Jiná možnost...

3. Vzdělání

- a) Neukončené
- b) Základní vzdělání
- c) Střední bez maturity
- d) Střední s maturitou
- e) VŠ/ VOŠ

4. Zaměstnání

- a) Škola
- b) Pravidelné
- c) Příležitostné, brigády
- d) Registrován na ÚP
- e) Bez zaměstnání

5. Příjem

- a) Stabilní legální (včetně dávek)
- b) Nestabilní legální (včetně darů)

- c) Práce bez smlouvy
- d) Nestabilní nelegální

6. Byl/a jste trestně stíhán/a?

- a) Nikdy
- b) Jednou
- c) Vícekrát

7. Jaký byl trest? (Možno zaškrtnout více možností)

- a) Žádný trest
- b) Podmíněný trest
- c) Nepodmíněný trest

Užívání návykových látek

1. Primární užívané návykové látky v posledních 30 dnech (možno zaškrtnout více možností)

- a) Metamfetamin (pervitin)
- b) Amfetamin
- c) Kokain, crack
- d) Heroin
- e) Buprenorfin
- f) Surové opium
- g) Metadon
- h) Fentanyl
- i) Alkohol
- j) THC
- k) Benzodiazepiny
- l) Jiné ...

2. Jak dlouho užíváte primární návykové látky?

- a) Méně než 5 let
- b) 6-9 let
- c) 10-20 let
- d) Více než 20 let

3. Jak dlouho užíváte návykové látky injekčně?

- a) Méně než 5 let
- b) 6-9 let
- c) 10-20 let
- d) Více než 20 let

4. Jak často užíváte návykové látky injekčně v posledních 30 dnech?

- a) Několikrát denně
- b) Jednou denně
- e) Několikrát týdně

- f) Několikrát za měsíc
- g) Nárazově

Kontakt se službami

1. K – centrum nebo terénní program před léčbou VHC (průměr) jsem navštěvoval/a

- a) 2-7 týdně
- b) 1x týdně
- c) 2-3x měsíčně
- d) 1x měsíčně
- e) Jiné ...

2. KC nebo TP během léčby VHC

- a) 2-7 týdně
- b) 1x týdně
- c) 2-3x měsíčně
- d) 1x měsíčně
- e) Jiné ...

3. K – centrum nebo terénní program po léčbě VHC (do současnosti)

- a) 2-7 týdně
- b) 1x týdně
- c) 2-3x měsíčně
- d) 1x měsíčně
- e) Jiné ...

4. Navštěvoval/a jste někdy ambulantní léčbu závislosti?

- a) Ano
- b) Ne (v případě této odpovědi přeskočte na otázku č. 7)

5. Kolikrát?

..... (číslo)

6. Kdy jste navštěvoval/a ambulantní léčbu závislosti (možno označit více možností)?

- a) V období před léčbou VHC
- b) Během léčby VHC
- c) V období po léčbě VHC

7. Byla/a jste někdy v pobytové léčbě závislosti v PN (Psychiatrická nemocnice)?

- a) Ano
- b) Ne (v případě této odpovědi přeskočte na otázku č. 11)

8. Kolikrát?

..... (číslo)

9. Kolikrát jste léčbu v PN dokončil/a?

..... (číslo)

10. V pobytové léčbě v PN jsem byl/a (možno zaškrtnout více odpovědí)

- a) Před léčbou VHC
- b) Během léčby VHC
- c) Po léčbě VHC

11. Byl/a jste někdy v pobytové léčbě v TK (terapeutické komunitě)?

- a) Ano
- b) Ne (v případě této možnosti přeskočte na otázku č. 15.)

12. Kolikrát?

..... (číslo)

13. Kolikrát jste léčbu v TK dokončil/a

..... (číslo)

14. V pobytové léčbě v TK jsem byl/a (možno zaškrtnout více možností)

- a) Před léčbou VHC
- b) Během léčby VHC
- c) Po léčbě VHC

15. Navštěvoval jste někdy substituční léčbu na opioidech?

- a) Ano
- b) Ne (v případě této odpovědi přeskočte na otázku č. 1 v oddíle „Léčba VHC“)

16. Kolikrát?

..... (číslo)

17. Substituční léčbu jsem navštěvoval/a (možno zaškrtnout více možností)

- a) Před léčbou VHC
- b) Během léčby VHC
- c) Po léčbě VHC

Testování a léčba VHC

1. Po jak dlouhé době iv užívání NL jste byl/a poprvé testován/a (přibližně)?

- a) Po méně než roce
- b) Po 1-2 letech
- c) Po 2-4 letech
- d) Po 5 letech a více

2. Jaká byla vaše motivace k tomu nechat se otestovat?

- a) Rizikové chování
- b) Prevence
- c) Doporučení pracovníka
- d) Obava, že jsem se nakazil/a
- e) Obava, že jsem mohl/a někoho nakazit
- f) Jiné (např. nedobrovolné testování ve VTOS či ve zdravotnickém zařízení...)

3. Co mi pomohlo ke vstupu do léčby VHC

- a) Podpora rodiny
- b) Podpora přátel
- c) Podpora pracovníků služeb (K-centra, terénních programů, léčebny, komunity atd...)
- d) Nic
- e) Jiné...

4. Co mi bránilo ve vstupu do léčby VHC

- a) Obava ze ztráty anonymity
- b) Obava z přístupu zdravotnického personálu
- c) Obava z léčby
- d) Špatná dostupnost zdravotnického zařízení
- e) Jiné...

5. Počet léčeb VHC

..... (číslo)

6. Uplynulá doba po ukončení (poslední) léčby VHC

- a) Méně než rok
- b) Cca 1 rok
- c) Více než rok
- d) Více než 5 let

7. Jak jsem zjistil/ a, že jsem se nakazil/ a VHC?

- a) Díky testování v nízkoprahovém programu (v K-centru, v terénním programu)
 - a. Z vlastní iniciativy
 - b. Na doporučení pracovníka
- b) V pobytové léčbě
- c) Ve VTOS
- d) Ve zdravotnickém zařízení

8. Jakým způsobem mi byla zprostředkována léčba VHC

- a) V nízkoprahovém programu (K-centrum, terénní program)
- b) V pobytové léčbě (PN, TK)
- c) V ambulantní léčbě
- d) Ve VTOS

e) Léčbu jsem si obstaral/ a ve zdravotnickém zařízení sám/ sama

9. Druh léčby (v případě více léčeb uveďte způsob poslední léčby)

- a) Interferon (injekce)
- b) Nové léčba přímo působícími antiviroty (tablety)

10. Sledování po léčbě

- a) Po dokončení léčby jsem již na žádné kontrole nebyl/a
- b) Byl/a jsem na standardní kontrole po 3 měsících po ukončení léčby
- c) Chodím na pravidelné kontroly do léčebného centra nebo k jinému lékaři

11. Testování po léčbě

- a) Pravidelně se nechávám přetestovávat, zda nedošlo k reinfekci
- b) Jednou jsem se nechal/a přetestovat
- c) Nikdy jsem se nenechal/a přetestovat
- d) Teprve nedávno jsem absolvoval/a léčbu, takže neuplynula dostatečně dlouhá doba k přetestování.

Rizikové chování

PŘED LÉČBOU VHC

1. Injekční užívání NL

- a) Několikrát denně
- b) Jednou denně
- c) Několikrát týdně
- d) Několikrát za měsíc
- e) Nárazově

2. Nechráněný pohlavní styk

- a) Nikdy
- b) S jedním partnerem jednou
- c) S jedním partnerem vícekrát
- d) S více partnery vícekrát
- e) Nikdy

Důvody (nejčastější, možno označit více možností)

- a) Šlo o stálého partnera/ stálou partnerku
- b) Partnery/ky jsem znal/a
- c) Nevěděl/a jsem, že riskuji nákazu VHC
- d) Byl/a jsem ovlivněn/a NL
- e) Žádné
- f) Jiné...

3. Sdílení injekčních stříkaček (IS)

- a) IS jsem nikdy nesdílel/a
- b) IS jsem sdílel/a jednou
- c) IS jsem sdílel/a párkrát (2-5x)
- d) IS jsem sdílel/a vícekrát (6x a více)

Důvody (nejčastější, možno označit více možností)

- a) Nouze, neměl/a jsem čisté is
- b) Sdílel/a jsem s partnerem/partnerkou, měl/a jsem za to, že už je to jedno
- c) Sdílel/a jsem jen s lidmi, co znám
- d) Byl/a jsem ovlivněn/a NL
- e) Nevěděl/a jsem, že riskuji nákazu VHC
- f) Žádné
- g) Jiné...

4. Sdílení náčiní k aplikaci (vodičky, rozdělávačky atd.)

- a) Nikdy jsem nesdílel/a
- b) Sdílel/a jsem jednou
- c) Sdílel/a jsem párkrát (2-5x)
- d) Sdílel/a jsem vícekrát (6x a více)

Důvody (nejčastější, možno označit více možností)

- a) Nouze, neměl/a jsem svoje náčiní
- b) Sdílel/a jsem jen s partnerem/partnerkou
- c) Sdílel/a jsem jen s lidmi, co znám
- d) Byl/a jsem ovlivněn/a NL
- e) Nevěděl/a jsem, že riskuji nákazu VHC
- f) Žádné
- g) Jiné...

5. Sdílení hygienických potřeb (kde může dojít ke kontaktu s krví: holítko, zubní kartáček...)

- a) Nikdy jsem nesdílel/a
- b) Sdílel/a jsem jednou
- c) Sdílel/a jsem párkrát (2-5x)
- d) Sdílel/a jsem vícekrát (6x a více)

Důvody (nejčastější, možno označit více možností)

- a) Nouze, neměl/a jsem svoje
- b) Sdílel/a jsem jen s partnerem/partnerkou
- c) Sdílel/a jsem jen s lidmi, co znám
- d) Byl/a jsem ovlivněn/a NL
- e) Nevěděl/a jsem, že riskuji nákazu VHC
- f) Žádné
- g) Jiné...

6. Amatérské tetování či piercing

- a) Nikdy jsem si nenechal/a udělat amatérské tetování či piercing
- b) Jednou jsem si nechal/a udělat amatérské tetování či piercing
- c) Vícekrát jsem si nechal/a udělat amatérské tetování či piercing – číslo

7. Jiné druhy rizikového chování, např. manipulace s cizími IS a další. Prosím popište druh a četnost tohoto rizikového chování.

PO LÉČBĚ VHC

1. Injekční užívání NL

- a) Několikrát denně
- b) Jednou denně

- c) Několikrát týdně
- d) Několikrát za měsíc
- e) Nárazově

2. Nechráněný pohlavní styk

- a) Nikdy
- b) Jednou s jedním partnerem
- c) Vícekrát s jedním partnerem
- d) S více partnery

Důvody (nejčastější, možno označit více možností)

- a) Šlo o stálého partnera/ stálou partnerku
- b) Partnery/ky jsem znal/a
- c) Nevěděl/a jsem, že riskuji nákazu VHC
- d) Byl/a jsem ovlivněn/a NL
- e) Žádné
- f) Jiné...

3. Sdílení injekčních stříkaček (IS) - použití IS po někom

- a) IS jsem nikdy nesdílel/a
- b) IS jsem sdílel/a jednou
- c) IS jsem sdílel/a párkrát (2-5x)
- d) IS jsem sdílel/a vícekrát (6x a více)

Důvody (nejčastější, možno označit více možností)

- a) Nouze, neměl/a jsem čisté IS
- b) Sdílel/a jsem s partnerem/partnerkou
- c) Sdílel/a jsem jen s lidmi, které znám
- d) Byl/a jsem ovlivněn/a NL
- e) Nevěděl/a jsem, že riskuji nákazu VHC
- f) Žádné
- g) Jiné...

4. Sdílení náčiní k aplikaci (vodičky, rozdělačky atd.)

- a) Nikdy jsem nesdílel/a
- b) Sdílel/a jsem jednou
- c) Sdílel/a jsem párkrát (2-5x)
- d) Sdílel/a jsem vícekrát (6x a více)

Důvody (nejčastější, možno označit více možností)

- a) Nouze, neměl/a jsem svoje náčiní
- b) Sdílel/a jsem jen s partnerem/partnerkou
- c) Sdílel/a jsem jen s lidmi, které znám
- d) Byl/a jsem ovlivněn/a NL
- e) Nevěděl/a jsem, že riskuji nákazu VHC
- f) Žádné
- g) Jiné...

5. Sdílení hygienických potřeb (kde může dojít ke kontaktu s krví: holítko, zubní kartáček...)

- a) Nikdy jsem nesdílel/a
- b) Sdílel/a jsem jednou
- c) Sdílel/a jsem párkrát (2-5x)
- d) Sdílel/a jsem vícekrát (6x a více)

Důvody (nejčastější, možno označit více možností)

- a) Nouze, neměl/a jsem svoje náčiní
- b) Sdílel/a jsem jen s partnerem/partnerkou
- c) Sdílel/a jsem jen s lidmi, které znám
- d) Nevěděl/a jsem, že riskuji nákazu VHC
- e) Žádné
- f) Jiné...

6. Amatérské tetování či piercing

- d) Nikdy jsem si nenechal/a udělat amatérské tetování či piercing
- e) Jednou jsem si nechal/a udělat amatérské tetování či piercing
- f) Vícekrát jsem si nechal/a udělat amatérské tetování či piercing – číslo

7. Jiné druhy rizikového chování, např. manipulace s cizími IS a další. Prosím popište druh a četnost tohoto rizikového chování.

Závěr

1. Jak jste vnímal/a nákazu VHC (když vám byl sdělen reaktivní/ pozitivní výsledek)

- a) V pohodě – život jde dál
- b) Byl/a jsem trochu otřesen/a
- c) Byl/a jsem z toho nešťastný/á
- d) Jiné...

2. Průběh léčby VHC (v případě více léceb berte v úvahu poslední léčbu)

- a) Cítil/a jsem se normálně, nepocítoval/a jsem žádné vedlejší účinky
- b) Necítil/a jsem se dobře. Pocítoval/a jsem nepříjemné vedlejší účinky
- c) Jiné...

3. Dodržování léčby (návštěvy lékaře, pravidelné užívání léků atd.)

- a) Nečinilo mi to žádné problémy
- b) Bylo to pro mě náročné
- c) Nezvládal/a jsem to
- d) Jiné....

4. Po léčbě VHC se cítím fyzicky

- a) Lépe
- b) Stejně

5. Po léčbě VHC se cítím psychicky

- a) Lépe
- b) Stejně

6. Máte pocit, že léčba VHC celkově zlepšila kvalitu vašeho života?

- a) Ano
- b) Ne

7. Doporučujete testování svým známým?

- a) Ano
- b) Ne

8. Doporučujete léčbu VHC svým známým?

- a) Ano
- b) Ne