



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Anna Füleová

**Preventivní programy zaměřené
na snížení incidence HIV/AIDS
a ostatních STD**

*Preventive programmes aimed at
reduction of incidence of HIV/AIDS and
other STDs*

Bakalářská práce

Praha, červen 2012

Autor práce: Anna Füleová

Studijní program: Veřejné zdravotnictví -kombinované

Bakalářský studijní obor: Specializace ve zdravotnictví

Vedoucí práce: MUDr. Lidmila Hamplová, Ph.D.

Pracoviště vedoucího práce: MZ ČR

Datum a rok obhajoby:5.9.2012

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému – SIS 3.LF UK jsou totožné.

V Praze dne 28. června 2012

Anna Füleová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala především MUDr. Lidmile Hamplové, Ph.D. za cenné rady a připomínky při psaní této bakalářské práce. Ráda bych poděkovala také všem pracovníkům nízkoprahových služeb pro uživatele návykových látek ve Středočeském kraji, kteří svoji ochotou a vstřícností přispěli k provedení výzkumu.

Obsah

1. ÚVOD.....	9
2. HYPOTÉZY	11
3. CÍLE.....	12
4. METODIKA	13
4.1 Metodika sběru dat.....	13
5. POJEM PREVENCE	15
5.1 Úloha hygienické služby v oblasti prevence nemocí.....	16
5.2 Podpora zdraví a prevence HIV/AIDS v ČR	16
5.3 Strategické dokumenty významné pro oblast boje proti	18
šíření HIV/AIDS v ČR.....	18
5.3.1 Národní program řešení problematiky HIV/AIDS v ČR	19
5.4 Strategické dokumenty pro oblast boje HIV/AIDS (UNAIDS).....	20
6. POHLAVNÍ CHOROBY.....	21
6.1 SYFILIS (příjice, lues).....	21
6.1.2 Historie.....	21
6.1.3 Etiologické agens	22
6.1.4 Přenos infekce.....	22
6.1.5 Klinický obraz.....	22
6.1.6 Diagnostika	24
6.1.7 Terapie	24
6.1.8 Dispenzarizace	25
6.2 GONOKOKOVÉ INFEKCE	25
6.2.1 Historie.....	25
6.2.2 Etiologické agens	25
6.2.3 Přenos infekce.....	25

6.2.4	Klinický obraz.....	25
6.2.5	Diagnostika	26
6.2.6	Terapie	26
6.2.7	Dispenzarizace	27
6.3	HIV/AIDS	27
6.3.1	Historie.....	27
6.3.2	Etiologické agens	28
6.3.3	Přenos infekce.....	29
6.3.4	Klinický obraz.....	30
6.3.5	Diagnostika	31
6.3.6	Terapie	32
6.3.7	Návykové látky a HIV	33
6.4	Preventivní opatření u sexuálně přenosných infekcí.....	34
6.4.1	Doporučení Evropského centra pro prevenci a kontrolu nemocí.....	34
6.5	Sociální význam pohlavních nemocí	36
6.6	Legislativa.....	37
6.7	Povinnosti lékaře a nemocného při výskytu pohlavních nemocí	37
6.8	Registr pohlavních nemocí (RPN)	38
7.	TYPY PREVENTIVNÍCH PROGRAMŮ.....	39
7.1	Priority dotačního programu MZ ČR	40
7.2	Mapování preventivních aktivit	40
7.2.1	Anonymní testování na HIV a ostatní STD	40
7.2.2	Peer programy pro žáky ZŠ a studenty SŠ.....	41
7.2.3	Školní informační kanál – moderní forma prevence HIV/AIDS	41
7.2.4	Besedy a přednášky na téma prevence HIV/AIDS a ostatní STD	42
7.2.5	Telefonní linky pomoci AIDS – bezplatné poradenství.....	43
7.2.6	Webové stránky a internetové poradny.....	43
7.2.7	Specifické projekty zaměřené na rizikově se chovající populaci.....	44

PRAKTICKÁ ČÁST	47
8. STATISTICKÁ DATA – sekundární analýza	48
8.1 Výskyt syfilis a gonokokových infekcí v ČR v období let 2000 – 2010	48
8.2 Výskyt HIV infekce v České republice v období let 1986-2011	59
8.3 Incidence a prevalence uživatelů drog – žadatelů o léčbu	65
8.3.1 Základní terminologie	65
8.4 Virové hepatitidy u injekčních uživatelů drog v ČR.....	69
8.5 Výdaje ze státního rozpočtu na protidrogovou politiku	70
8.5.1 Dotační program MZ ČR – finanční prostředky v letech 1992 -2011 .	71
8.6 Výsledky - hodnocení dotazníků	72
8.6.1 Základní charakteristika souboru	72
8.6.2 Analýza poskytovaných služeb.....	73
9. DISKUZE	84
10. ZÁVĚR	91
10.1 Naplnění hlavních a dílčích cílů bakalářské práce.....	91
10.2 Potvrzení či vyvrácení stanovených hypotéz	93
11. SOUHRN	95
SUMMARY	96
12. Seznam použité literatury, internetové odkazy	97
13. Seznam tabulek a grafů	101
14. Seznam použitých zkratk:	103
15. Přílohy.....	105
Příloha č. 1	106
Příloha č. 2	113

**Motto: „Prevence je stále nejlepší strategií v boji proti AIDS,
neboť, na rozdíl od terapie, nemá žádné vedlejší účinky!“**

(Plenární zasedání XVI. Světové konference, o AIDS, Toronto 2006)

1. ÚVOD

Podle statistických údajů Světové zdravotnické organizace (WHO) žilo na konci roku 2009 na světě s infekcí HIV celkem 31,4 – 35,3 milionů lidí, z toho asi 2,5 milionů dětí mladších než 15 let.

Téměř 90% těchto dětí žije v subsaharské Africe. V posledních letech přibývá každým rokem na celém světě 2,3-2,8 milionu nově nakažených. Denně se infikuje cca 7000 osob. Absolutní většina infikovaných žije v rozvojových zemích. Nejvyšší výskyt onemocnění HIV/AIDS je v subsaharské části Afriky (68% z celkového počtu nakažených) a v jižní a jihovýchodní Asii. Každý desátý dospělý člověk v Africe je nositelem viru HIV. Podle odhadů WHO zemřelo během roku 2009 v důsledku AIDS celosvětově 1,6-2,1 milionů infikovaných. Počty reálně HIV infikovaných osob i nemocných HIV/AIDS jsou nepochybně ještě vyšší. (33)

Výskyt infekce HIV u občanů ČR a cizinců s dlouhodobým pobytem v ČR (rezidentů) v posledním desetiletí každoročně narůstá z počtu 50 případů v roce 2002 až na 180 případů v roce 2010. V roce 2011 bylo u občanů ČR a residentů zjištěno 153 nových případů HIV infekce, což přibližně odpovídá úrovni roku 2009 (156 nových případů). Tento počet představuje třetí nejvyšší roční záchyt ve sledování infekce HIV v ČR od roku 1985. (19)

V průběhu sledování infekcí HIV v ČR, tj. od 1.10.1985 do 31.12.2011, bylo celkově zjištěno 1675 případů HIV pozitivitu u občanů ČR a rezidentů, z toho bylo 1368 (81,7%) mužů a 307 (18,3%) žen. U 341 z nich (279 mužů, 62 žen) došlo k rozvinutí onemocnění AIDS. Z 1675 HIV pozitivních 253 (15,1%) již zemřelo, přičemž 178 úmrtí bylo ve stadiu AIDS (52,2% ze všech nemocných s AIDS) a 75 úmrtí bylo z jiné příčiny. (19)

Přenos sexuální cestou je hlavním způsobem přenosu infekce v ČR (86,9% případů v roce 2011), 113 případů, tj. téměř tři čtvrtiny (73,9%) všech nových případů bylo zjištěno u mužů majících sex s muži (5 z nich byli rovněž injekční uživatelé drog).

U HIV pozitivních se často vyskytují i další sexuální nemoci, které jsou diagnostikovány souběžně s HIV, ale často jsou zjištěny i u nemocných, kteří svůj

HIV pozitivní status již znali. V roce 2011 byla nově zjištěna syfilis u 54 HIV pozitivních mužů a 2 žen, kapavka u 22 mužů a 1 ženy a lymfogranuloma venerum u 5 mužů.

V ČR je od roku 2009 patrný nárůst syfilis jak v celkovém počtu případů, tak i ve specifické populaci injekčních uživatelů drog (IUD). V roce 2009 bylo celkem hlášeno 997 případů onemocnění syfilis, z toho u IUD bylo diagnostikováno 103 případů, v roce 2010 bylo celkem hlášeno 1022 případů nákazy syfilis, z toho u IUD bylo diagnostikováno 113 onemocnění. Data o výskytu rizikového chování u hlášených pohlavních nemocí ukazují na poměrně vysoký současný výskyt prostituce a injekčního užívání drog. (22)

Nejnovější zjištěná data vypovídají o nežádoucím nárůstu nových případů HIV pozitivivity u rizikových skupin populace a výskytu souběžné infekce HIV a ostatních sexuálně přenosných onemocnění (STD), což svědčí o faktu, že znalosti v rizikově se chovajících populačních skupinách (muži mající sex s muži, injekční uživatelé drog, komerční sexuální pracovnice) i obecné populaci, jak se chránit před touto ve svém důsledku smrtící nákazou, nejsou stále dostatečné a jejich sexuální chování neodpovídá zásadám bezpečnějšího sexu.

Téma své bakalářské práce jsem si zvolila s ohledem na skutečnost, že problematikou prevence HIV/AIDS se zabývám jako odborný zaměstnanec Krajské hygienické stanice Středočeského kraje již od roku 1998, kdy jsem začala pracovat na Národní lince pomoci AIDS jako konzultant a podílela jsem se na realizaci projektů podpory zdraví a prevence HIV/AIDS ve Středočeském kraji. V současné době zpracovávám analýzy drogového informačního systému provozovaného hygienickou službou a úzce spolupracuji s nízkoprahovými centry zaměřenými na uživatele návykových látek ve Středočeském kraji.

2. HYPOTÉZY

- 1) Injekční uživatelé drog se významnou mírou podílejí na výskytu sexuálně přenosných onemocnění v ČR.
- 2) Preventivní programy zaměřené na snižování incidence HIV a ostatních sexuálně přenosných chorob realizované v ČR nejsou v rizikové skupině injekčních uživatelů drog efektivně využívány.

3. CÍLE

Hlavními cíli mé bakalářské práce s názvem „Preventivní programy zaměřené na snížení incidence HIV/AIDS a ostatních STD“ jsou:

1. Zmapovat dostupnost a využívání nabízených preventivních aktivit pro vybranou rizikovou skupinu injekčních uživatelů návykových látek.
2. Zjistit formy a způsoby realizace preventivních programů a podíl vládních i nevládních organizací na jejich podpoře a realizaci.

Dílními cíli jsou:

1. Zdokumentovat trend výskytu HIV/AIDS a ostatních pohlavních chorob v ČR se zaměřením zejména na populaci IUD.
2. Zmapovat objem vynakládaných finančních prostředků na projekty protidrogové politiky zaměřené na snižování zdravotních rizik spojených s injekčním užíváním návykových látek.

4. METODIKA

K potvrzení či vyvrácení hypotézy č. 1 bude provedena sekundární analýza statistických dat ke zjištění charakteristik spojených s výskytem pohlavních nemocí.

K potvrzení či vyvrácení hypotézy č. 2 bude pomocí programu Excel provedena analýza a vyhodnocení anonymního dotazníkového šetření zaměřeného na realizaci specifických preventivních programů cílených na snižování incidence pohlavních chorob a krví přenosných infekcí v populaci injekčních uživatelů návykových látek ve Středočeském kraji.

Pro výzkumnou část jsem zvolila kvalitativní výzkum. Kvalitativní výzkum je založen na indukci, tedy na obecné metodě usuzování, jejíž závěr obsahuje informaci, která určitým způsobem přesahuje informace (empirického původu), které sloužily jako východisko. To umožňuje prostřednictvím indukce přijímat obecné zákony, které jsou přijímány na základě principu opakování, tedy že z jednotlivých výroků odvozujeme tvrzení obecnějšího univerzálního charakteru. Jednotlivé výroky neopisují všechny možnosti. Výstupem kvalitativního výzkumu je formulování nové hypotézy nebo teorie. (20)

4.1 Metodika sběru dat

Pro sekundární analýzu dat budou použita dostupná data z veřejně přístupných zdrojů, tj. ÚZIS ČR, SZÚ ČR – NRL pro HIV/AIDS, Úřad vlády ČR - NMS, MZ ČR, KHS hl. m. Prahy a KHS Stč. kraje.

Dotazníkovým šetřením vedeným formou řízeného rozhovoru byl proveden průzkum spektra realizovaných preventivních programů v nízkoprahových zařízeních Středočeského kraje zaměřených na injekční uživatele návykových látek.

Za účelem sběru dat byl použit strukturovaný rozhovor s jasně definovanými i otevřenými otázkami s cílem získat, pokud možno přesná data k usnadnění analýzy. Strukturovaný rozhovor je forma rozhovoru, jehož cílem je získání odpovědí na předem připravený soubor otázek. Tento soubor otázek je v nezměněné podobě předkládán všem jedincům ze souboru respondentů. Formulace otázek je stálá a standardizovaná.

Výzkum byl realizován v kontaktních centrech Středočeského kraje, která byla předem kontaktována telefonicky a byla s nimi domluvena návštěva s předem avízovanou délkou rozhovoru (cca 30-45min./respondent) z důvodu organizačního zajištění chodu zařízení. Dotazníkové šetření jsem absolvovala ve všech nízkoprahových zařízeních Středočeského kraje, tj. v kontaktním centru v Benešově, Kolíně, Mladé Boleslavi, Příbrami a Nymburce.

V každém z kontaktních center byl vybrán zástupce terénního pracovníka (streetworker), pracovník zaměřený na práci přímo v K-centru a tam, kde probíhá realizace programů primární prevence, také zástupce těchto programů. Ve všech navštívených nízkoprahových zařízeních byl veden rozhovor také z vedoucím zařízení z důvodu získání odpovědi na otázky za celé zařízení (typů testování či výměnného programu, spolupráce s jinými organizacemi apod.).

Dotazníkové šetření mapuje:

- Základní údaje o respondentovi – věk, pohlaví, vzdělání, délka práce v sociálních službách, pracovní zaměření
- Typy realizovaných preventivních programů zaměřených na prevenci HIV/AIDS a ostatních STD u IUD v nízkoprahových zařízeních Středočeského kraje
- Informovanost pracovníků nízkoprahových zařízení o projektech realizovaných jinými subjekty a případnou spoluprací či využití těchto programů
- Testování na krvi přenosná onemocnění (zájem klientů, odesílání do jiných zdravotnických zařízení, orientační testování přímo v nízkoprahovém zařízení)
- Spolupráci na úrovni kraje mezi vládním a nevládním sektorem a mezi neziskovými organizacemi navzájem

- Programy a nabízené aktivity nejčastěji využívané cílovou populací (IUD)

5. POJEM PREVENCE

Pojem prevence pochází z medicíny. Prastaré medicínské pravidlo říká, že je lépe nemoci předcházet, než ji léčit. Platilo v době Hippokratově a platí i dnes.

Světová zdravotnická organizace (WHO) rozlišuje tři stupně prevence:

Primární prevence:

Jsou taková opatření, která mají zabránit vzniku onemocnění. Je třeba vyloučit působení škodlivých činitelů, když je člověk ještě docela zdrav (např. očkováním, otužováním, správnou životosprávou apod.) S neblahými společenskými jevy, jako jsou drogy, sexuální promiskuita, kriminalita aj., je tomu podobně - také jsou potenciálně přítomny zatím v jakémisi latentním stavu a jen čekají na svou příležitost.

Sekundární prevence:

Má zabránit rozvoji a postupu nemoci, pokud už vznikla. Předpokládá rozpoznání nemoci v časném stádiu, kdy jsou ještě dobré vyhlídky na léčebný úspěch.

Terciární prevence:

Zaměřuje se na následky onemocnění nebo postižení, které se už rozvinulo. Má tyto následky vyrovnat nebo napravit, a pokud náprava není možná, alespoň zabránit zhoršování stavu. V medicíně je to např. rehabilitace - v léčebné pedagogice je to např. nové přijetí provinilého dítěte - odvykací kúra, důsledná kontrola chování, osobní asistence aj. Je zřejmé, že k těmto opatřením by už nemělo docházet, kdyby prevence na předchozích dvou stupních byla úspěšná. Proto je třeba veškerý důraz klást na prevenci primární.

5.1 Úloha hygienické služby v oblasti prevence nemocí

Podpora zdraví a prevence nemocí je jednou z úloh hygienické služby. Hygienická služba v České republice podle zákona 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví má za úkol chránit a podporovat veřejné zdraví, což označuje zdraví obyvatelstva a jeho skupin. Ochrana a podpora veřejného zdraví je pak definována jako souhrn činností a opatření k vytváření a ochraně zdravých životních a pracovních podmínek a k zabránění šíření infekčních a hromadně se vyskytujících onemocnění. Zákon 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví v § 82 písm. u) ukládá Krajským hygienickým stanicím podílet se na tvorbě a naplňování zdravotní politiky příslušného regionu. MZ ČR od roku 1993 vypisuje každoročně dotační řízení s názvem „Národní program zdraví – projekty podpory zdraví“ na podporu realizace aktivit v oblasti podpory veřejného zdraví. Od roku 1990 rovněž MZ ČR vypisuje dotační program s názvem „Národní program řešení problematiky HIV/AIDS“ na podporu aktivit v oblasti boje proti šíření infekce HIV v České republice. (5)

5.2 Podpora zdraví a prevence HIV/AIDS v ČR

Podporu zdraví a prevenci HIV/AIDS na centrální úrovni metodicky řídí ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví Státní zdravotní ústav, pracoviště manažera Národního programu HIV/AIDS. Aktivity v oblasti prevence HIV/AIDS jsou realizovány zdravotnickými zařízeními řízenými MZ (Státní zdravotní ústav, zdravotní ústavy, fakultní nemocnice) a dalšími zdravotnickými zařízeními a v posledních letech zejména nevládními organizacemi. Národní program boje proti AIDS je řízen Národním koordinátorem, jímž je hlavní hygienik ČR. Odpovědnost za prevenci HIV/AIDS v krajích a na nižší úrovni mají epidemiologové místně příslušných krajských hygienických stanic. Při plnění jejich úkolů s nimi spolupracují resortní i mimoresortní instituce a organizace, včetně nevládních.

Státní zdravotní ústav, resp. pracoviště manažera Národního programu a epidemiologové příslušných hygienických stanic úzce spolupracují s dalšími odborníky z resortu zdravotnictví (např. mikrobiologové, dermatovenerologové, infektologové a sexuologové), dále z rezortů školství, mládeže a tělovýchovy a práce a sociálních věcí a také s pracovníky Rady vlády pro koordinaci

protidrogové politiky. Na regionální úrovni spolupracují odborníci z řad pracovníků KHS s krajským protidrogovým koordinátorem. Monitoring preventivních aktivit prováděných hygienickými stanicemi a s nimi spolupracujícími organizacemi je prováděn z rozhodnutí hlavního hygienika ČR každý rok. Analýza dat slouží jako zpětná vazba ke sledování dostupnosti preventivních aktivit pro obyvatelstvo, jejich stupeň využívání a sledování efektivity jednotlivých intervencí. Úkoly Národního programu boje proti HIV/AIDS jsou rozpracovávány v jednotlivých termínovaných aktivitách. Jejich plnění je sledováno prostřednictvím zvolených indikátorů, které program pravidelně monitoruje a vyhodnocuje. Jejich součástí je soubor mezinárodně přijatých indikátorů podle doporučení Světového programu boje proti AIDS (UNAIDS). (5)

Nevládní organizace činné v prevenci HIV/AIDS se podílejí na plnění úkolů Národního programu HIV/AIDS jak samostatně, tak i prostřednictvím svého zastřešujícího orgánu „Fóra nevládních organizací v prevenci HIV/AIDS“, které má svého zástupce v „Komisi k zajištění surveillance HIV/AIDS v ČR“. Činnost nevládních organizací je směřována především na edukaci rizikově se chovajících skupin populace a na rozvoj specifických preventivních programů. Za důležitou složku účinné prevence HIV/AIDS je kromě cílené edukace považováno dostupné bezplatné anonymní testování na HIV a aktivní zapojení HIV pozitivních osob do preventivních aktivit. (12)

MZ ČR vydalo na základě § 80 odst. 1 písm. a) zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, Metodický návod k řešení problematiky infekce HIV/AIDS v České republice a doporučilo k zabezpečení prevence a omezení dalšího šíření HIV podle něho postupovat. Nejvýznamnějším prostředkem k omezení dalšího šíření HIV infekce je zdravotní výchova, která se snaží ovlivnit stupeň informovanosti a zvýšit motivaci jedince k vlastní ochraně před HIV infekcí. K tomu je třeba, aby zdravotní výchova byla cílená a kontinuální. Má za úkol poskytnout všem občanům dostatek přesných a aktuálních informací a působit při formování jejich postojů a chování v tom smyslu, aby docházelo k omezování rizikového chování (důraz na partnerskou věrnost, metody bezpečnějšího sexu,

popř. sexuální abstinenci, prevenci užívání omamných látek u injekčních uživatelů drog). (12)

5.3 Strategické dokumenty významné pro oblast boje proti šíření HIV/AIDS v ČR

- Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů
- Národní program řešení problematiky HIV/AIDS v České republice v období let 2008-2012 (UV 130/2008)
- Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví pro všechny v 21. století (UV 1046/2002), Cíl 4 - Zdraví mladých
Cíl 7 - Prevence infekčních onemocnění, Cíl 13 - Zdravé místní životní podmínky
- Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 – 2018 (UV 340/2010), Cíl IV.- snížit potenciální rizika užívání všech typů drog a ekonomické, zdravotní a sociální dopady jejich užívání na jedince a společnost
- Akční plán zdraví a životního prostředí České republiky (UV ČR 810/1998), kap. 4.2. Životní styl
- Strategický rámec udržitelného rozvoje České republiky (UV 37/2010),
Prioritní osa 1 - Populace, člověk a zdraví

5.3.1 Národní program řešení problematiky HIV/AIDS v ČR v období let 2008 – 2012

Veškeré aktivity programu musí vycházet z následujících principů:

- musí být v souladu s cíli Světového programu boje proti AIDS OSN (UNAIDS)
- musí vycházet ze smysluplného zapojení občanské společnosti do všech aktivit zahrnutých v programu, zejména je důležité zapojení osob žijících s HIV/AIDS do všech fází navrhování řešení a vyhodnocování aktivit v rámci tohoto programu
- musí být založeny na principu ochrany lidských práv a svobod a rovnosti mužů a žen
- musí být založeny na vědeckých poznatcích, technických vědomostech a doporučeních daných Světovým programem boje proti AIDS
- musí respektovat komplexní charakter národní reakce na epidemii HIV/AIDS a integrovat aktivity v oblasti prevence, léčby, péče a podpory osob žijících s HIV/AIDS
- musí být stejně jako ve světě ve všech fázích řešení problematiky HIV/AIDS zapojeny nevládní organizace

5.4 Strategické dokumenty pro oblast boje HIV/AIDS (UNAIDS)

Cíle Světového programu boje proti AIDS OSN (UNAIDS) vycházejí zejména z níže uvedených strategických dokumentů:

- Evropského akčního plánu WHO pro boj s HIV/AIDS v období 2012-2015 (2011)
- Globální zdravotnické strategie Světového zdravotnického shromáždění zaměřené na HIV/AIDS v období 2011–2015 (2011)
- Usnesení Evropského parlamentu o reakci EU na HIV/AIDS v EU a sousedních zemí (2011)
- Politického rámce WHO pro Evropu „Zvýšení testování HIV a poradenství v evropském regionu WHO (2010) a pokynů ECDC pro testování HIV (2010)
- Strategie UNIADS na období 2011–2015 (2010)
- Usnesení Evropského parlamentu ze dne 20. listopadu 2008 o včasné diagnóze HIV/AIDS a včasné léčbě (2008)
- Program WHO pro boj s HIV/AIDS "Do roku 2010 přístup pro všechny“ (2006)
- Sdělení Komise Radě a Evropskému parlamentu o boji proti HIV/AIDS v EU a v sousedních zemích na období 2006 – 2009 (2005)
- Dublinská deklaráce o partnerství v boji proti HIV/AIDS v Evropě a střední Asii (2004)
- 2001 - Deklarace závazků v oblasti HIV/AIDS přijatá Valným shromážděním OSN - „Zastavit a zvrátit trend šíření HIV/AIDS do roku 2015“ (2001)

6. POHLAVNÍ CHOROBY

Mezi pohlavní (venerické nemoci) definované zákonem 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů patří – syphilis, gonorrhoea, ulcus molle, granuloma inguinale, lymphogranuloma venereum.

Jejich společnou vlastností je, že se přenášejí převážně pohlavním stykem. Podléhají hlášení, depistážnímu šetření a dispenzarizaci. Jinak jde o nemoci vyvolané zcela odlišnými mikroorganismy a s velmi rozdílnou patogenezí, průběhem i klinickými projevy. Zásahu na tom, že byly přiřazeny k oboru dermatologie, má hlavně syfilis (ale i měkký vřed a lymfogranulomatóza), díky svým ve všech stádiích nemoci bohatým a pestrým kožním projevům. (9)

Zvláštní postavení zaujímá infekce HIV/AIDS, která z důvodu nejčastějšího způsobu přenosu sexuálním stykem je řazena rovněž mezi STI – Sexually Transmitted Infections. Problematika tohoto závažného onemocnění je samostatně řešena celou řadou dokumentů, kromě zákona 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů též dokumentem Národní program řešení problematiky HIV/AIDS v ČR v období 2008-2012 a Metodickým návodem č. HEM-3769-3.2.03 k řešení problematiky infekce HIV/AIDS v ČR, Věstník MZ ČR, částka 8, srpen 2003.

6.1 SYFILIS (příjice, lues)

6.1.2 Historie

Podle jedné teorie se syfilis vyvinula z nevenerické (endemické) syfilitidy, která se v oblasti Předního východu vyskytovala odnepaměti. K jejímu masivnímu rozšíření na přelomu 15. a 16. století přispělo uvolnění mravů, které souviselo s nástupem renesance. Podle jiného názoru byla syfilis zavlečena do Evropy Kolumbovými mořeplavci, kteří ji akvírovali od středoamerických Indiánů. Obě teorie se opírají o závažné argumenty. Pravdou je, že v Evropě v letech 1494 – 1495 proběhla velká epidemie syfilitidy, která měla těžký průběh a u mnoha nemocných vedla ke smrti během několika měsíců. Od této doby se syfilis vyskytuje v Evropě trvale, její průběh je však mírnější a prolongovanější. Promořenost obyvatelstva byla ještě v 19. století velmi vysoká a syfilis se uvádí

jako příčina smrti u mnoha významných postav světové historie. Důkaz, že progresivní paralýza je vyvolána spirochétou *Treponema pallidum*, podal japonský vědec H. Noguchi v roce 1913. O čtyři roky dříve objevili P. Ehrlich a S. Hata účinný lék proti syfilitidě – **salvarsan** – a tím zahájili éru vědecké chemoterapie. (3)

Název „syphilis“ je pravděpodobně odvozen od jedné postavy z Ovidiových *Metamorfóz*. Slovo „lues“ pochází z latinského termínu *lues venerea*, což byl původně obecný výraz pro pohlavně přenosné nemoci. Syfilitidu označovali v 16.-18. století Francouzi za „italskou nemoc“, Italové a Němci za „francouzskou nemoc“, Holanďané za „španělskou nemoc“, Rusové za „polskou nemoc“, Turci za „křesťanskou nemoc“ a Tahit'ané za „britskou nemoc“ – vždy podle země, jejíž vojáci nebo obchodníci chorobu nejvíce šířili. (3)

6.1.3 Etiologické agens

Onemocnění vyvolává *Treponema pallidum* subsp. *pallidum*, která je morfologicky i antigenně podobná nevenerickým treponemám (*T.pallidum* subsp. *pertenue*, *T.pallidum* subsp. *endemicum*, *T.pallidum* subsp. *carateum*). Tyto fakultativně anaerobní bakterie jsou velmi štíhlé a mají spirálovitý vzhled. (3)

6.1.4 Přenos infekce

K přenosu dochází sexuálním stykem, vertikálně, tělesným kontaktem se slizničními a kožními lézemi, při poranění kontaminovanou jehlou a teoreticky i krevní transfuzí. Infikovaní jedinci jsou maximálně infekční v časném stadiu (tvrdý vřed, kondylomata, mukózní léze). Později infekčnost klesá, po čtyřech letech od nákazy nemocní nemohou šířit nákazu sexuální cestou. Branou vstupu je obvykle kůže a sliznice, nejčastěji v oblasti genitálií a dutiny ústní. (3)

6.1.5 Klinický obraz

Rozeznáváme vrozenou a získanou syfilitidu.

Primární syfilis, syphilis I: po inkubační době 3-90 dnů (průměrně 21 dnů) vzniká v místě inokulace nebolestivá papula, která rychle eroduje. Morfologicky vzniká buď erozivní šankr, nebo tvrdý vřed. Lokalizace vředů je nejčastější na zevních genitáliích, ale mohou se nacházet v pochvě, ústech, perianálně i análně. Regionální lymfadenitida je obvyklá, uzliny nehnisají a jsou nebolestivé. Vřed se

hojí za 1-12 týdnů. Diferenciálně diagnosticky je nutné odlišit herpetické infekce, měkký vřed, traumatické vředy, lymfogranuloma venereum, karcinom a granuloma inguinale. (3)

Sekundární syfilis, syphilis II: toto stadium začíná 2-8 týdnů po vzniku tvrdého vředu. Na jeho počátku se vyskytuje generalizovaný makulózní exantém (roseola, makulózní syfilitidy) s maximem na trupu. Makuly mohou přecházet v papuly až papuloskvamózní léze. V intertriginozních oblastech exantém splývá, dochází k erozím s tendencí k proliferacím – condylomata lata. Podobné hrboly vznikají i v místech tlaku. Různé typy exantému mohou být přítomny na dlaních a ploskách. Postižení vlasových folikulů může vést k alopecii. Na sliznicích dutiny ústní vznikají z papul plaky, může být také syfilitická angína. V tomto stádiu jsou časté zvýšené teploty, únava, anorexie, artralgie a generalizovaná lymfadenopatie. Diferenciálně diagnosticky je u kožních lézí nutno odlišit exantémy u virových infekcí. U slizničních lézí je nutné odlišit leukoplakie nebo aftózní stomatitidu. Období sekundární syfilis trvá 2-3 roky. (3)

Terciální syfilis, syphilis III: klinické projevy vznikají 3-5 let po časně syfilis. V tomto období vzniká buněčná hypersenzitivita tuberkulinového typu, která je zodpovědná za vznik typických syfilitických granulomů s nekrózami, gumat. Živé treponemy již v lézích obvykle nejsou přítomny. Podkožní léze typu gumat mají nejdříve charakter podkožních uzlů s lividně zbarvenou kůží. Po týdnech dochází k nekrózám a vzniku vředů, po nichž zůstávají tkáňové defekty. Mohou se také tvořit hrbolovité útvary, které někdy ulcerují. Oba typy projevů se mohou objevit i na sliznicích. V terciálním stádiu dochází k orgánovému postižení – kardiovaskulární syfilis, gumata v plicích, varlatech, dlouhých kostech, játrech, střevech a oku. Dochází k postižení nervového systému v různých formách - meningoencefalitis, pachymeningitis cervicalis hypertrophica, endarteritis obliterans. (3)

Kvartérní syfilis, syphilis IV: může vzniknout po 10-20 letech trvání nákazy. Projevy tohoto stádia jsou tabes dorsalis a progresivní paralýza. V České republice se nyní prakticky nevyskytuje. (3)

Vrozená syfilis vzniká transplacentárním přenosem od 5. měsíce gravidity. Dělí se na fetální infekci, časnou manifestní infekci, pozdní manifestní infekci a latentní infekci. (3)

6.1.6 Diagnostika

Správné stanovení diagnózy vyžaduje komplexní zhodnocení klinických projevů, anamnézy a výsledků metod přímého a nepřímého průkazu nákazy. **Metody přímého průkazu** se uplatňují především v primárním a sekundárním stadiu a při diagnostice časně vrozené syfilis. Průkaz treponem se provádí mikroskopii v zástinu nebo imunoflourescencí, vyšetřuje se především serózní transsudát z tvrdého vředu, kondylomat, méně často histologický materiál. Průkaz pomocí PCR se provádí při vyšetření např. mozkomíšního moku. Kultivace není možná, pokus na zvířeti se běžně neprovádí. **Nepřímý průkaz** – sérologické testy, které slouží k diagnostice lues, se dělí do dvou velkých skupin: na nespecifické (netreponemové) reakce a specifické reakce. Nespecifické reakce detekují „reaginové“ protilátky proti fosfolipidovým antigenům. Patří sem již nepoužívaná Bordetova-Wassermannova reakce (BWR), rychlá reaginová reakce (RRR) a vyšetření označované jako VDRL (Venereal Diseases Research Laboratory). Tato vyšetření slouží jako vyhledávací testy i pro hodnocení úspěšnosti léčby. Pro stanovení diagnózy musí být pozitivní výsledek nespecifické reakce potvrzen nejméně jedním specifickým testem. Specifické reakce zahrnují FTA-ABS (flourescenční treponemový absorpční test) a vyšetření specifických IgM nebo IgG protilátek metodou ELISA. Mozkomíšní mok může být testován jak pomocí VDRL, tak FTA-ABS nebo TPHA. Nověji se stanovují intrathekálně tvořené specifické protilátky. Falešně pozitivní sérologická reakce proti fosfolipidovým antigenům se může objevit při různých infekcích a revmatických onemocněních. (3)

6.1.7 Terapie

Léčba je závislá na stadiu onemocnění. Nejúčinnější a optimální lék pro syfilis je **penicilin G**, který porušením zevní membrány treponemat je ničí v růstové fázi. Dávky mají být takové, aby se docílilo v krevním séru hladiny 0,03 j./ml po dobu 7-10 dní u časně a 15-20 dní u latentní syfilis. Při nesnášenlivosti

penicilinu (alergie) možno aplikovat **tetracyklin** (doxycyklin) po dobu 15 dní nebo erytromycin. V graviditě se nesmí tetracyklin podávat, lze použít Spiramycin. Erytromycin po 3 měsíci gravidity selhává z důvodu špatné propustnosti jeho velké molekuly placentární bariérou. (9)

6.1.8 Dispenzarizace

Nemocní přijíací jsou dispenzarizováni na dermatovenerologickém oddělení. V prvním půl roce po zjištění nákazy se kontrolují 1x za 2 měsíce, v druhém půl roce celkem 2x a ve druhém roce 2x do roka. Nemocní s primární a sekundární přijíací se propouštějí z dispenzarizace 2 roky po ukončení léčení, mají-li specifické reakce v séru likvoru negativní a je-li negativní i jejich interní, oční a neurologický nález. Osoby označené jako zdroj a osoby ohrožené je třeba sledovat nejméně 6 měsíců klinicky i laboratorně (sérologicky), než je lze vyřadit z dispenzarizace. (9)

6.2 GONOKOKOVÉ INFEKCE

6.2.1 Historie

Výraz gonorrhoea (výtok semene) použil Galén 130 let před naším letopočtem. Gonokoky objevil v roce 1879 Neisser u novorozence s konjunktivitidou.

6.2.2 Etiologické agens

Neisseria gonorrhoeae je gramnegativní diplokok, často uložený intracelulárně, citlivý na světlo a chlad. Gonokoky jsou obligátními patogeny lidí, není znám zvířecí rezervoár. Vyskytují se všude ve světě jako původci kapavky, jedné z nejrozšířenějších pohlavních nemocí. (3)

6.2.3 Přenos infekce

Hlavní cestou přenosu je sexuální kontakt, raritní je nepřímý přenos hygienickými potřebami. Významný je rovněž perinatální přenos z infikované matky.

6.2.4 Klinický obraz

Inkubační doba je 1-10 dnů.

Kapavka muže je obvykle klinicky výraznější. Přední uretritida se projevuje dysurickými obtížemi a výtokem, který je zpočátku hojnější, hlenovitý až hnisavý, později může být sekrece patrná jen ráno, tzv. ranní kapka. Při zadní uretritidě může být retence moči, hematurie a bolestivá erekce. Komplikace zahrnují balanitidu, fimózu a parafimózu, zánět kavernózních těles, nejzávažnější jsou prostatitida a epididymitida s možností septických příznaků. (3)

Kapavka ženy je mnohdy asymptomatická. Při cervicitidě je hrdlo děložní zarudlé s hlenohnisavou sekrecí. Uretritida může být asymptomatická, nebo se projevuje dysurickými obtížemi s minimálním výtokem. Ke komplikacím patří zánět bartholinských žláz s možností vzniku abscesu. Ascendentní infekce může vést k endometritidě, akutní salpingitidě s možným vznikem pyosalpingitidy, adnexálního tumoru, vzácně i peritonitidy a perihepatitidy. (3)

Infekce extragenitálních sliznic: konjunktivitida u novorozenců i dospělých je většinou závažným onemocněním. Projevuje se fotofobií, bolestivostí oka, otokem měkkých tkání a hojným purulentním výtokem, rychle může vést ke vzniku rohovkového vředu a slepotě. Osídlení sliznic nosohltanu je většinou asymptomatické, gonokoková faryngitida se ale může projevovat bolestí v krku či bolestí při polykání. Kapavka rekta je rovněž většinou asymptomatická, může způsobit i výtok z rekta. (3)

Diseminovaná infekce: při hematogenním rozsevu vzniká nejčastěji hnisavá artritida, která postihuje většinou jeden kloub, zpravidla kolenní. Mnohdy je provázená necharakteristickým makulopapulózním exantémem. Vzácně dochází k sepsi, meningitidě či endokarditidě. (3)

6.2.5 Diagnostika

Materiál se odebírá u muže z uretry, u ženy z uretry a děložního hrdla, popřípadě z jiných sliznic. Mikroskopický nález prakticky určuje diagnózu, jednoznačně ji potvrdí kultivace či PCR diagnostika.

6.2.6 Terapie

Vzhledem k časté koinfekci s chlamydiemi jsou u klinicky nekomplikované kapavky preferována antibiotika s citlivostí na oba původce, např. doxycyklin a u gravidních žen makrolidy. Problémem ve světě je narůstající

rezistence gonokoků, léčba zejména u závažnějších forem nemoci by proto měla vždy vycházet z výsledku kultivace.

6.2.7 Dispenzarizace

Dispenzarizace osob s kapavkou a osob označených jako zdroje nákazy se provádí na dermatovenerologických odděleních po dobu čtyř měsíců. K ukončení dispenzarizace se dvakrát provede sérologické vyšetření na syfilis a HIV. (3)

6.3 HIV/AIDS

AIDS je zkratkou anglického názvu Acquired Immunodeficiency Syndrome - syndrom získané imunitní nedostatečnosti. Onemocnění AIDS má široké spektrum klinických obrazů, které charakterizují jednotlivá stadia onemocnění, dochází ke ztrátě imunity, tj. obranyschopnosti organismu. Lidský organismus se tak stává náchylným k řadě dalších infekčních a nádorových onemocnění. (3)

Od získání nákazy do vzniku plně rozvinutého onemocnění AIDS obvykle uplyne řada let - průměrně 10 – 15 let. HIV může určitou dobu přežívat v lidském organismu, aniž by vyvolal příznaky onemocnění (doba latence). Je důležité rozlišovat lidi HIV infikované, ale zatím bez příznaků onemocnění, což jsou takzvaní asymptomatictí nosiči, a lidi HIV infikované již s klinickými projevy onemocnění - symptomatické nosiče a osoby s rozvinutým onemocněním AIDS.

6.3.1 Historie

V roce 1981 popsal newyorský dermatolog Friedman – Kien u dvou mladých dosud zdravých mužů kožní nádor, Kaposiho sarkom, který dosud v této věkové skupině nebyl diagnostikován. V témže roce Gottlieb prokázal u pěti mladých mužů v Los Angeles pneumocystovou pneumonii provázenou závažnou deplecí CD4+ T-buněk. Záhy další lékaři pozorovali mezi mladými dosud zdravými homosexuálními muži neobvyklé případy vzácných oportunních infekcí, nádorů a nevysvětlitelných perzistujících lymfadenopatií. U všech těchto mužů byl prokázán výrazný pokles CD4+ T-buněk. Nejprve se soudilo, že tento syndrom získané imunitní nedostatečnosti (*acquired immunodeficiency syndrome* – AIDS) je v přímé souvislosti se specifickým chováním gayů. Později však bylo onemocnění pozorováno také u hemofiliků, dětí a sexuálních partnerů

infikovaných osob. Z epidemiologických poznatků vyplynulo, že se jedná o nové infekční onemocnění, které je přenosné sexuální cestou a krví. V letech 1983 – 1984 podaly tři výzkumné týmy (Montagnier v Paříži, Gallo v Bethesdě a Levy v San Francisku) epidemiologické i virologické důkazy o tom, že příčinou AIDS je virus, který byl v roce 1986 nazván HIV (*human immunodeficiency virus*). V roce 2008 získali L. Montagnier a F. Barré-Sinoussi za tento převratný objev Nobelovou cenu. V roce 1986 byl identifikován u jedinců ze západní Afriky příbuzný virus HIV-2, u kterého jsou cesty přenosu stejné, častější je ale heterosexuální přenos a progresse infekce do rozvinutého stadia (AIDS) je pomalejší. (3)

Na podkladě fylogenetické příbuznosti mezi HIV a opičími retroviry (SIV) se předpokládá, že HIV-1 se vyvinul z viru postihujícího šimpanze (SIV_{cpz}), vznik HIV-2 se odvozuje od jiného viru (SIV_{sm}), jehož nositelem jsou zelené opičky mangabejové. K přenosu infekce na člověka došlo pravděpodobně při zabíjení opic jako zdroje potravy domorodců. Nejstarší průkaz části genomu HIV v lidském organismu byl nalezen ve vzorku plazmy z roku 1959 pocházejícího od dospělého muže z Belgického Konga (Zaire). (3)

6.3.2 Etiologické agens

Virus lidského imunodeficitu se řadí do čeledi Retroviridae, rodu Lentivirus. Virová partikule o průměru 110 nm je tvořena fosfolipidovým obalem s glykoproteinovými výběžky (envelope) a vnitřní strukturou, nukleoidem (jinak též nazývaným core). Nukleoid obsahuje genom HIV, dvě identická vlákna ribonukleové kyseliny (RNA), nesoucí HIV genetický signál. Kromě těchto základních struktur obsahuje virová partikule HIV některé enzymy, především reverzní transkriptázu, umožňující replikaci viru v napadené hostitelské buňce. Pro HIV stejně jako pro ostatní retroviry je charakteristická schopnost zabudovat svou genetickou informaci do genomu hostitelské buňky a vyvolat její chronickou celoživotně perzistující infekci. V současné době nemáme prostředky, které by dokázaly z infikované buňky virový genetický signál eliminovat. HIV napadá především buňky imunitního systému, zejména T lymfocyty nesoucí receptor CD4. Může však přímo infikovat i řadu dalších buněk, jako jsou slizniční Langerhansovy buňky, buňky glie a další. (15)

Existují dva typy lidských virů imunitní nedostatečnosti, HIV-1 a HIV-2, a oba jsou patogenní výhradně pro člověka. HIV-1 a HIV-2 se od sebe antigeně i geneticky liší. Genovou analýzou však byla zjištěna téměř 50% homologie genomu obou těchto virů. Většinu onemocnění vyvolává HIV-1. (3)

6.3.3 Přenos infekce

HIV je výhradně lidským patogenem. Infekce se přenáší cestou sexuální, parenterální a vertikální (z infikované matky na dítě). Virus je přítomen v krvi, spermatu, vaginálním sekretu a mateřském mléce. V menší míře nacházíme virus také v perikardu, pleurálním a peritoneálním výpotku, mozkomíšním moku a amniální tekutině. V nepatrném množství se vyskytuje i v dalších tělních tekutinách, jako jsou sliny, slzy apod., ale ty se v šíření nákazy neuplatňují.

Hlavním způsobem přenosu je přenos sexuální. Vstupní bránou infekce je sliznice pohlavního ústrojí či konečníku. Rizikovým faktorem jsou jakákoliv poranění, která vznikají při sexuálním aktu, stejně jako nejrůznější defekty sliznice vzniklé v důsledku jiných pohlavních chorob. Riziko přenosu z muže na ženu je vyšší než z ženy na muže. Za nejvíce rizikový je považován anální styk, protože sliznice konečníku není mechanicky odolná. Velikost rizika při jednorázovém nechráněném styku bez přítomnosti výše uvedených přídatných faktorů se odhaduje na 0,1-0,3%. K iatrogennímu přenosu by mohlo dojít při podání infikovaných transfuzí či krevních derivátů, při používání nedostatečně sterilizovaných nástrojů nebo při transplantacích. Aby se zabránilo této formě přenosu jsou dárci krve, orgánů, tkání a buněk pravidelně testováni a vyšetřováni a kontrole podléhají i přípravky vyrobené z lidské krve. Významným rizikovým faktorem přenosu nákazy je sdílení společných jehel, stříkaček nebo roztoků drogy u intravenózních narkomanů. K přenosu infekce může dojít i při tetování či piercingu, pokud není zachována asepse. Naproti tomu nebyl prokázán přenos infekce bodavým hmyzem. K vertikálnímu přenosu dochází nejčastěji v souvislosti s porodem. Infekce v průběhu gravidity nebo při kojení je méně častá. Riziko přenosu viru HIV z matky na dítě dosahuje v rozvojových zemích 30-40%, v rozvinutých zemích včetně ČR při uplatňování profylaktických programů se toto riziko snižuje na 5-8%. (3)

Infikovaná osoba se stává zdrojem nákazy prakticky okamžitě po vniknutí HIV do organismu a jeho replikaci ve vnímavých buňkách, tedy ještě v inkubační době před rozvojem akutní infekce. Nakažlivou zůstává až do konce svého života. Stupeň nakažlivosti se liší podle množství vylučovaného viru v závislosti na fázi infekce, ve které se infikovaná osoba nachází. Největší množství viru se vylučuje v akutním stadiu, méně v době latentní fáze a jeho množství opětovně stoupá v období klinického AIDS. (3)

6.3.4 Klinický obraz

Od proniknutí viru do organismu do vzniku plně rozvinutého obrazu AIDS uplyne obvykle řada let a během této doby se postupně objevují různé klinické projevy. Průběh infekce je členěn do tří klinických stadií, označených **A** (asymptomatické stádium), **B** (časné symptomatické stádium) a **C** (pozdní symptomatické stádium, čili stadium AIDS). Stadium A začíná rozvojem akutního retrovirového syndromu a končí vznikem perzistující generalizované lymfadenopatie. **Akutní retrovirový syndrom** (soubor příznaků) po expozici viru nejčastěji za 2-4 týdny (rozmezí 6 dní až 12 týdnů) se projeví u 50-90% infikovaných jedinců. Nejčastěji se manifestuje jako tonzilofaryngitida s lymfadenitidou, provázená teplotami. Často probíhá jako chřipkovité onemocnění s bolestmi kloubů a svalů, provázené prchavým morbiliformním exantémem, který se objevuje především na hrudníku či zádech. V období akutního retrovirového syndromu dochází k mohutné replikaci viru, v krvi lze prokázat antigen p24 a vysokou hladinu HIV RNA. Současně dochází k přechodnému významnému poklesu počtu CD4+ lymfocytů v periferní krvi. Projevy akutního retrovirového syndromu obvykle do tří týdnů spontánně vymizí, počet CD4+ lymfocytů v periferní krvi opět stoupne, ale již nedosáhne výchozí hodnoty. Vyhasne antigenémie p 24, přetrvávají jen protilátky anti-HIV. Infekce HIV tak přechází do asymptomatického stádia. **Asymptomatické stádium (stádium A)** - klinicky bezpříznakové stadium infekce HIV může trvat řadu let (od 18 měsíců do 15 let, možná i více). Infikovaná osoba je zcela bez obtíží, někdy můžeme pozorovat reverzibilní zduření lymfatických uzlin. Pokud pacient v tomto stadiu onemocní, jedná se o zcela běžné nebo sezonní infekce. Každá prodělaná banální infekce, která způsobí aktivaci imunitního systému, však

podpoří replikaci HIV v organismu a může zkrátit dobu asymptomatického stádia. *Perzistující generalizovaná lymfadenopatie* - generalizované zduření lymfatických uzlin je signálem, že stadium A končí. V krevním obraze je mírná lymfopenie a anemie, virová nálož v krvi pozvolna stoupá. Pokles CD4+ lymfocytů pod $500/\text{mm}^3$ krve může signalizovat výskyt prvních klinických příznaků a přechod infekce do dalšího stadia. **Časné symptomatické stadium (klinické stadium B)** - je charakterizováno výskytem nespecifických celkových příznaků trvajících více než jeden měsíc, jako je např. horečka nad $38,5^\circ\text{C}$, noční pocení, nechutenství, únava, nevysvětlitelný průjem, nebo úbytek hmotnosti. Začátek tohoto stadia bývá spojen s různými projevy postižení kůže, nebo sliznic. Infekce, které se v tomto stadiu nemoci charakteristicky objevují, se označují jako tzv. *malé oportunní infekce* (orofaryngeální kandidóza, vulvovaginální kandidóza, herpes zoster recidivující nebo postihující více dermatomů, zánětlivá onemocnění malé pánve). Časné symptomatické stadium může trvat několik let, ale posléze se rezervy imunitního systému vyčerpají a organismus již není schopen odolávat oportunním patogenům. Onemocnění přechází do stadia AIDS. **Pozdní symptomatické stadium, AIDS (klinické stadium C)** – je charakterizováno poklesem počtu CD4+ lymfocytů pod $200/\text{mm}^3$, znovu dochází k nárůstu p24 antigenémie a virové náloži HIV RNA v periferní krvi. Klinicky se toto stadium projevuje vznikem tzv. *velkých oportunních infekcí*, wasting syndromu, HIV encefalopatie a nádorů spjatých s infekcí HIV. Typickými klinickými projevy jsou pneumocystová pneumonie, toxoplasmová encefalitida, ezofageální, tracheální, bronchiální nebo plicní kandidóza, generalizovaná CMV infekce, recidivující pneumonie, TBC, Kaposiho sarkom, maligní lymfomy, HIV encefalopatie a další. I při důsledné terapii infekce HIV, spojené s léčbou a profylaxí oportunních infekcí, dochází postupně během několika let k vyčerpání organismu a pacient umírá – někdy i bez typických projevů velké oportunní infekce. Časové údaje o trvání tohoto stadia (1-4 roky) jsou jen velmi orientační a závisí na řadě faktorů.

(3)

6.3.5 Diagnostika

Rozhodujícím vyšetřením pro stanovení diagnózy HIV infekce je průkaz virologických ukazatelů HIV infekce. Laboratorně lze použít buď metodu

nepřímé diagnostiky k vyšetření protilátek anti-HIV nebo metody přímé diagnostiky, které prokazují vlastní virus, jeho antigen či nukleovou kyselinu.

Základním vyšetřením je průkaz anti-HIV protilátek. U novorozence HIV – pozitivní matky nelze při nálezů specifických IgG protilátek rozhodnout, zda jde o projev prenatální infekce, nebo o přenesené mateřské protilátky. Mateřské protilátky zcela vymizí teprve ve věku 18. měsíců. U dětí mladších 18. měsíců je diagnostika založena na průkazu virového genomu v krvi. (3)

V případě reaktivního výsledku vyšetření na virus lidského imunodeficitu získaného ve screeningovém (vyhledávacím) testu je zdravotnické zařízení vždy povinno předat biologický materiál k provedení konfirmačního (potvrzujícího) testu. Konfirmační test může provádět jen Národní referenční laboratoř pro nákazu vyvolanou virem lidského imunodeficitu ve Státním zdravotním ústavu.

Fyzická osoba se považuje za nakaženou virem lidského imunodeficitu až v případě potvrzení reaktivního výsledku vyšetření konfirmačním testem. (12)

6.3.6 Terapie

Základem léčby je vedle profylaxe a včasné léčby oportunních infekcí protivirová terapie. Jejím cílem je alespoň zpomalit množení HIV v organismu a předejít tak zhroucení imunitního systému. Konečný cíl protiretrovirové terapie - eliminace viru z organismu - není dosud vyřešen. Všechna dosud dostupná antiretrovirová chemoterapeutika svým zásahem do replikačního cyklu viru pouze více či méně úspěšně zpomalují jeho množení v organismu.

Existuje celá řada antiretrovirových preparátů, které působí v různých fázích replikace viru. Jejich kombinací lze dosáhnout zvýšeného účinku a omezit výskyt rezistentních variant HIV. První antiretrovirový lék zidovudin byl uveden do praxe v roce 1987, brzy poté následovaly další přípravky (tenofovir, stavudin, abacavir). (3)

Infekce virem HIV je dnes považována za chronicky léčitelné, ale dosud nevléčitelné onemocnění. U pacientů s dobrou HIV adherencí lze dlouhodobě inaktivovat replikaci HIV a tím zpomalit progresi onemocnění. Kvalitní léčba výrazně zpomaluje množení HIV v cílových CD4 buňkách, čímž chrání zbylé intaktní CD4 lymfocyty před napadením a posléze destrukcí. Imunitní systém se tak může pozvolna restaurovat a vykonávat svoje funkce. (16)

Léčebně – preventivní péče a dispenzarizace pro pacienty s HIV/AIDS je v ČR soustředěna do AIDS center při infekčních klinikách. Tato centra poskytují pacientům komplexní péči, jež zahrnuje nejen vlastní problematiku léčby infekce HIV, ale současně – vzhledem ke specifickým potřebám nemocných, nahrazuje i činnost praktických lékařů. (3)

6.3.7 Návykové látky a HIV

Již od začátku pandemie HIV je zřejmá souvislost mezi užíváním návykových látek a infekce HIV. Většina HIV pozitivních uživatelů drog je mladších než 30 let. K nejrychlejšímu šíření HIV mezi touto skupinou populace dochází na území bývalého Sovětského svazu, v některých zemích východní Evropy, v jihovýchodní Asii, v Jižní Americe a v Číně. Injekční uživatelé drog tvoří celosvětově asi 12% z celkového počtu HIV pozitivních osob. Pokud by nebyla započítána Afrika, kde je hlavním způsobem přenosu infekce nechráněný heterosexuální styk s HIV pozitivním partnerem, představovali by injekční uživatelé drog až 30% ze všech HIV pozitivních. (11)

Psychostimulancia (kokain, metanfetamin a další) jsou z hlediska šíření HIV infekce spojena s rizikovějším chováním. Neméně závažná je v souvislosti s HIV také alkoholová závislost. V rámci reprezentativní studie HIV pozitivních pravidelných příjemců zdravotní péče bylo zjištěno, že asi 53% HIV pozitivních jedinců ve Spojených státech amerických jsou pravidelnými konzumenty alkoholu a 15% z nich má závažný problém spojený s alkoholovou závislostí. (17)

Obecně návykové látky i alkoholová závislost vedou k podstatně horší spolupráci pacienta s lékařem, malé adherenci k léčbě včetně léčby infekce HIV, k rizikovějšímu chování, nižší pravděpodobnosti úspěšné antiretrovirové léčby, k rychlejší progresi chronických nemocí včetně onemocnění jater, ať už v důsledku toxického účinku samotného alkoholu, či současné koinfekce HIV/HCV nebo HIV/HBV. (1)

Riziko získání HIV infekce, HCV infekce či HBV infekce je u intravenózních uživatelů drog a jiných návykových látek obecně velmi vysoké a v některých oblastech světa naprosto alarmující. Česká republika dosud nepatří k zemím s vysokou prevalencí HIV infekce u IUD. K 31.12.2011 tvoří celkový

podíl IUD **4,5 %** (76 osob z 1675 HIV pozitivních) z celkového počtu HIV pozitivních osob. (17)

6.4 Preventivní opatření u sexuálně přenosných infekcí

V podmínkách České republiky je základním preventivním opatřením u sexuálně přenosných infekcí včetně infekce HIV osvěta a výchova mládeže. Ve zdravotnictví je prevence infekcí HIV uskutečňována především důsledným používáním jednorázových jehel, stříkaček a dalších pomůcek, dodržováním zásad asepse, vyšetřováním dárců krve orgánů, tkání a buněk a těhotných žen na přítomnost protilátek proti HIV, nabízením bezplatného anonymního vyšetření ohrožených osob nebo skupin obyvatelstva a komplexem dalších opatření. Na prevenci sexuálně přenosných infekcí u ohrožených skupin obyvatelstva se zaměřují četné speciální programy zajišťované jak vládními institucemi, tak zejména nevládními neziskovými organizacemi.

6.4.1 Doporučení Evropského centra pro prevenci a kontrolu nemocí (ECDC) v oblasti prevence nemocí souvisejících s užíváním drog

V posledních letech dosáhlo mnoho evropských zemí v oblasti prevence infekcí souvisejících s užíváním nelegálních drog značného pokroku. Injekční užívání drog nicméně nadále zůstává jednou z hlavních příčin infekčních onemocnění v Evropě. Intervence u injekčních uživatelů návykových látek zahrnují řadu aktivit od edukace, očkování, testování, poskytování injekčního náčiní až po léčbu infekcí a léčbu drogové závislosti. Maximálního účinku se nejlépe dosáhne, pokud se, ideálně na téže místě, aktivity vzájemně kombinují.

V pokynech nazvaných **Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs** (Prevence a kontrola infekčních nemocí u osob, které injekčně užívají drogy) agentury zkoumají příklady správné praxe v oblasti ochrany veřejného zdraví, které mohou podpořit účinnou politiku snižování výskytu infekcí. (18)

Sedm způsobů, jak snížit výskyt infekcí u osob, které injekčně užívají drogy.

Sedmi doporučenými intervencemi jsou:

1) INJEKČNÍ NÁČINÍ

Poskytovat bezplatný přístup k čistému náčiní pro injekční užívání drog včetně sterilních jehel a stříkaček v rámci kombinovaných vícesložkových programů prevence, harm reduction, poradenství a léčby.

2) OČKOVÁNÍ

Nabízet očkování proti infekcím, pro které existují účinné vakcíny, jako jsou hepatitidy A a B, tetanus a chřipka. U osob nakažených virem HIV se doporučuje i očkování proti pneumokoku.

3) LÉČBA DROGOVÉ ZÁVISLOSTI

Poskytovat přístup k léčbě, zvláště k substituční léčbě pro uživatele opioidů.

4) TESTOVÁNÍ

Zaručit přístup k testování na HIV, hepatitidu C a hepatitidu B a další infekce včetně tuberkulózy; zabezpečit vazbu na léčbu.

5) LÉČBA INFEKČNÍCH NEMOCÍ

Poskytovat antivirovou léčbu dle klinické indikace pro osoby nakažené virem HIV, hepatitidou B nebo hepatitidou C. Léčba tuberkulózy je doporučena u případů aktivního onemocnění, zatímco u latentních případů by měla být zvážena profylaktická terapie.

6) PODPORA ZDRAVÍ

Zajistit podporu zdraví zaměřenou na bezpečnější užívání drog a sexuální chování, která by lidem umožnila zvýšit jejich schopnost kontrolovat a zlepšovat své zdraví.

7) CÍLENÉ POSKYTOVÁNÍ SLUŽEB

Nabízet celou škálu služeb poskytovaných podle potřeb uživatelů a místních podmínek, například léčbu drogové závislosti, harm reduction, poradenství a testování a odesílání do jiných zdravotnických zařízení.

6.5 Sociální význam pohlavních nemocí

Výskyt pohlavních nemocí byl vždy závislý na řadě faktorů sociálních, hospodářských a mravních. K vyššímu výskytu pohlavních nemocí docházelo vždy v období válek a hospodářského nebo morálního úpadku. Na vzestupu počtu pohlavních nemocí se může podílet nejen bída, ale i hospodářská konjunktura. Také alkoholismus a užívání drog spojené s agresivním a asociálním chováním význačně přispívají k šíření pohlavních nemocí. Významnou mírou se na výskytu podílí také prostituce. V dnešní moderní době se rovněž uplatňuje sexuální promiskuita, časté střídání sexuálního partnera a provozování tzv. rizikového sexu bez ochrany. V posledních desetiletích je po celém světě patrná vlna uvolněných sexuálních vztahů, zejména u mládeže. Původní reakce na úzkoprsost předchozí éry však přešla do nežádoucí volnosti s mnoha zápornými stránkami. Sexu se obchodně využívá v literatuře, filmu, v divadle a obrázkových časopisech. (9)

V podvědomí lidí přestaly být pohlavní nemoci vlivem účinnější léčby hrozbou, jakou byly kdysi. Rovněž strach z početí není díky antikoncepci brzdícím faktorem sexuální volnosti. Také cizinecký ruch a pohyb obyvatelstva (sexuální turistika, montáže, sezónní práce, obchodní cesty, brigády, rekreace, lázeňská léčení aj.) přispívají k promiskuitě. Na skrytých zdrojích a na šíření infekce mají ovšem zásluhu i mírné subjektivní potíže a nenápadné počáteční příznaky pohlavních nemocí. Výrazněji se zvýšil počet pohlavních nemocí s pádem „železné opony“ a zvýšeným cestovním ruchem. Nynější vzestup pohlavních chorob je značný zejména u mládeže a u mladších věkových skupin.

Význam pohlavních chorob pro lidskou společnost je nemalý. Zejména infekce HIV/AIDS je velmi závažné a ve svém důsledku smrtelné, dosud nevyléčitelné onemocnění. Syfilis je závažné onemocnění, které zanechává trvalé následky na lidském zdraví. Kapavka i syfilis mohou mít vážné důsledky populační a vývojové. Léčení pohlavních nemocí si vyžaduje značné ekonomické náklady, které u nás hradí společnost. K tomu je třeba přičíst ztráty vyplývající z dočasné nebo i trvalé pracovní neschopnosti. Proto každý vyspělý stát vede intenzivní boj proti pohlavním nemocem, vydává zákony a vyhlášky, které vymezují povinnosti lékařů i pacientů a stanoví i další potřebná preventivní opatření. (9)

6.6 Legislativa

Již v roce 1919 vyšlo Nařízení vlády republiky Československé č.15/1920 Sb. jímž se zřizuje při Ministerstvu veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy *stálý poradní sbor pro boj proti pohlavním nemocem a prostituci*. Zákon č. 241/1922 Sb. o potírání pohlavních nemocí byl na svou dobu velmi pokrokový, vymezoval opatření proti rozšiřování pohlavních nemocí, samostatná pozornost byla věnována tzv. rizikové mládeži, ustanovena v § 16 „*Dozor nad zpustlou mládeží*“. *Osobám obojího pohlaví do osmnácti let, vedoucím život pohlavně nemravný, věnována budiž orgány veřejné správy nejbdělejší péče, a kde toho třeba, buď též učiněna vhodná opatření k jejich nápravě v mezích platných ustanovení zákonných*“. (29)

Současná platná legislativa v ČR vymezuje povinnosti lékařů i pacientů (povinnost hlásit pohlavní nemoci, povinnost podrobit se potřebným vyšetřením a léčbě, depistáž pohlavních chorob, hlášení hygienické službě, evidence v Registru pohlavních nemocí):

- Zákon 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů
- Vyhláška č. 195/2005 Sb., kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče
- Vyhláška č. 275/2010 Sb., kterou se mění vyhláška č. 473/2008 Sb., o systému epidemiologické bdělosti pro vybrané infekce
- Směrnice č.30/1968 Věstníku MZ, částka 51/1968, o opatřeních proti pohlavním nemocem

6.7 Povinnosti lékaře a nemocného při výskytu pohlavních nemocí

Základní povinností každého ošetřujícího lékaře - dermatovenerologa vyplývající z platné legislativy je při podezření na pohlavní nemoc nebo zjištění pohlavní nemoci podat **hlášení na předepsaném tiskopisu („Hlášení pohlavní nemoci“)**.

Povinnému hlášení pohlavní nemoci podléhají tyto nemoci:

Vrozená syfilis – A50, časná syfilis – A51, pozdní syfilis – A52, jiná a neurčená syfilis – A53, gonokoková infekce – A54, lymphogranuloma venereum – A55, chancroid ulcus molle – A57. Kódy diagnóz jsou uvedeny podle 10. decenální revize Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených problémů (MKN-10). (13)

Ostatní infekce přenosné pohlavním stykem např. chlamydiové pohlavní nákazy, které nejsou předmětem hlášení do Registru pohlavních nemocí, sledují jiné informační systémy (EPIDAT).

Lékař - dermatovenerolog zajistí kompletní vyšetření a adekvátní léčbu, dále kontroly po léčbě v rámci dispenzarizace.

Pacient musí být ústně i písemně poučen o charakteru onemocnění a zákazu pohlavního styku. Musí se podrobit vyšetření a léčbě i kontrolám po léčbě. Pacient má povinnost udat zdroj nákazy, pokud je mu znám. Nesmí ohrozit další osoby pohlavní nemocí.

Dermatovenerologické oddělení provádí cílenou depistáž – aktivní vyhledávání zdrojů, udaných kontaktů a ohrožených osob. Všechny informace podléhají lékařskému tajemství, včetně veškeré dokumentace. (4)

6.8 Registr pohlavních nemocí (RPN)

K zajištění informací o vybraných pohlavních onemocněních, vývoji epidemiologické situace na území ČR, ke sledování zdravotního stavu obyvatelstva a k řízení poskytované zdravotní péče slouží **Registr pohlavních nemocí (RPN)**. Výsledky sledování se předávají Světové zdravotnické organizaci a ECDC. RPN je kontinuálním pokračováním dlouhodobého sledování (od r. 1959) v ÚZIS ČR. Od roku 2003 je RPN provozován jako webová aplikace s centrální databází. Krajské hygienické stanice vkládají data do registru prostřednictvím internetového připojení přes zabezpečený protokol https. Přístup do registru a přidělení uživatelské role schvaluje správce. RPN - jeho internetová část je zřízen Ministerstvem zdravotnictví ČR a je součástí informačního systému hygienické služby. Statistickou jednotkou je každé zjištěné onemocnění, které podléhá hlášení, včetně reinfekcí. Registr zahrnuje všechna epidemiologická hlášení o pohlavní nemoci, o úmrtí z pohlavní nemoci, podezření z onemocnění

nebo nákazy pohlavní nemoci a označené zdroje nákazy pohlavní nemocí včetně případů zjištěných u cizinců. (22)

7. TYPY PREVENTIVNÍCH PROGRAMŮ

Přestože byly dosaženy významné pokroky v oblasti terapie HIV/AIDS, neexistuje dosud taková léčba, která by vedla k úplnému vyléčení osob s rozvinutým onemocněním AIDS nebo u HIV pozitivních osob vedla k eliminaci viru z organismu. Dosud není k dispozici účinná vakcína, a proto preventivní opatření jsou stále nejúčinnější a také nejméně nákladnou cestou k potlačení pandemie výskytu HIV/AIDS.

Dynamika výskytu HIV/AIDS v ČR a trendy přenosu HIV v hlavních vulnerabilních skupinách diktují volbu preventivní strategie a metodiku alokace omezených zdrojů z veřejných rozpočtů. (18)

Podle výsledků monitoringu Dublinské deklarace, zveřejněného v roce 2010 Evropským centrem pro prevenci a kontrolu nemocí, vykazuje Česká republika nejvyšší míru přerozdělení finančních prostředků na preventivní aktivity směrem k vulnerabilním cílovým skupinám, ke kterým patří muži mající sex s muži, injekční uživatelé drog a poskytovatelé placených sexuálních služeb. (18)

U osob s rizikovým chováním se obvykle příliš nedaří změnit rizikové chování - drogová závislost, prostituce, promiskuita apod. Významnou roli sehrává v těchto případech sekundární prevence - zabránění dalšího poškození zdraví. Rizikové chování je spojeno i s šířením infekčních onemocnění na další osoby. Sekundární prevence spočívá zejména ve zvýšení informovanosti o možných zdravotních problémech, ke kterým rizikové chování vede, v zajištění a poskytování služeb, které umožňují sekundární prevenci zdravotních dopadů rizikového chování.

U drogově závislých, prostituujících a promiskuitních osob a osob v nepříznivé životní situaci je důležitá edukace v oblasti dodržování zásad „safer sexu“, využívání výměnného programu jehel a stříkaček a také testování na HIV/AIDS, syfilis a virové hepatitidy C a B. Testování na HIV musí být vždy spojeno s předtestovým a potestovým poradenstvím, poučením, předáním

informací k možným rizikům a doporučením, jak možná rizika a jejich zdravotní dopad omezit.

7.1 Priority dotačního programu MZ „Národní program řešení problematiky HIV/AIDS“

- Zajištění anonymního a bezplatného HIV testování a poradenství ve zdravotnických zařízeních a zařízeních zdravotně sociální péče.
- Zajištění plně anonymního a z hlediska vyšetřované osoby bezplatného vyšetření na infekci HIV, pokud náleží do některé ze skupin s rizikovým chováním, kde je vysoká pravděpodobnost pozitivního výsledku a kdy vyšetřovaná osoba tvrdí, že není schopna náklady na vyšetření HIV infekce hradit sama.
- Preventivní edukační a intervenční aktivity realizované zejména v rizikově se chovajících populačních skupinách
- Interaktivní preventivní programy komplexního typu zaměřené na zapojení mládeže do procesu ochrany a podpory zdraví na úseku prevence HIV/AIDS

Přehled podpořených projektů v roce 2011 včetně finanční částky je uveden v Příloze č. 1.

7.2 Mapování preventivních aktivit dlouhodobě podporovaných ze státního rozpočtu a jejich tematické zaměření

7.2.1 Anonymní testování na HIV a ostatní STD

Anonymní testování na HIV a ostatní STD patří mezi dlouhodobou prioritu Národního programu boje proti AIDS k zajištění služby v rizikově se chovajících skupinách populace. Testování zajišťují státní zdravotnické instituce (SZÚ, zdravotní ústavy, AIDS centra), nestátní zdravotnická zařízení, ale také neziskové organizace (ČSAP o.s., Rozkoš bez rizika o.s. apod.). Zprostředkování informací v rizikových skupinách mužů majících sex s muži zajišťuje tzv. streetworker působící v dané minoritě, streetworker působící v cílové skupině uživatelů drog, kontaktní pracovníci nízkoprahových zařízení a kontaktní pracovníci působící v cílové skupině poskytovatelů a případně i uživatelů komerčních sexuálních

služeb. Důležitá je také v této oblasti vzájemná provázanost a komunikace mezi státním sektorem a nevládními organizacemi a s ohledem na kombinaci různých typů rizikového chování u příjemců těchto služeb i komunikace mezi nevládními organizacemi specializujícími se na určitý typ klientely (IUD, sexuální pracovnice) navzájem.

7.2.2 Peer programy pro žáky ZŠ a studenty SŠ

Patří sem projekty např. „Hrou proti AIDS“, Prevence HIV/AIDS a rizikového sexuálního chování, Komplexní program prevence sociálně-patologických jevů apod. Realizaci zajišťují jak státní organizace (SZÚ), tak nevládní organizace (ČSAP, MAGDALÉNA o.p.s., ACET o.s., ADIKTOLOGICKÉ CENTRUM, s r.o. PREV – CENTRUM apod).

Projekty mají obdobný charakter a společným cílem je oslovit pokud možno co nejširší okruh dospívající mládeže a předat jim vhodnou formou interaktivním způsobem klíčové informace o sexuálním chování a způsobech přenosu pohlavně přenosných onemocnění. Tzv. vrstevnické programy realizované pomocí peerů jsou přínosem pro cílovou skupinu dospívajících z důvodů včasné intervence před zahájením sexuálního života. Umožňují žákům a studentům možnost zapojení do diskuzí a včasnou edukací je chrání před možnými následky rizikového chování.

Například prostřednictvím celorepublikového projektu „Hrou proti AIDS“ realizovaného SZÚ bylo v roce 2011 edukováno cca 2000 žáků a studentů v ČR. Obdobný projekt Prevence HIV/AIDS na ZŠ - realizován ve Středočeském kraji v roce 2011 vykazuje celkem 650 edukovaných žáků ZŠ.

Projekty tohoto typu jsou dle závěrečných evaluačních dotazníků velmi dobře hodnoceny jak samotnými žáky, tak i ze strany učitelů jsou zaznamenávány kladné reakce a školy opakovaně žádají o jejich realizaci. Jejich efektivitu můžeme vyhodnotit například dotazníkovým šetřením ověřením znalostí v dané problematice u cílové populace před realizací projektů a po realizaci projektů.

7.2.3 Školní informační kanál – moderní forma prevence HIV/AIDS

Nový typ projektu realizovaný v roce 2011 se zaměřením na cílovou skupinu mladých lidí (žáků 7. – 9. tříd, SŠ a odborných učilišť) formou promítání

spotů s tematikou prevence HIV/AIDS může oslovit a opakovaně působit na velký počet osob.

Spoty jsou opakovaně promítány v průběhu dne (minimálně 2x denně) a jsou vytvořeny s ohledem na věk žáků s následující tematikou:

- ❖ Seznamte se, jsem vir HIV
- ❖ Způsob a rizika přenosu HIV
- ❖ Jak nedochází k přenosu HIV
- ❖ Testování na HIV
- ❖ Obvyklé příznaky akutní HIV infekce
- ❖ Jak postupovat při krvavém poranění pohozenou injekční jehlou

Realizaci projektu zajišťuje SZÚ ve spolupráci se školami na území ČR. V roce 2011 se zapojilo do projektu celkem 377 škol s předpokládaným efektem oslovení 215 000 žáků a studentů.

Obdobný typ projektu - **e-kniha: Primární prevence rizikového chování ve školství** – širší záběr, možnost zapojení studentů a pedagogů do diskuzí k jednotlivým tématům rizikového chování. E- kniha nabízí celkem sedm hlavních kapitol a obsahuje praktické přílohy s doporučenými postupy ve vybraných modelových situacích. (14)

Projekty tohoto typu jsou velmi dobře hodnoceny, jak samotnými žáky, tak ze strany učitelů jsou zaznamenávány kladné reakce. Vzhledem ke zkušenostem z pilotního projektu se předpokládá rozšíření na další školy v ČR a tím lepší možnost oslovení co nejširší skupiny cílové mladé populace.

7.2.4 Besedy a přednášky na téma prevence HIV/AIDS a ostatní STD

Aktivity tohoto typu realizují pro rizikové skupiny i širokou veřejnost jak státní organizace (SZÚ, ZÚ), tak zejména nevládní organizace (ČSAP, K-centra, apod.).

Jedná se o jednorázové předání informací buď zdravotnickým odborníkem - lékařem, nebo jsou přednášky a besedy realizovány HIV pozitivními osobami (zajišťuje ČSAP) či pracovníky nízkoprahových zařízení v rámci preventivních programů realizovaných na všech typech škol.

Besedy a přednášky lze doporučit jako doplňkovou aktivitu současně s dalšími probíhajícími dlouhodobějšími programy, pozitivní ohlas u oslovené populace bývá po besedě s HIV pozitivní osobou, kdy dochází k přímému kontaktu oslovené populace s následky rizikového chování. Diskuze je přínosem pro odbourání mýtu o způsobu přenosu HIV, možnostech léčby, životě s HIV (povinnosti, omezení) a zároveň umožňuje nastavit podmínky chování k HIV pozitivnímu a respektování jeho práv.

7.2.5 Telefonní linky pomoci AIDS – bezplatné poradenství

V ČR od roku 1995 působí bezplatná **Národní linka pomoci AIDS** – zajišťují odborní pracovníci SZÚ.

Linka AIDS pomoci - bezplatná s **nonstop provozem**, zajišťuje Česká společnost AIDS pomoc o.s. od roku 1999.

Ročně využívá služeb těchto linek zaměřených na problematiku HIV/AIDS cca 3 500 osob.

Poradenství pomocí telefonní linky slouží široké veřejnosti, která se zajímá o problematiku HIV/AIDS obecně, nebo odborní pracovníci obsluhující linku řeší s klientem jeho konkrétní problém. Klientům jsou předávány kontakty na testující zařízení, psychologa, sexuologa, psychiatra, popřípadě další odborníky dle typu dotazu a problému klienta. Nejčastější dotazy, na které odpovídají odborní pracovníci, jsou na problematiku testování, klinické příznaky HIV, způsoby přenosu HIV, příznaky ostatních pohlavních nemocí apod.

Projekty tohoto typu jsou přínosem z důvodu možnosti oslovení co nejširší populace z kterékoliv obce ČR, jedná se o bezplatné, anonymní poradenství a zajištění případné včasné krizové intervence. Jsou dobře hodnotitelné počtem volajících klientů a lze rovněž vyspecifikovat rizikovou populaci z řad volajících klientů.

7.2.6 Webové stránky a internetové poradny

Internetové poradny zajišťují vládní i nevládní instituce jako součást webových stránek:

Národního programu boje proti AIDS **www.aids-hiv.cz**;

ČSAP o.s. – **www.aids-pomoc.cz**;

Rozkoš bez rizika o.s. - www.rozkosbezrizika.cz;

AIDS centrum, Ostrava – www.hiv.cz a řada dalších subjektů.

Internet je v současné době významné médium, stránky jsou snadno dostupné pro širokou veřejnost a zvyšující se zájem o ně je znát na růstu jejich návštěvnosti. Webové stránky poskytují zájemcům základní informace o HIV/AIDS, aktuální informace o výskytu HIV/AIDS v ČR a ve světě, nabízejí preventivní programy, odkazy na další instituce a organizace zabývající se problematikou HIV/AIDS. Internetová poradna, kterou vedou odborníci na danou problematiku, přispívá k možnostem individuálního poradenství pro rizikové skupiny i širokou veřejnost.

Efektivitu tohoto typu preventivního projektu lze snadno vyhodnotit pomocí počtu návštěvnosti těchto stránek a počtu dotazů zodpovězených odborníkem prostřednictvím emailů. Ročně lze takto oslovit několik tisíc osob z řad široké veřejnosti včetně rizikových skupin, kterým jsou věnovány speciální stránky pro gay minoritu, uživatele návykových látek, komerční sexuální pracovnice apod. Značnou výhodou těchto projektů je snadná dostupnost, rychlost, anonymita a velký počet edukovaných osob.

7.2.7 Specifické projekty zaměřené na rizikově se chovající populaci

Projekty typu: streetworker v gay komunitě, programy harm-reduction u injekčních uživatelů drog, preventivní programy zaměřené na komerční sexuální pracovníky apod.

❖ Streetworker v gay komunitě

Cílová skupina v tomto projektu jsou převážně muži mající sex s muži, kteří mají z hlediska způsobu přenosu HIV v našich podmínkách největší podíl na incidenci HIV. Cílem projektu je oslovení rizikových osob přímo v jejich prostředí (kluby, bary, sauny apod.) s nabídkou letáků, balíčku s kondomy a případné poradenství podle projeveného zájmu klienta. Edukace klientů ve smyslu dodržování zásad „safer sexu“, informace o možných rizicích vyplývajících z jejich sexuálního chování, předání informace o možnostech testování apod.

❖ **Projekty zaměřené na komerční sexuální pracovníky**

Cílem zejména terénních programů je snížení rizika přenosu viru HIV a ostatních pohlavních nemocí u rizikové skupiny osob poskytujících placené sexuální služby (projekt pojízdná ambulance, možnost vyšetření, testování). Projekt zahrnuje rovněž poradenství a edukaci poskytovatelů služeb i klientů ve smyslu dodržování zásad „safer sexu“.

❖ **Projekty zaměřené na uživatele návykových látek**

Cílem těchto specifických projektů je snížení rizik spojených s užíváním návykových látek pomocí programu harm – reduction (snížování rizik). Jedná se o výměnu injekčního materiálu, bezpečnou likvidaci použitého materiálu, edukaci s cílem zabránit šíření krví přenosných infekcí u intravenózních uživatelů návykových látek. Konkrétně jde o nabídku nebo zprostředkování testování na HIV, syfilis a virové hepatitidy C a B, distribuci kondomů spojenou s poradenstvím individuálním či skupinovým se zaměřením na předání informací o důsledcích rizikového chování a možnostech prevence.

Cílovou skupinou terénní práce (streetwork) jsou jedinci nebo skupiny osob, které nejsou zachycovány příslušnými stacionárními institucemi buď proto, že těmto institucím nedůvěřují, a tudíž se jim vyhýbají, nebo proto, že v nich nenacházejí takové služby, které potřebují. K těmto skupinám lze zařadit bezdomovce, sexuální komerční pracovníky, příslušníky etnických menšin, migranty a uživatele drog jako specifickou cílovou skupinu.

Podle WHO může poskytnutí cca 200 sterilních stříkaček na jednoho injekčního uživatele za rok znamenat významné omezení šíření infekčních chorob. Jedná se o jakýsi pomocný údaj a spotřeba injekčního náčiní se u různých uživatelů liší a efektivní výměnný program by měl zajistit, aby každý injekční uživatel v dané lokalitě měl možnost se dostat ke sterilnímu injekčnímu materiálu v takové míře, která pokryje jeho potřebu. (8)

Efektivitu těchto specifických projektů lze kromě počtu oslovených klientů také vyhodnotit podílem jednotlivých rizikových skupin na celkové incidenci HIV v ČR. V našich podmínkách převládá riziková skupina MSM, která má největší podíl na počtu HIV pozitivních osob, z čehož lze dovozovat, že je buď nedostatek realizovaných projektů, nebo jsou málo účinné v cílové rizikové populační skupině.

PRAKTICKÁ ČÁST

8. STATISTICKÁ DATA – sekundární analýza

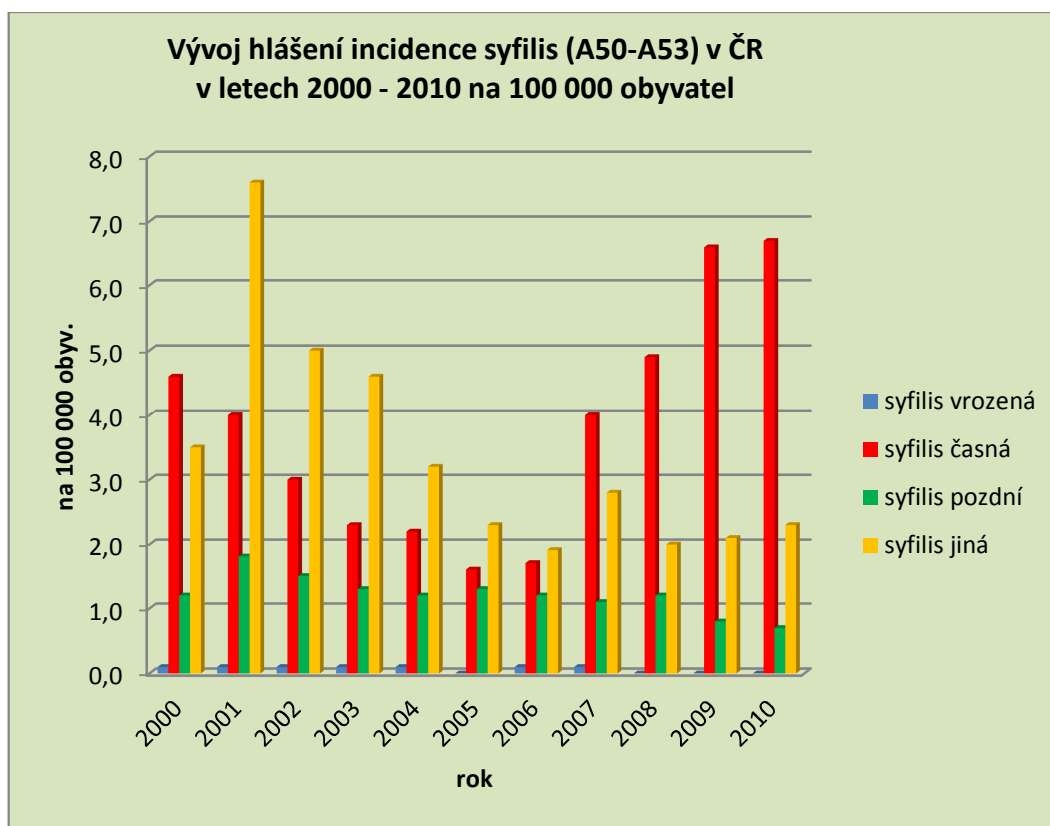
8.1 Výskyt syfilis a gonokokových infekcí v České republice v období let 2000 – 2010

Tabulka č. 1 Výskyt syfilis a gonokokové infekce v české populaci v letech 2000 -2010

rok	syfilis ČR		gonokokové infekce ČR	
	počet onemocnění	nemocnost na 100 tis. obyv.	počet onemocnění	nemocnost na 100 tis. obyv.
2000	967	9,4	888	8,6
2001	1376	13,5	880	8,6
2002	976	9,6	911	8,9
2003	849	8,3	1030	10,1
2004	684	6,7	947	9,3
2005	523	5,1	859	8,4
2006	502	4,9	1082	10,5
2007	822	8,0	1149	11,1
2008	850	8,1	816	7,8
2009	997	9,5	724	6,9
2010	1022	9,7	756	7,2

Zdroj: ÚZIS ČR, 2011

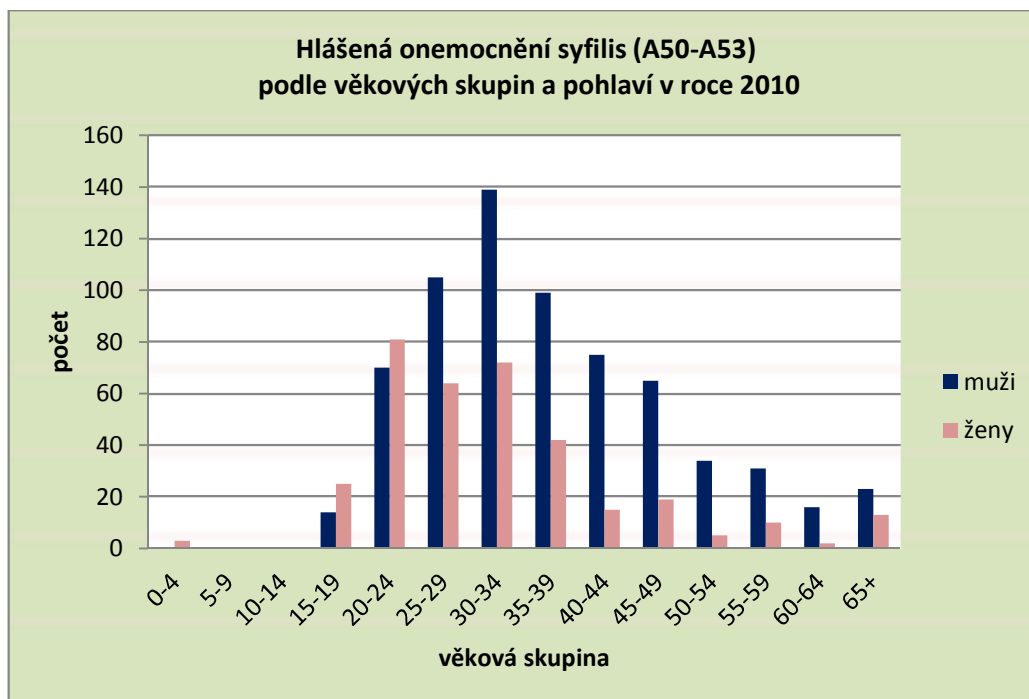
Graf č. 1 Výskyt onemocnění syfilis (A50-A53) v ČR v letech 2000 – 2010



Zdroj: ÚZIS ČR, 2011

V posledním dostupném roce 2010 byl zaznamenán pokračující mírný nárůst výskytu syfilis o 25 případů onemocnění oproti předchozímu roku. Incidence v přepočtu na 100 000 obyvatel má od roku 2006 (4,9 na 100 000 obyv.) vzestupný trend a v roce 2010 dosáhla hodnoty 9,7 na 100 000 obyvatel. Největší podíl na zvýšení počtu hlášených případů má záchyt časně formy onemocnění syfilis (A51), která tvoří od roku 2009 až 70% hlášených případů.

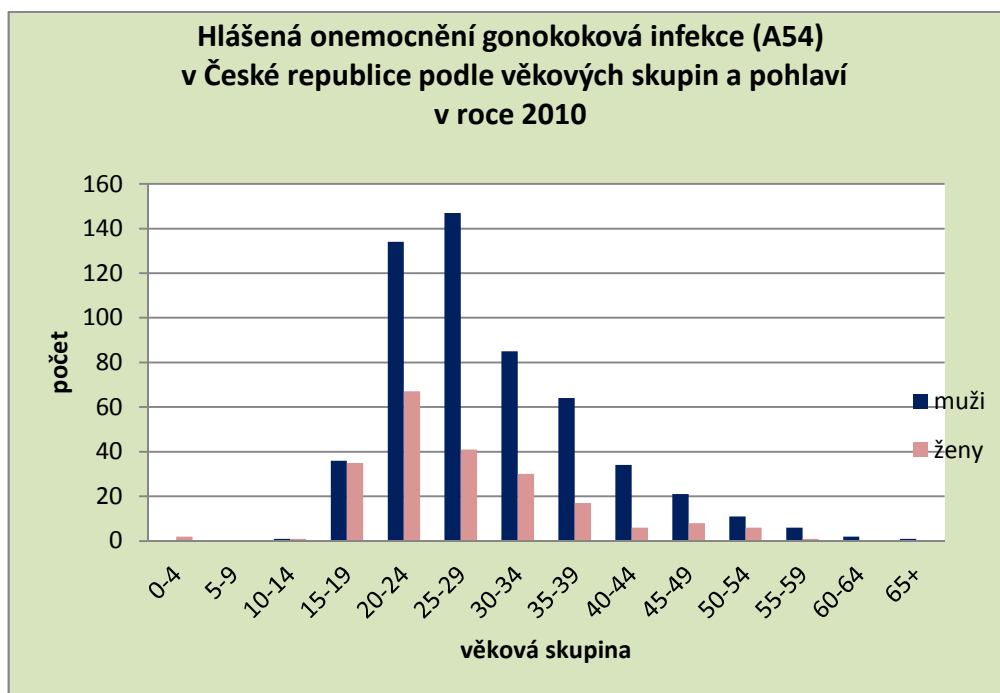
Graf č. 2 Výskyt onemocnění syfilis v ČR podle věkových skupin a pohlaví v roce 2010



Zdroj: ÚZIS ČR, 2011

Nejvyšší nárůst výskytu syfilis byl v roce 2010 zaznamenán u mužů ve věkové skupině 30-34 let, tj. 29,7 případů na 100 000 obyvatel tohoto pohlaví, což v daném roce představuje nejvyšší úroveň incidence syfilis napříč věkovými skupinami a pohlavími. Ženy mírně převýšily muže pouze výskytem syfilis ve věkových skupinách mezi 15 a 25 rokem věku.

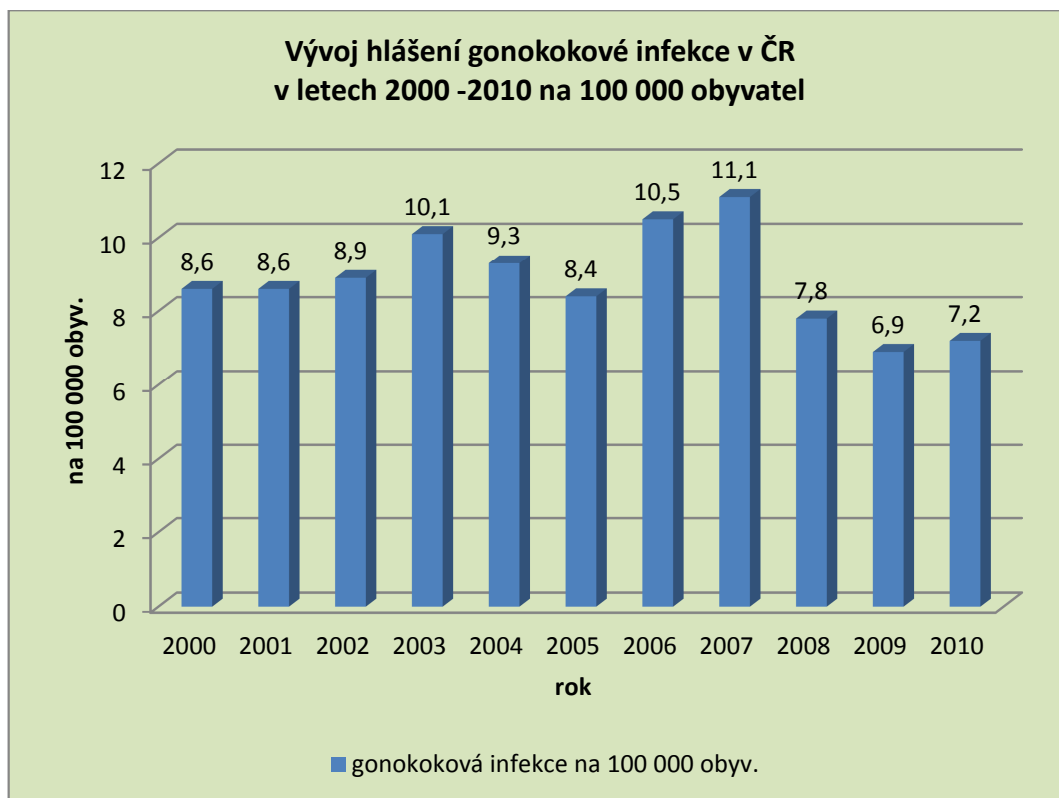
Graf č. 3 Výskyt onemocnění gonokokové infekce v ČR podle věkových skupin a pohlaví v roce 2010



Zdroj: ÚZIS ČR, 2011

Výskyt onemocnění kapavkou se oproti syfilis výrazněji kumuluje v mladších věkových skupinách, největší záchyt onemocnění je u mužů ve věkové skupině 25-29 let a u žen 20-24 let. Průměrný věk nemocných v roce 2010 činil u kapavky 29 let (29,8 u mužů a 26,9 u žen) a u syfilis 35,7 let (37,5 u mužů a 32,3 u žen).

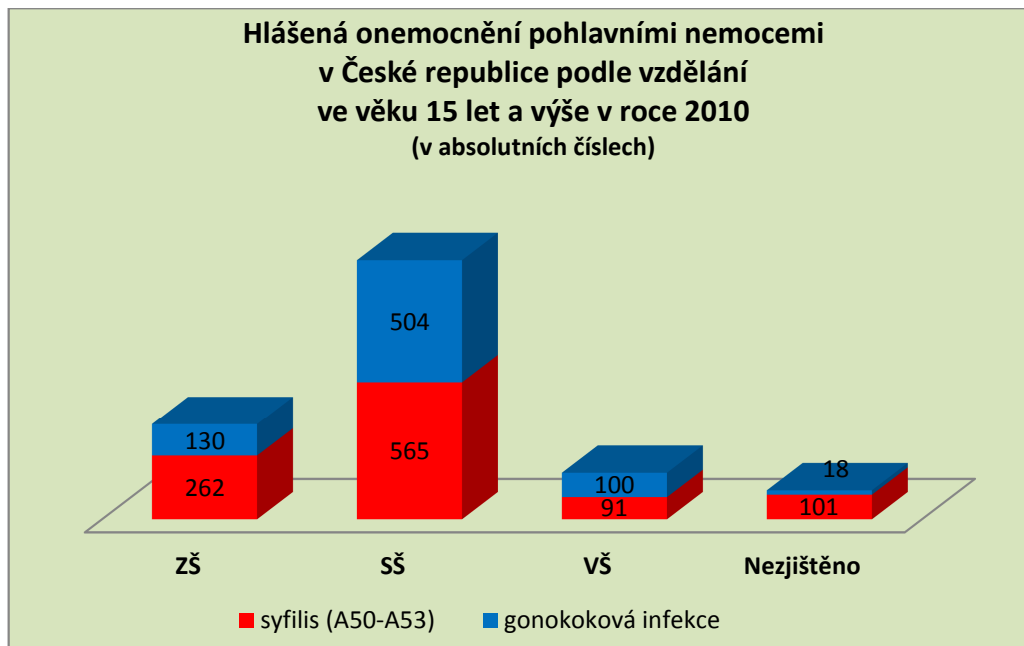
Graf č. 4 Výskyt gonokokové infekce v ČR v letech 2000 – 2010 na 100 000 obyvatel



Zdroj: ÚZIS ČR, 2011

Největší výskyt hlášených gonokokových infekcí byl v České republice zaznamenán v roce 2007, tj. 11,1 onemocnění na 100 000 obyvatel. Nejnižší výskyt byl zaznamenán ve sledovaném období v roce 2009, tj. 6,9 onemocnění na 100 000 obyvatel.

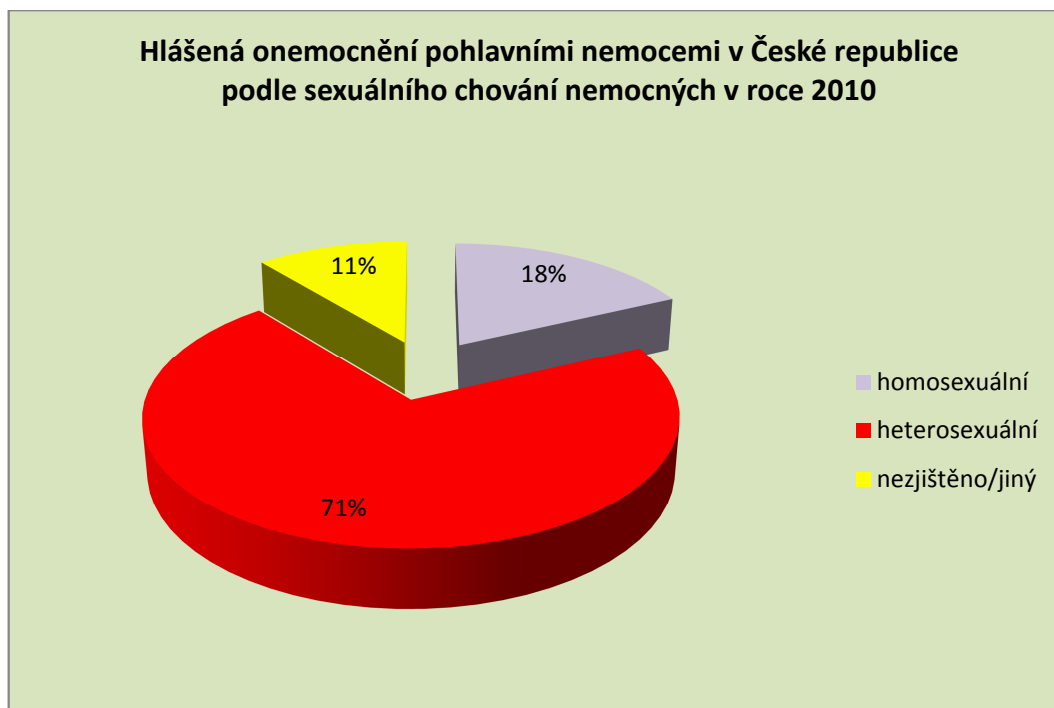
Graf č. 5 Pohlavní nemoci v České republice v roce 2010 – distribuce podle vzdělání



Zdroj: ÚZIS ČR, 2011

Z hlediska vzdělanosti obyvatel ve věku 15 a více let bylo nejvíce případů, tj. 60% sledovaných pohlavních onemocnění hlášeno u středoškolsky vzdělaných osob, u 22% bylo zjištěno vzdělání základní a v 11% zjištěno vzdělání vysokoškolské.

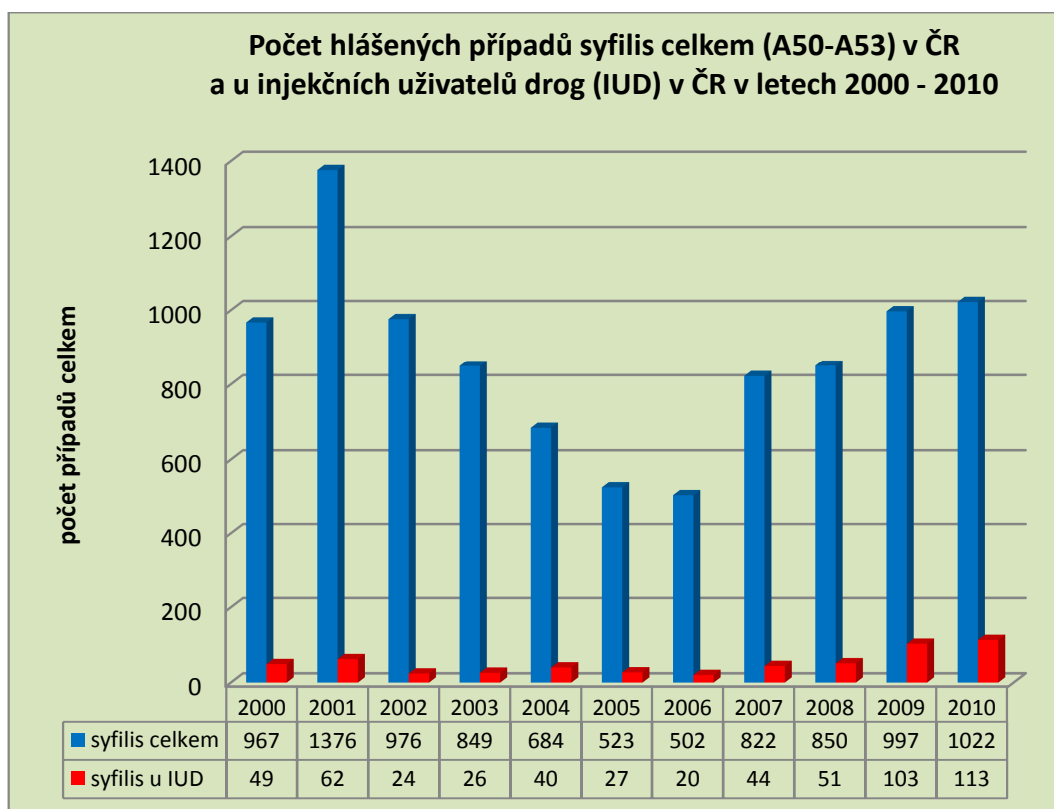
Graf č. 6 Pohlavní nemoci v České republice v roce 2010 – přenos



Zdroj: ÚZIS ČR, 2011

Na výskytu pohlavních onemocnění v roce 2010 měl největší podíl přenos heterosexuálním stykem – zjištěno u 71% nemocných. Homosexuální styk zjištěn u 18% nemocných. Nejčastějším uvedeným sexuálně rizikovým chováním pacientů byl v 79% případů nechráněný styk. U cca 49% případů z nich byl uveden náhodný styk.

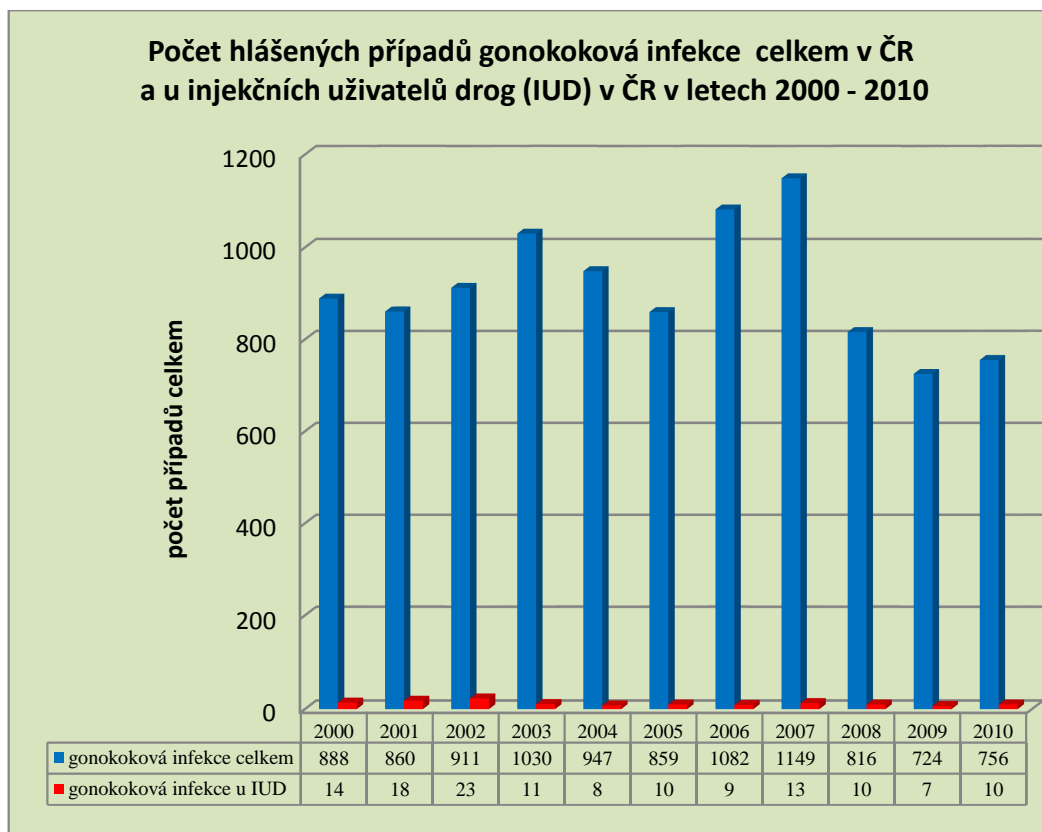
Graf č. 7 Vývoj hlášených onemocnění syfilis u injekčních uživatelů drog v ČR



Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2011

Výskyt onemocnění syfilis u IUD na počátku sledovaného období rostl (o více než čtvrtinu; z 49 případů v roce 2000 na 62 případů v roce 2001) následně klesl v roce 2002 o více než 60% (na 24 případů), v následujících dvou letech počet případů syfilis opět roste (o dvě třetiny na 40 případů v roce 2004). Od roku 2007 má počet onemocnění u IUD pouze vzestupný trend. V roce 2010 bylo nahlášeno u IUD nejvíce případů syfilis ve sledovaném období, tj. 113 onemocnění.

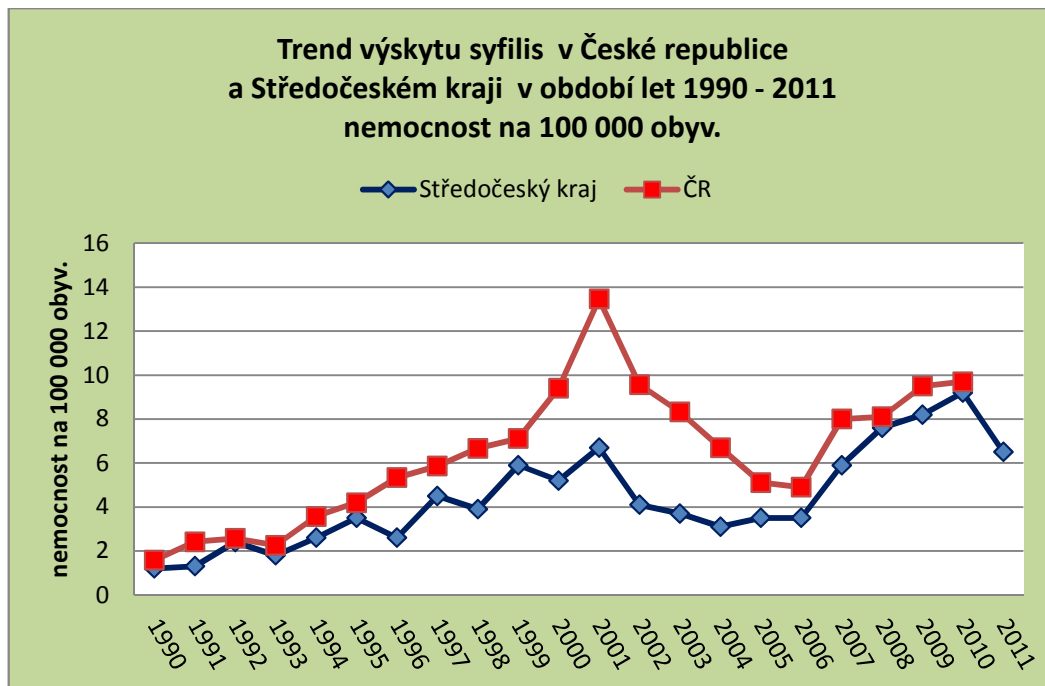
Graf č. 8 Vývoj hlášených onemocnění gonokokové infekce u injekčních uživatelů drog



Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2011

Výskyt gonokokové infekce u IUD za sledované období od roku 2000 se výrazně nemění. V průměru se diagnostikuje cca 10 případů ročně, kromě let 2001 a 2002, kdy byl zaznamenán vyšší počet, tj. 18 a 23 diagnostikovaných onemocnění.

Graf č. 9 Trend výskytu syfilis v České republice a Středočeském kraji v letech 1990-2011



Zdroj: KHS Středočeského kraje, 2012

Dlouhodobý trend (období 20 let) výskytu syfilis ve Středočeském kraji je téměř identický s celorepublikovým trendem. Postupný nárůst nemocnosti od roku 1990 dosahuje maximálních hodnot v roce 2001, kdy nemocnost v ČR dosáhla hodnoty 13,46 na 100 000 obyvatel. Ve Středočeském kraji byla nejvyšší nemocnost zjištěna v roce 2010, tj. 9,2 na 100 000 obyvatel.

Graf č. 10 Trend výskytu gonokokové infekce v České republice a Středočeském kraji v letech 1990-2011

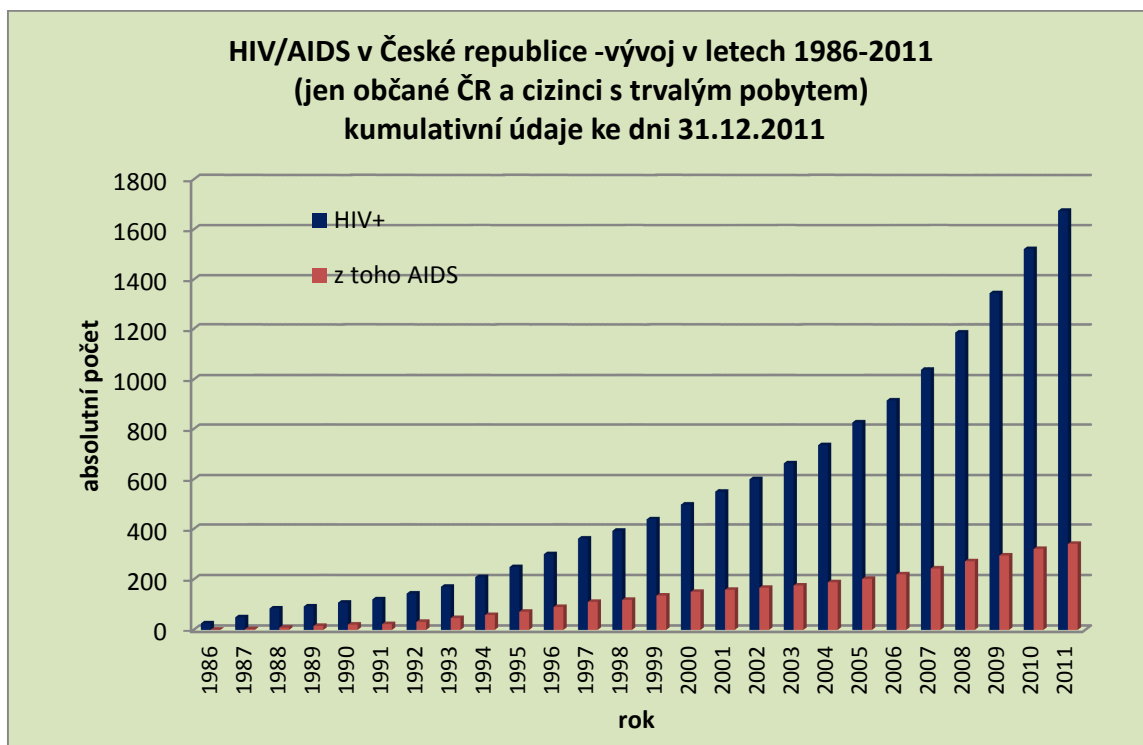


Zdroj: KHS Středočeského kraje, 2012

Dlouhodobý trend (období 20 let) výskytu gonokokové infekce ve Středočeském kraji stejně jako u onemocnění syfilis je téměř identický s celorepublikovým trendem. Postupný pokles nemocnosti od roku 1993 dosahuje minimálních hodnot v roce 2009, kdy nemocnost v ČR dosáhla hodnoty 6,9 na 100 000 obyvatel. Ve Středočeském kraji byla nejnižší nemocnost zjištěna v roce 1998, tj. 4,9 na 100 000 obyvatel. Od roku 1996 je patrný stagnující stav u hodnot za ČR a také hodnot za Středočeský kraj.

8.2 Výskyt HIV infekce v České republice v období let 1986-2011

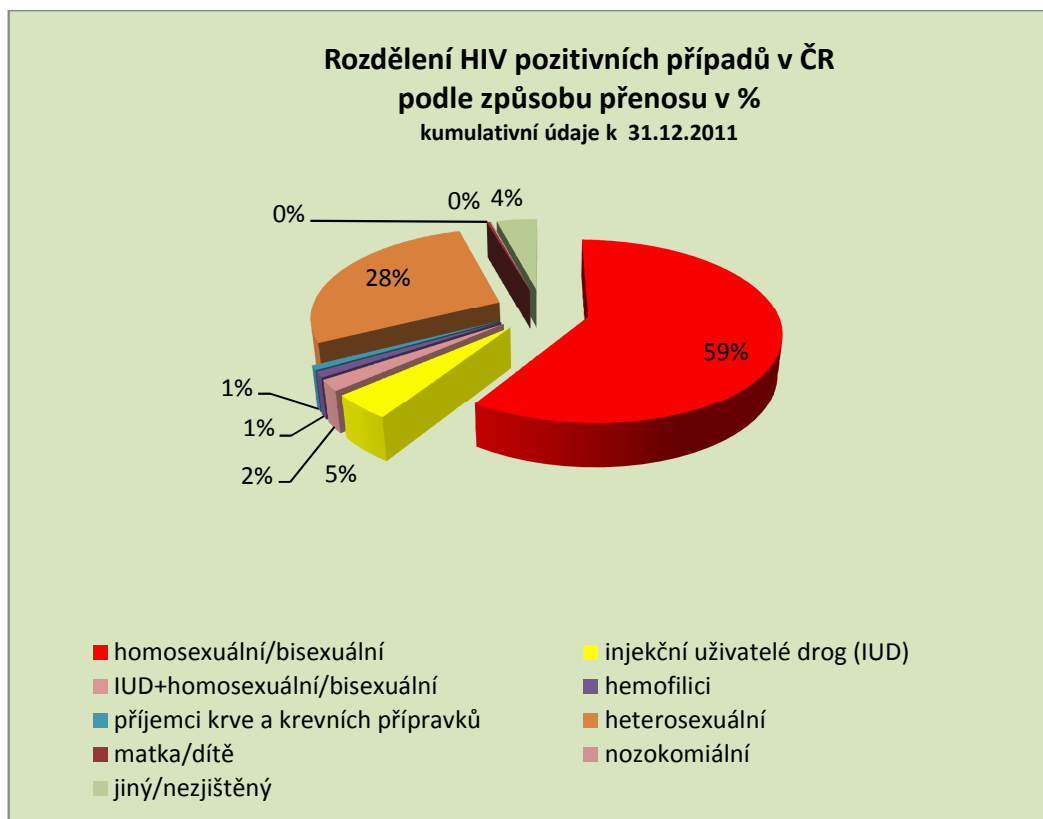
Graf č. 11 Výskyt HIV/AIDS v české populaci



Zdroj: SZÚ Praha, 2011

Podle sledovaných kumulativních údajů Státního zdravotního ústavu byla v České republice ke dni 31.12.2011 diagnostikována HIV pozitivita u 1675 osob (občanů ČR a cizinců s trvalým pobytem). Onemocnění AIDS diagnostikováno u 341 osob.

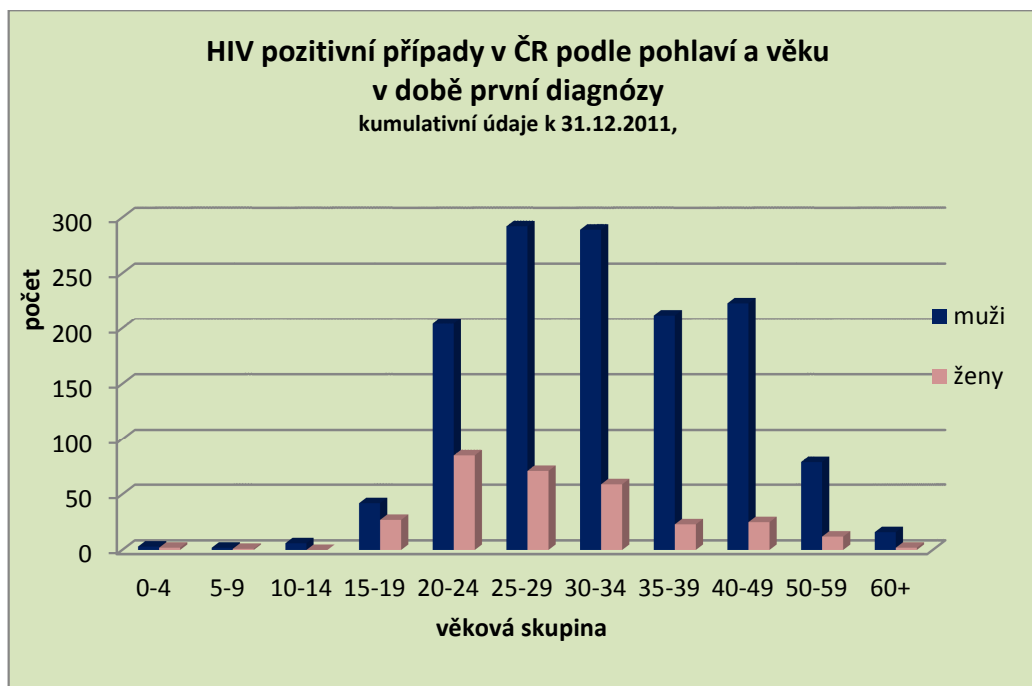
Graf č. 12 Způsob přenosu HIV/AIDS v české populaci



Zdroj: SZÚ Praha, 2011

Hlavní cestou přenosu viru HIV je nechráněný sexuální styk s HIV pozitivním partnerem. V ČR se nejvíce uplatňuje přenos homosexuální/bisexuální, který tvoří téměř 60% ze všech způsobů přenosu. Heterosexuální přenos tvoří 28% podíl a v 5% se jedná o přenos injekčním užíváním drog.

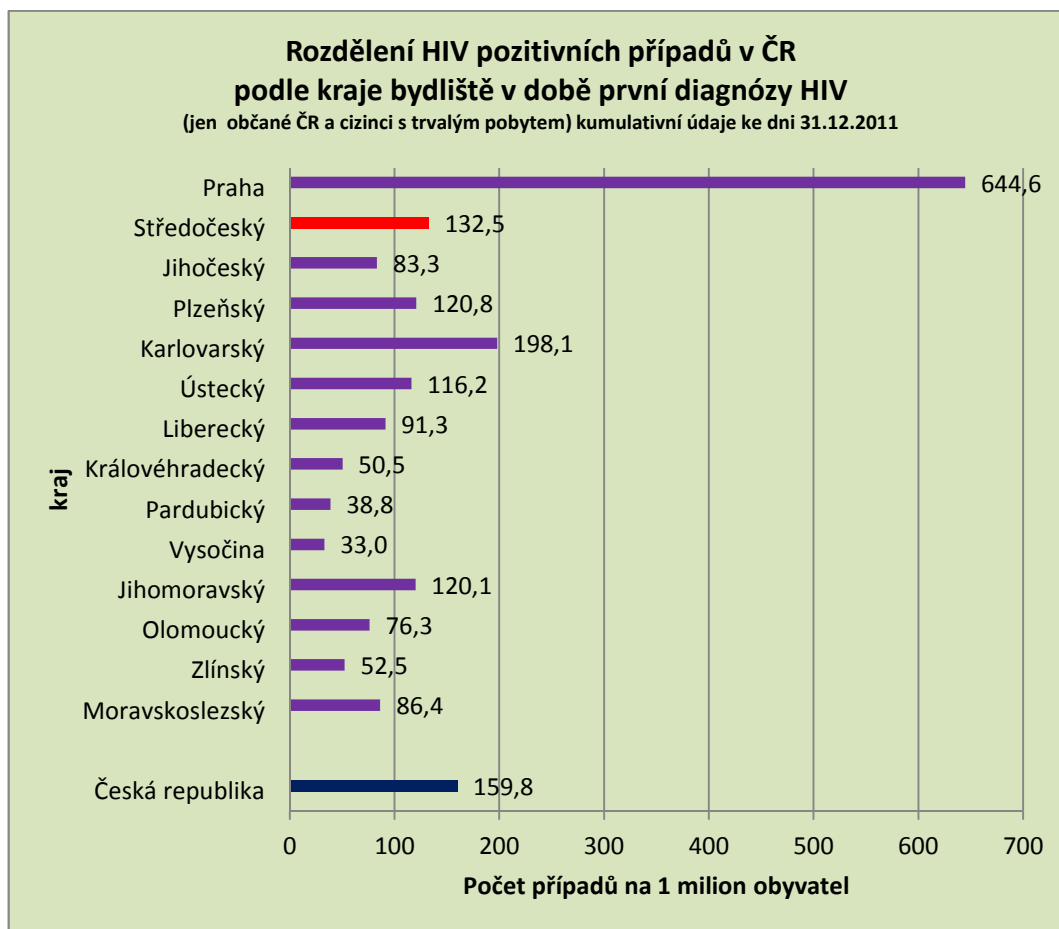
Graf č. 13 HIV/AIDS v české populaci – distribuce dle pohlaví a věku



Zdroj: SZÚ Praha, 2011

HIV pozitivita byla k 31.12.2011 diagnostikována u 1368 mužů, nejčastěji ve věkové skupině 25-34 let, tj. 42,5% podíl na všech HIV pozitivitách u mužů v době první diagnózy. U žen převládá zastoupení v nižší věkové skupině 20-29let, tj. 51% z 307 diagnóz HIV pozitivity.

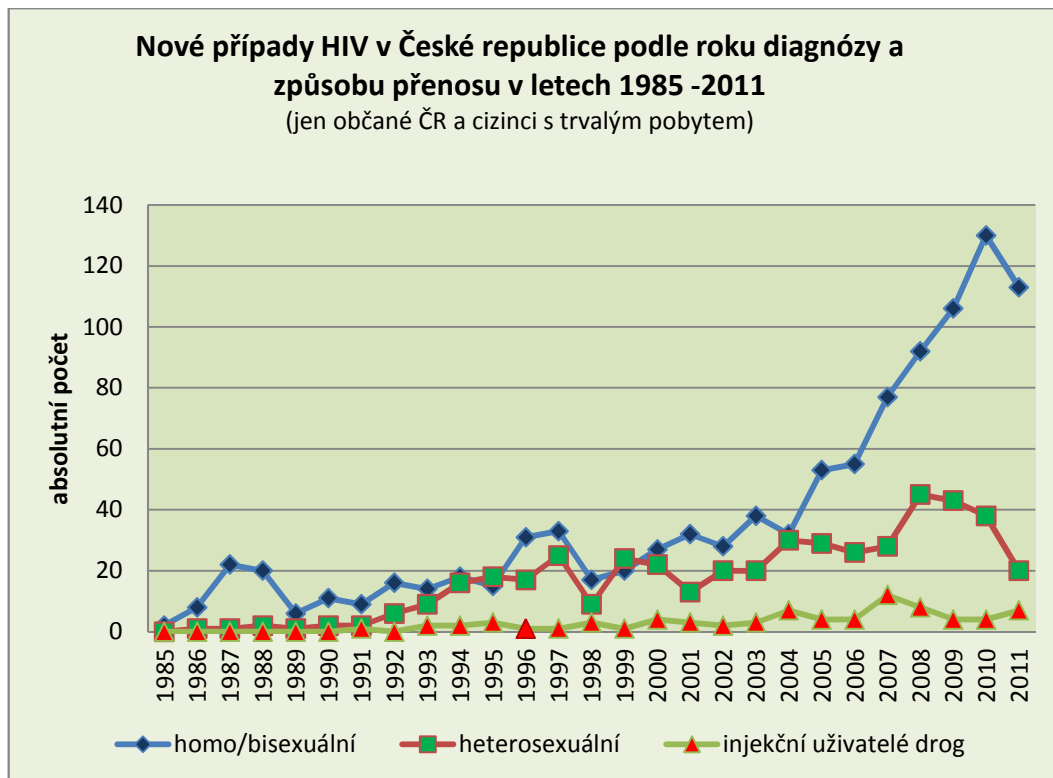
Graf č. 14 HIV/AIDS v české populaci – podle kraje bydliště



Zdroj: SZÚ Praha, 2011

Největší incidence HIV pozitivních případů podle kraje bydliště v době první diagnózy je zaznamenána v Praze, a to 644,6 na 1 milion obyvatel. Celorepublikový průměr převyšuje čtyřnásobně. Středočeský kraj je v přepočtu na 1 milion obyvatel na třetím místě v počtu HIV pozitivních diagnostikovaných případů.

Graf č. 15 Trend výskytu nových případů HIV v ČR podle způsobu přenosu



Zdroj: SZÚ Praha, 2011

Ve sledovaném období let 1985 – 2011 jednoznačně dominuje přenos homo/bisexuálním stykem. Patrný je výrazně vzestupný trend od roku 2005 a převážnou část HIV pozitivních tvoří muži mající sex s muži. V roce 2005 se jednalo o 52 případů, v roce 2010 bylo diagnostikováno 125 případů a v roce 2011 potvrzeno 111 případů HIV positivity homo/bisexuálním stykem.

Přenos heterosexuální cestou se uplatňuje na celkovém způsobu přenosu v 28%. Největší výskyt byl zaznamenán v roce 2008, kdy bylo touto cestou diagnostikováno 45 případů HIV pozitivních osob.

Podíl injekčních uživatelů drog kromě roku 2007, kdy bylo potvrzeno 12 případů HIV positivity má ve sledovaném období příznivý trend s nízkým počtem nově diagnostikovaných osob (méně než 10 osob ročně).

Tabulka č.2 Celkový počet HIV pozitivních v ČR k 31.12.2011

Celkový počet HIV pozitivních			1675	z toho AIDS		úmrtí ve stadiu AIDS		úmrtí z jiné příčiny	
pohlaví	abs.	%		abs.	%	abs.	%	abs.	%
muži	1368	81,7		279	81,8	143	80,3	65	86,7
ženy	307	18,3		62	18,2	35	19,7	10	13,3

Zdroj: SZÚ Praha, 2011

V průběhu sledování infekcí HIV v ČR, tj. od 1.10.1985 do 31.12.2011, bylo celkově zjištěno **1675** případů HIV positivity u občanů ČR a rezidentů, z toho bylo 1368 (81,7%) mužů a 307 (18,3%) žen. U **341** z nich (279 mužů, 62 žen) došlo k rozvinutí onemocnění AIDS. Z 1675 HIV pozitivních 253 (15,1%) již zemřelo, přičemž 178 úmrtí bylo ve stadiu AIDS (52,2% ze všech nemocných s AIDS) a 75 úmrtí bylo z jiné příčiny.

8.3 Incidence a prevalence uživatelů drog – žadatelů o léčbu

8.3.1 Základní terminologie

Incidence léčených uživatelů drog v roce 2011 – nově evidovaní uživatelé drog – žadatelé o první léčbu v životě (FTD – First Treatment Demand) v průběhu roku 2011.

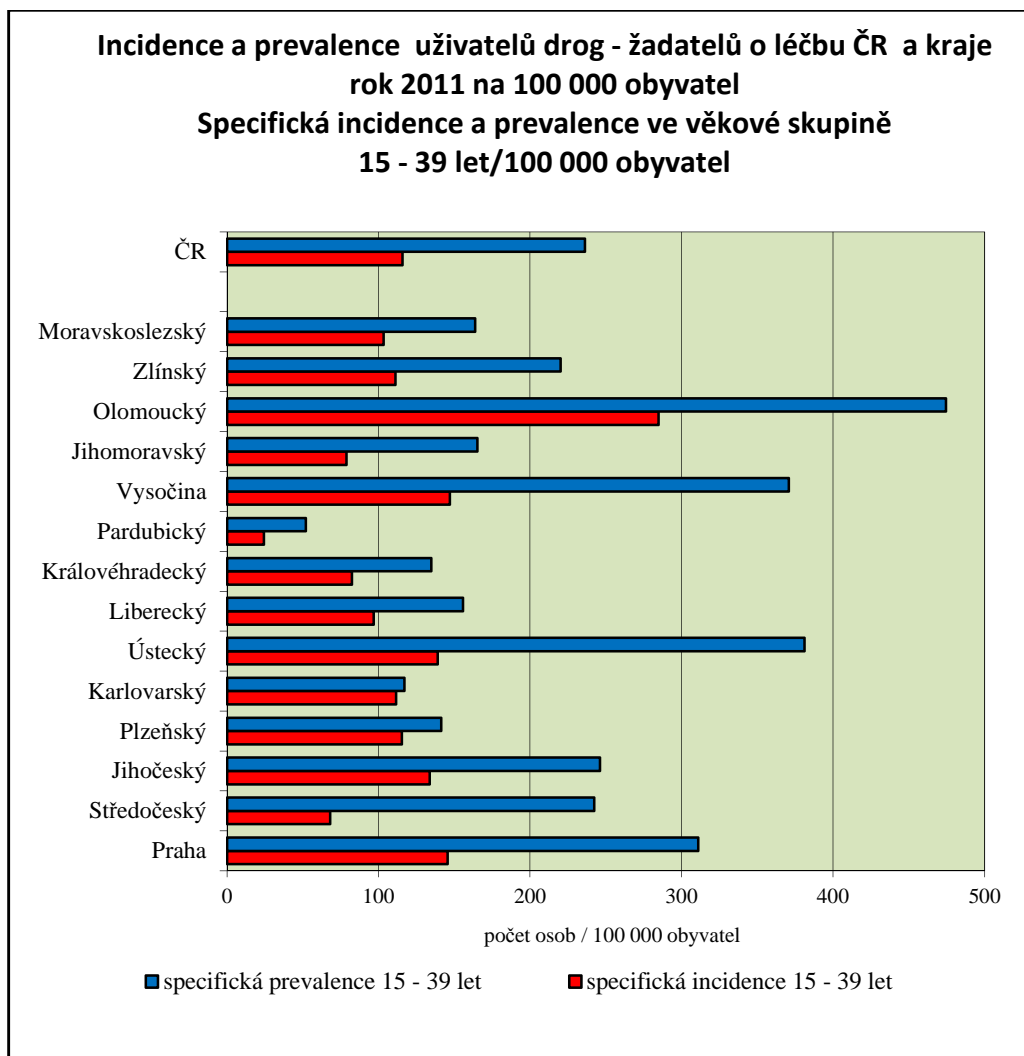
Prevalence léčených uživatelů drog v roce 2011 – všichni uživatelé drog – žadatelé o léčbu, kteří v průběhu roku 2011 alespoň jedenkrát navštívili některé ze zařízení, která poskytují péči osobám užívajícím drogy.

Problémové užívání drog – podle Evropského monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti je problémovým užíváním drog injekční užívání jakékoliv drogy, nebo dlouhodobé a pravidelné užívání opiátů, kokainu, nebo drog amfetaminového typu. V České republice se problémové užívání drog spojuje především s pervitinem a heroinem či Subutexem.

Incidence problémových uživatelů drog v roce 2011 - nově evidovaní problémoví uživatelé drog – žadatelé o první léčbu v životě (FTD – First Treatment Demand) v průběhu roku 2011.

Prevalence problémových uživatelů drog v roce 2011 – všichni problémoví uživatelé drog – žadatelé o léčbu, kteří v průběhu roku 2011 alespoň jedenkrát navštívili některé ze zařízení, která poskytují péči osobám užívajícím drogy.

Graf č. 16 Incidence a prevalence uživatelů drog – žadatelů o léčbu v ČR



Zdroj: HS hl. m. Prahy, 2012

V ČR v roce 2011 specifická incidence uživatelů drog - žadatelů o léčbu v nepostíženější věkové skupině 15-39 letých činila 115,9 na 100 000 obyvatel a specifická prevalence v téže věkové skupině činila 236,2 na 100 000 obyvatel. Ve Středočeském kraji byla zjištěna specifická incidence uživatelů drog - žadatelů o léčbu v nepostíženější věkové skupině 15-39 letých 68,0 na 100 000 obyvatel (2. nejnižší v ČR) a specifická prevalence v téže věkové skupině činila 242,3 na 100 000 obyvatel, mírně převyšovala celorepublikový průměr o 6,1 na 100 000 obyvatel (6. místo v ČR).

Tabulka č. 3 Incidence a prevalence léčených problémových uživatelů drog v ČR
v roce 2011

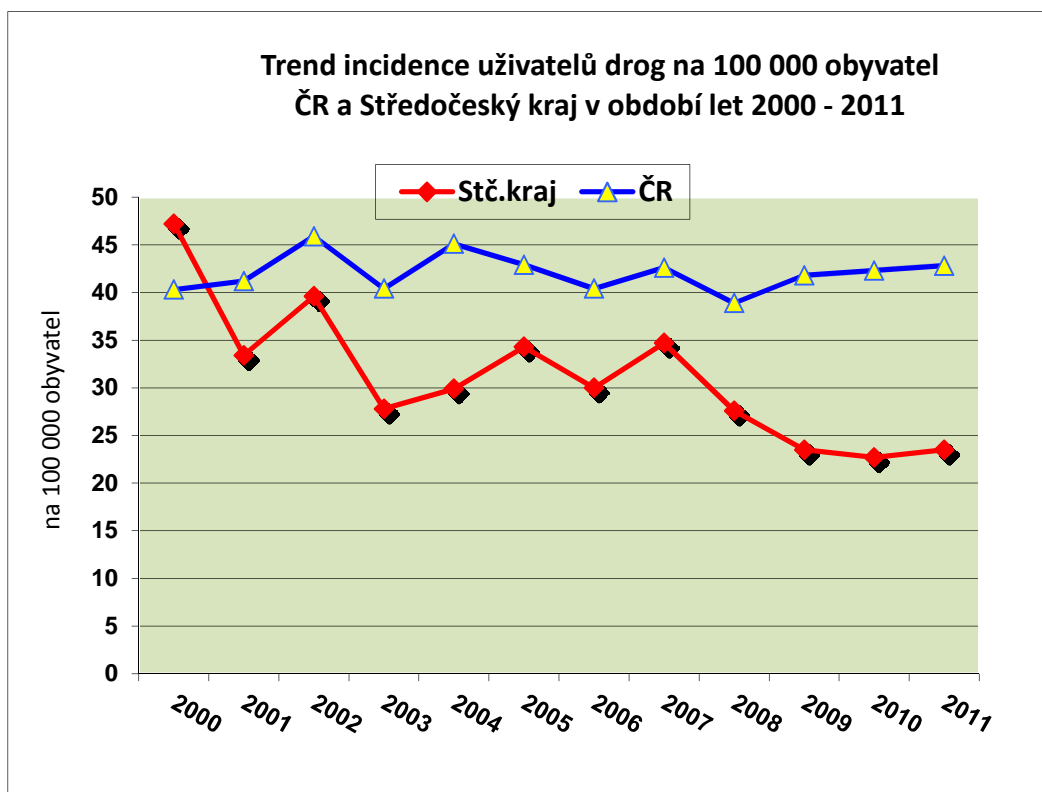
Problémoví uživatelé drog		Muži		Ženy		Celkem	
		Počet	%	Počet	%	Počet	%
První léčení problémových uživatelů drog v roce 2011	Injekční uživatelé drog	1839	67,7	871	32,1	2715*)	69,9
	Neinjekční uživatelé drog	765	65,4	398	34,0	1169*)	30,1
	Celkem	2604	67,0	1269	32,7	3884*)	100
Všichni problémoví uživatelé drog od 1.1.2011	Injekční uživatelé drog	4389	67,8	2066	31,9	6471*)	77,3
	Neinjekční uživatelé drog	1267	66,8	620	32,7	1897*)	22,7
	Celkem	5656	67,6	2686	32,1	8368*)	100

*) U 11 nově evidovaných problémových uživatelů drog a u 26 ze všech problémových uživatelů drog není známo pohlaví

Zdroj: HS hl. m. Prahy, 2012

Výroční zpráva ČR – 2011 Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog uvádí, že v roce 2011 bylo v České republice zjištěno injekční užívání drog u **2 715** osob tzv. prvožadatelů, což činí **69,9%** ze všech nově evidovaných a u **6 471** osob, tj. **77,3%** ze všech evidovaných uživatelů drog – žadatelů o léčbu.

Graf č. 17 Trend výskytu incidence uživatelů drog v ČR a Středočeském kraji

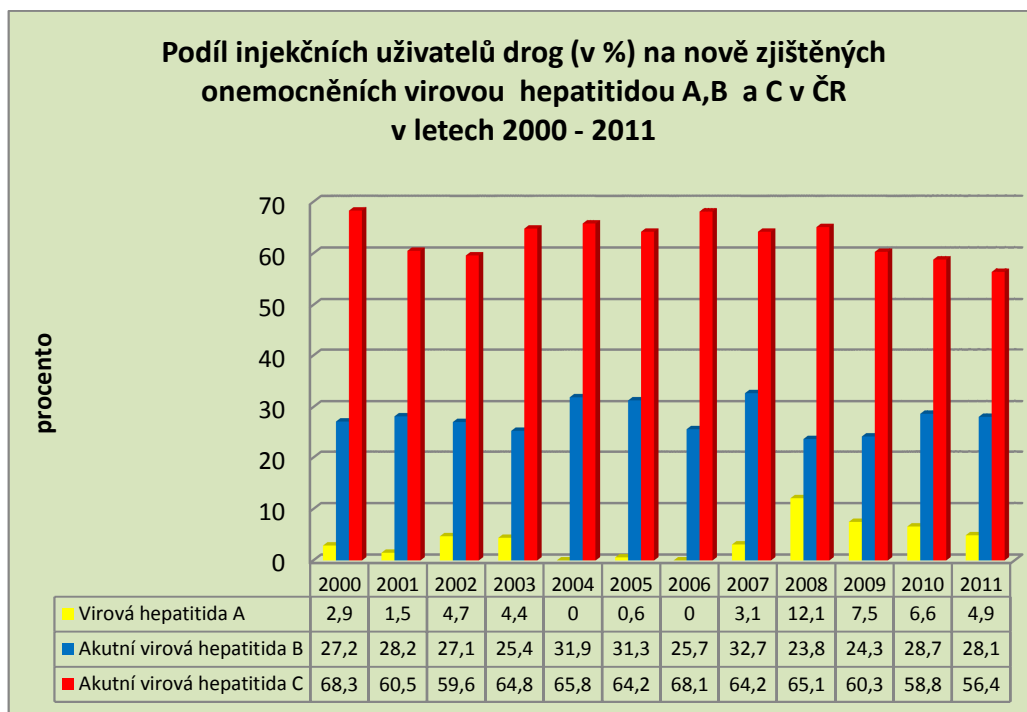


Zdroj: KHS Středočeského kraje, 2012

Nejvyšší incidence, tj. 45,9 na 100 000 obyvatel, byla zaznamenána v ČR v roce 2002. Ve Středočeském kraji byla nejvyšší incidence, tj. 47,2 na 100 000 obyvatel, zaznamenána v roce 2000. Ve sledovaném období má incidence na 100 000 obyvatel v ČR setrvalý trend. Ve Středočeském kraji je patrný klesající trend od roku 2008.

8.4 Virové hepatitidy u injekčních uživatelů drog v ČR

Graf č. 18 Podíl injekčních uživatelů drog na virových hepatitidách v ČR



Zdroj: HS hl.m. Prahy, 2012

Informace o incidenci virových hepatitid A, B a C, jejichž výskyt má souvislost s rizikovým chováním a s injekčním užíváním drog, jsou získávány prostřednictvím automatizovaného celostátního systému povinného hlášení EPIDAT (zajišťuje hygienická služba). Injekční uživatelé se podílejí největší mírou na výskytu akutní virové hepatitidy typu C ve všech sledovaných letech od roku 2000 až po poslední dostupný rok 2011. Nejnižší zastoupení bylo zjištěno v roce 2011, tj. 56,4% podíl injekčních uživatelů drog na akutní VHC a nejvyšší podíl byl zjištěn v roce 2000, tj. 68,3 % na všech nově zjištěných případech VHC v populaci ČR.

8.5 Výdaje ze státního rozpočtu na protidrogovou politiku

Tabulka č. 4 Výdaje ze státního rozpočtu na protidrogovou politiku podle resortů v letech 2006 - 2010 (v tis. Kč)

zdroj	2006	2007	2008	2009	2010
RVKPP	108 788	104 442	99 979	97 476	85 504
MŠMT	10 809	12 557	12 447	11 263	14 967
MO	4 875	3 595	5 276	4 280	4 384
MPSV	49 698	57 013	79 472	86 785	91 743
MZ	18 000	22 241	18 874	15 057	21 462
MS	41 251	12 610	7 385	10 817	7 081
GŘC	23 488	26 725	10 656	3 180	2 100
NPC	106 482	127 743	137 846	146 548	144 370
Celkem	363 391	366 926	371 935	375 406	371 611

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2010

Tabulka č. 5 Výdaje na protidrogovou politiku ze státního rozpočtu a z územních rozpočtů v letech 2006 - 2010 (v tis. Kč)

rok	snižování poptávky*				snižování nabídky**	
	státní rozpočet	rozpočty krajů	rozpočty obcí	celkem	státní rozpočet	celkem
	2006	192 170	94 917	48 141	335 228	171 221
2007	206 135	128 358	62 278	396 771	160 791	557 562
2008	219 794	162 879	62 479	445 151	152 142	597 293
2009	220 687	172 631	59 476	452 794	154 718	607 512
2010	222 244	193 710	62 055	478 009	149 367	627 376

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2010

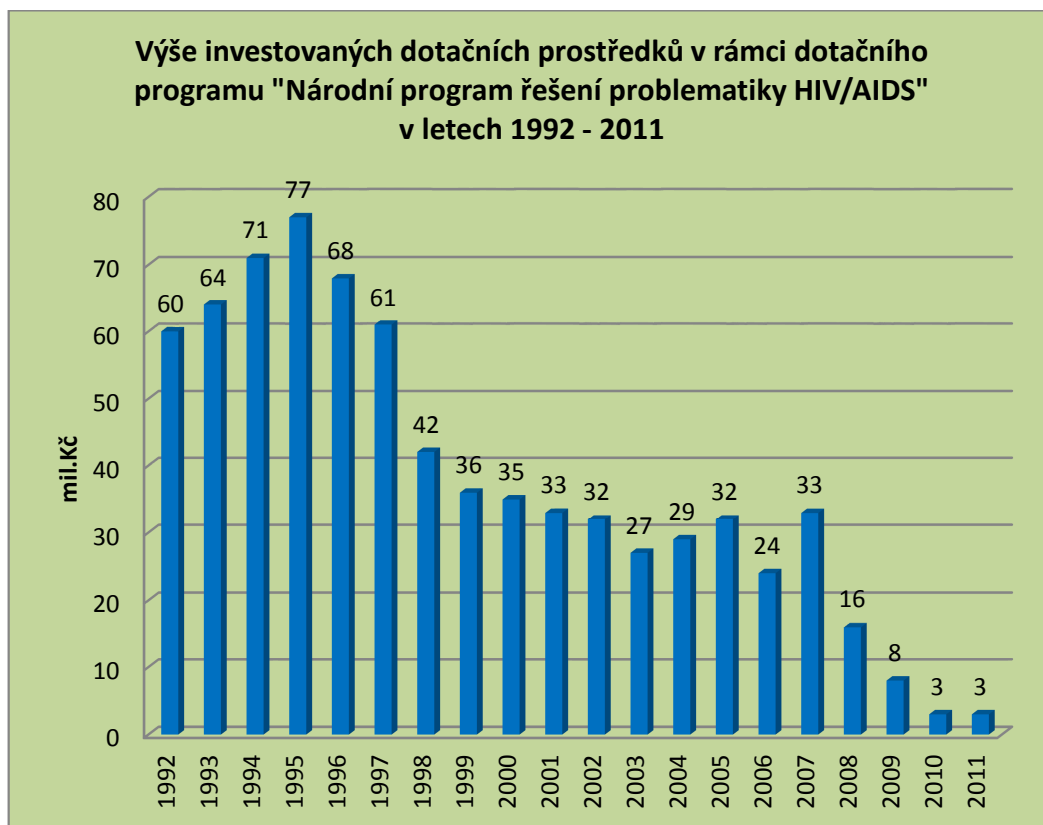
Pozn.:* v r. 2006 se jedná o výdaje RVKPP, MZ, MPSV, MŠMT a MO, od roku 2007 také část výdajů MS;

**v r. 2006 se jedná o výdaje na činnost NPC, GŘC a z rozpočtu MS, od roku 2007 jsou výdaje MS rozděleny podle jejich typu do snižování poptávky i snižování nabídky

Z celkové částky 627,4 mil. Kč vyčleněné na protidrogovou politiku v posledním dostupném roce 2010 bylo 166,2 mil. Kč (26,5%) určeno na služby harm reduction, 108,9 mil. Kč (17,4%) na léčbu, 62,3 mil. Kč (9,9%) na primární prevenci a 31,3 mil. Kč (5,0%) na následnou péči.

8.5.1 Dotační program MZ ČR – finanční prostředky v letech 1992 -2011

Graf č. 19 Výše finančních prostředků v rámci dotačního programu řešení problematiky HIV/AIDS



Zdroj: MZ ČR, 2012

Nejvyšší finanční částka z rezortu MZ ČR byla v rámci „Národního programu řešení problematiky HIV/AIDS“ poskytnuta v roce 1995, tj. 77 mil. Kč. Od roku 2006 je patrný výrazný mnohonásobný pokles poskytovaných finančních prostředků na 3 mil. Kč v letech 2010 a 2011.

8.6 Výsledky - hodnocení dotazníků

8.6.1 Základní charakteristika souboru

Celkem bylo osloveno 26 pracovníků nízkoprahových zařízení zaměřených na služby pro uživatele návykových látek ve Středočeském kraji, se kterými bylo realizováno dotazníkové šetření vedené řízeným rozhovorem. Počet dotazovaných pracovníků se odvíjel od počtu pracovníků v zařízení v předem stanoveném termínu návštěvy. Jednalo se o pracovníky s různým zaměřením. Základním kritériem při výběru respondentů byla podmínka, že v souboru bude zastoupeno kompletní spektrum odborné činnosti, která je v daném nízkoprahovém zařízení nabízena.

Z 26 respondentů bylo 18 žen a 8 mužů. Převládající věkovou skupinou u respondentů je věková kategorie 20-29 let (14 osob – 53,8%), 10 osob ve věku 30 – 39 let (38,5%) a 2 respondenti (7,7%) ve věkové skupině nad 40 let.

Středoškolské vzdělání bylo zjištěno u 9 respondentů (5 žen a 4 mužů). Vyšší odborné vzdělání bylo zjištěno u 5 respondentů (4 žen a 1 muž). Vysokoškolské vzdělání bylo zjištěno u největšího počtu, tj. 12 respondentů (9 žen a 3 muži). Specializace vzdělání byla zjištěna nejvíce v oboru pedagogika, a to 9 krát. Dále sestupně byly zastoupeny obory sociologie 5 krát, jiné, např. obchodní akademie 3 krát, adiktologie 3 krát, zdravotnictví 2 krát, psychologie 2 krát a technický směr rovněž 2 krát.

Délka zaměstnání v sociálních službách pro uživatele návykových látek byla u poloviny souboru, tj. 13 respondentů méně než 5 let. Celkem 11 respondentů pracuje v sociálních službách pro uživatele návykových látek v rozmezí 5 – 10 let a 2 respondenti mají odbornou praxi v rozmezí 11 -15 let.

Celkem 11 (42,3%) osob z výzkumného souboru respondentů mělo těžiště práce v oblasti se zaměřením na práci streetworkera, stejný počet 11 (42,3%) pracovníků se zaměřením na služby v K-centru (z toho 4 vedoucí pracovníci K-centra) a 4 (15,4%) pracovníci zaměřením na realizaci programů primární prevence. V několika případech se u respondenta překrývalo více funkcí.

8.6.2 Analýza poskytovaných služeb

Mapování odborné činnosti respondentů

Popište typ aktivity a činnosti, které Vy osobně realizujete:

Streetworker (7 žen a 4 muži)

Nejčastější uváděnou aktivitou je práce v terénu – výměna injekčního materiálu, což odpovídá samotné podstatě streetworku. Další z aktivit, které zajišťují streetworkeré je, jak odpovědělo 5 z 11-ti dotazovaných, zajištění poradenství individuálního i skupinového, poskytování informačních letáků, krizová intervence v terénu apod. Všichni dotázaní se shodli na obdobné formulaci, že cílem jejich práce je snížení rizik spojených s injekčním užíváním drog. Informace o rizicích spojených s injekčním užíváním drog včetně rizika přenosu HIV a ostatních STD považují všichni respondenti za běžnou (někteří uvádí jako základní informaci) součást jejich intervence v terénu.

Streetworker č. 1

„Naším hlavním cílem je práce s klienty, kteří nechtějí z nějakého důvodu navštěvovat nízkoprahové zařízení. Výměna injekčního materiálu, navázání kontaktů a popřípadě po nějaké době se nám podaří i návštěva klientů v K-centru, kde jim nabízíme další služby“

Streetworker č. 2

„Máme vytipované lokality, které obcházíme, klienti nás většinou znají a vědí kterou hodinu, kde budeme. Fungujeme také po telefonu v předem stanovených časech. Na rizika infekčních chorob včetně HIV a ostatních STD je upozorňujeme soustavně a opakovaně...“

Streetworker č. 3

„Klienti mají v první řadě zájem o výměnu injekčního materiálu, my jim k tomu vždy přidáme i letáček, kde mají uvedený kontakt na nás a naše nízkoprahové“

zařízení, případně další důležité kontakty. Informace o krvi přenosných infekcích jim předáváme ústně i formou letáčků... Při předávání kondomů je samozřejmostí i poučení o bezpečnějším sexu...“

Streetworker č. 4

„Musíte si získat jejich důvěru, je to někdy dost těžké než pochopí, že jim chcete pomoci... Nejdůležitější je přímá práce s klientem, zahrnující výměnný program, poradenství, zdravotní služby, drobná ošetření, která nevyžadují zásah lékaře, asistenční služba, krizová intervence, pak také vedení dokumentace...“

Streetworker č. 5

„Klient od nás dostává nejen injekční materiál, ale i kondomy, aluminiové folie, alkoholové tampóny, náplasti, filtry, kyselinu askorbovou, sterilní vodu do injekcí. Součástí mojí práce je motivace klienta k bezpečné likvidaci použitého materiálu, nácvik užití kondomu spolu s předáním informace o bezpečnějším sexu či nácvik jednání s různými úřady....“

Práce v kontaktním centru - poradenství, krizová intervence, zdravotnický servis, potravinový servis, výměnný program v nízkoprahovém zařízení (7 žen a 4 muži).

Pracovník K-centra č. 1

„Poskytování poradenství, jak individuálního, tak skupinového je pro mě jednou z hlavních aktivit. Další aktivity, které zajišťuji, je potravinový a hygienický servis. Máme k dispozici i testy na žloutenky, to klienty, pokud je to přímo v K-centru, zajímá a nechají se otestovat.“

Pracovník K-centra č. 2

„Odpovídám na telefonické dotazy či e-maily, jsem zdravotník, takže ošetřuji i drobná poranění, hnisající rány u injekčních uživatelů drog. Prostřednictvím rozhovoru můžu na klienta působit a předávat mu informace o méně rizikovém

způsobu života, nic nezakazují ani neodsuzují, jen se snažím klienta motivovat k případné změně jeho chování “

Pracovník K-centra č. 3

„Pokud má klient zájem, seženu mu kontakt na detox, doprovodím ho tam, je to vždy jistější...Chodím s nimi na sociálku, snažím se nabízet možnosti jak si poradit s běžnými starostmi, ztráta dokladů, možnosti zaměstnání apod..“

Pracovník K-centra č. 4 - vedoucí

„Kromě poradenství pro klienty a nutné administrativy spojené s vedením zajišťuji i různé exkurze a besedy pro školy a také skupinové poradenství pro rodiče, krizové poradenství pro klienty. Náplní mé práce je rovněž odborné a metodické vedení týmu“

Pracovník K-centra č. 7 – vedoucí

„Náplní moji práce je přímá práce s klienty a také management realizovaných programů v K-centru“

Těžiště práce v oblasti primární prevence – programy realizované pro ZŠ a SŠ (4 ženy)

Programy primární prevence realizované o.s. Prostor, o.s.Semiramis a Magdaléna o.p.s. se zaměřují na problematiku užívání návykových látek - legální i nelegální návykové látky, jejich účinky a rizika. Tyto specificky zaměřené programy nemají samostatnou náplň prevence pohlavních onemocnění, ale tuto problematiku řeší v obecném kontextu společně s ostatními rizikovými jevy. V loňském roce pouze jedno z oslovených občanských sdružení realizovalo program na snížení incidence HIV/AIDS ve Středočeském kraji se zaměřením na cílovou populaci žáků ZŠ. Program byl realizován na 12 školách a celkově bylo v rámci projektu intervenováno 650 žáků.

Pracovník preventivních programů č. 1

„Naše projekty primární prevence nejsou jen jednostranně zaměřené, máme širší pole působnosti včetně problémů s šikanou apod., jsou dlouhodobé a zaměřené spíše na práci s malou skupinou.“

Pracovník preventivních programů č. 2

„Naše preventivní programy směřují k prevenci tzv. sociálně patologických jevů v širším kontextu, nezabýváme se speciálně prevencí sexuálně přenosných chorob, pouze okrajově.“

Pracovník preventivních programů č. 3

„Zaměřujeme se na problematiku užívání návykových látek - legální i nelegální návykové látky, jejich účinky a rizika. Mezi stěžejní cíle programů patří práce s malou skupinou žáků 2. stupně ZŠ a studentů SŠ, interaktivita a flexibilita, rozvoj a podpora sociálních dovedností, předcházení či oddálení prvního kontaktu s ohrožujícími jevy a podpora pozitivních vazeb v kolektivu.“

Pracovník preventivních programů č. 4

„Realizovali jsme program primární prevence s názvem „Prevence HIV/AIDS na ZŠ“. Základním cílem programu bylo zvýšit povědomí žáků druhého stupně ZŠ o prevenci HIV/AIDS a ostatních pohlavně přenosných nemocech a o rizikovém chování. Program probíhal formou seminářů, které obsahovaly nejen informativní a diskusní část, ale i různé techniky, pomocí nichž se žáci lépe vcítí do tématu, které je s nimi probíráno. Semináře byly přizpůsobeny intelektuální kapacitě, zkušenostem a fázi psychického zrání žáků, tak, aby informace byly předány co nejefektivnější formou s ohledem na jejich věk. Chtěli bychom realizaci programu rozšířit na více škol ve Středočeském kraji a pokračovat i v dalších letech.“

Otázky na preferenci služeb ze strany klientů

Podle Vašich osobních zkušeností klienti Vašeho programu nejvíce vítají:

Celkem 12 respondentů, tj. 46,2 % se shodlo na největším zájmu ze strany jejich klientů o testování orientačními screeningovými testy na HIV, syfilis, VHB a VHC přímo v kontaktním centru. Na druhém místě v pořadí je předání kontaktu na odborníka (lékaře, sexuologa, psychologa, psychiatra). Třetí nejžádanější aktivitou ze strany klientů je zájem o individuální poradenství v kontaktním centru.

Klienty Vašeho programu odesíláte k testování na virové hepatitidy (VHB,VHC):

Nejčastější odpověď udávají respondenti možnost odesílat klienty do nasmlouvaného zdravotnického zařízení např. hepatální poradna, (12 respondentů), na druhém místě je možnost odesílat klienty k praktickému lékaři, který klienta registruje (6 respondentů) a na třetím místě je možnost odesílat klienty do zdravotního ústavu.

Čtyři z pěti navštívených kontaktních center (Mladá Boleslav, Kolín, Příbram, Benešov) nabízí testování orientačními screeningovými testy na VHB a VHC tzv. formou samovyšetření z kapilární krve, kdy pracovník kontaktního centra krev neodebírá, pouze asistuje při odběru klienta. V případě reaktivního výsledku je klient odeslán na vyšetření do zdravotnického zařízení.

Klienty Vašeho programu odesíláte k testování na HIV nejčastěji:

Nečastější odpovědi oslovených pracovníků nízkoprahových služeb bylo odesílání klientů k testování na HIV do zdravotního ústavu (14 respondentů, tj.53,8%). Na druhém místě bylo odesílání klientů do Domu světla, Praha - tuto možnost preferovalo 8 respondentů a na třetím místě byla odpověď odesílání klientů k praktickému lékaři, který klienta registruje.

Klienty Vašeho programu odesíláte k testování na syfilis, kapavku apod. nejčastěji:

Nečastější odpovědi respondentů bylo odesílání klientů k testování na pohlavní onemocnění do zdravotnického zařízení – do nemocnice, ambulance venerologie, urologie apod. – takto odpovědělo 13 respondentů, tj. 50%. Celkem 8 respondentů preferovalo odesílání klientů k praktickému lékaři, který klienta registruje a 5 respondentů uvedlo možnost odesílání klientů do ambulancí o.s. Rozkoš bez rizika.

Dle Vašich zkušeností klienti nejvíce k testování krví přenosných onemocnění využívají tyto služby (popište, jaké jsou reakce klientů):

Jednoznačně nejčastější odpovědi respondentů je využití možnosti testování přímo v nízkoprahovém zařízení - celkem se shodlo na této možnosti 15 respondentů, tj. 57,7%. Celkem 11 respondentů, tj. 42,3% odpovídá, že je velký zájem klientů i o anonymní a bezplatné testování v jiných zařízeních.

Streetworker č. 1

„V prvních fázích navazování kontaktů klient nejeví zájem o testování. Postupem času dochází k bližšímu poznávání a větší komunikaci, teprve pak můžu předávat informace a nabízet další služby.“ Nejvíce je pak zajímá anonymní a bezplatné testování.“

Pracovník K-centra č. 1

„Chceme poskytovat našim klientům co nejširší a kompletní služby. Testování podle mě patří mezi základní služby pro naši klientelu a mělo by být podporováno státem, poněvadž je tato aktivita důležitá z důvodu včasného zachytu a předcházení dalšího šíření infekčních chorob u uživatelů návykových látek.“

Pracovník K-centra č. 2

„Máme dobrou zkušenost s nabízením tzv. rychlých orientačních testů na žloutenky i pohlavní nemoci včetně HIV. Pokud klient nemusí nikam do oficiálního

zdravotnického zařízení, ale má možnost testování přímo v kontaktním centru, tak to je pro něj nejnadhnější cesta.“

Využití preventivních programů realizovaných jinou organizací

Který z preventivních programů jiných organizací zaměřených na prevenci HIV/AIDS a ostatních pohlavních chorob využíváte při své práci s klienty:

Celkem 17 respondentů, tj. 65,4 odpovědělo, že nejvíce využívají služeb anonymního a bezplatného testování na HIV realizované nevládními organizacemi zejména ČSAP o.s. (Dům světla) a Rozkoš bez rizika o.s., kam klienty v případě zájmu odesílají na vyšetření z venózní krve, 6 respondentů uvádělo jako nejčastější možnost využívání informačních webových stránek Státního zdravotního ústavu i nevládních organizací a 3 respondenti preferovali možnost využít v případě specifické potřeby telefonní linky např. LINKY POMOCI AIDS apod..

Pracovník preventivních programů č. 2

„Moc o těch dalších aktivitách nevím, zatím nefunguje provázanost mezi naší službou a aktivitou např. státních institucí, chtělo by to více táhnout za jeden provaz, pravdou je, že se někdy setkáváme např. ve školách s nabídkou jiných organizací, ale každý k tomu máme poněkud jiný osobitý přístup.“

Tento názor byl shodný u všech dotazovaných pracovníků primární prevence, dle jejich sdělení vážne spolupráce s jinými subjekty zejména v oblasti projektů primární prevence.

Doporučení, návrhy, názory, připomínky k možnostem zkvalitnění služeb, propojení s ostatními subjekty apod.:

Streetworker č. 1

„Uvítal bych lepší spolupráci s praktickými lékaři, dále větší toleranci k testování v kontaktních centrech a větší možnost anonymního a bezplatného testování ve zdravotnických zařízeních.“

Streetworker č.2

„Uvítala bych větší pochopení z řad široké veřejnosti pro práci, kterou vykonávám, zatím naše společnost tuto službu injekčním uživatelům vnímá spíše negativně. Setkala jsem se s podobným negativním názorem z řad zástupců měst, kteří se mě ptají, proč třeba nepodporujeme i alkoholiky a neměníme jim prázdné láhve za plné... chtělo by to zlepšit informovanost celé společnosti a hlavně různých úředníků...“

Pracovník K-centra č. 1

„Cítím potřebu více propagovat naše služby, např. formou tzv. otevřených dveří, aby se veřejnost mohla přijít podívat, jak náš program vypadá a o jakou službu se vlastně jedná, abychom odbourávali tzv. tabu, kdy se v nějakém „káčku“ něco rozdává, a bůhví co se tam děje. Takže více informovat veřejnost.“

Pracovník K-centra č.11 – vedoucí

„Máme vizi získat status zdravotnického zařízení, rádi bychom rozšířili svoje služby klientům hlavně v oblasti testování. U nás je k tomu ze strany státních institucí kladen odpor a spíše se komplikuje možnost rozšíření protestovanosti u injekčních uživatelů. Zatím máme dobrou situaci ve výskytu krví přenosných chorob, tak to nikdo moc nechce řešit, v zahraničí je ten postoj spíše opačný.“

Na tomto společném názoru se shodla většina oslovených respondentů, mají zájem o rozšíření služeb klientům a považují to za přínosnou aktivitu v oblasti informovanosti a včasného zachytu infekcí u injekčních uživatelů drog.

Pracovník preventivních programů č. 1

„Zlepšit propojení, informovanost a provázanost mezi naší službou a aktivitou jiných nevládních či státních institucí, chtělo by to sjednotit přístupy hlavně centrálně např. již při vypisování grantů různými ministerstvy. Chybí mi koordinace projektů primární prevence jak na centrální, tak místní úrovni, víc by tato problematika měla zajímat i zástupce obcí a měst, nejen ředitele škol.“

Pracovník preventivních programů č. 2

„Podle mne jsou dobré besedy v rámci primární prevence. Už to není, jak to známe z dřívějších dob, kdy se ukazovali žákům „feťáci“ jako odstrašující příklad, spíše se jedná o různé interaktivní formy, aby to žáky co nejvíce vtáhlo do problematiky. Mají možnost navštívit kontaktní centra, kde jim vysvětlíme, proč a jak konkrétně se to dělá.“

Pracovník preventivních programů č. 3

„Nejsmyslnější mi připadá spolupráce se školou. Informace o všech možných rizicích by měli žáci dostávat již na školách i v rámci výuky. Více by měli být proškolení i kantoři.“

Pracovník preventivních programů č.4

„Důležitá je osvěta. Musíme více informovat veřejnost o tom, proč to děláme a vůbec o smyslu námi poskytovaných služeb. Také by pomohlo, aby se to častěji objevovalo v médiích, aby to lidé chápali. Tady vidím pole působnosti pro širší spektrum zástupců, ne jen přímo z našich řad, ale i z řad odborných společností, pomohla by podpora ministerstev, lékařů, krajských koordinátorů, zástupců měst a obcí, všem by mělo záležet na kvalitních preventivních aktivitách.“

Otázky pro vedoucího pracovníka se zaměřením na poskytované služby

(4 respondenti)

Výměna injekčního materiálu:

Výměna injekčního materiálu probíhá ve čtyřech z pěti oslovených zařízeních, jak v kontaktním centru, tak rovněž v terénu cestou streetworkerů. V jednom zařízení probíhá výměna injekčního materiálu jen přímo v K-centru. Jedno z nízkoprahových zařízení Středočeského kraje má také automat na výměnu injekčního materiálu, který je umístěn před vstupem do kontaktního centra. Celkem se v loňském roce ve Středočeském kraji vyměnilo 380 922 jehel a stříkaček

Distribuce želatinových kapslí (perorální alternativa injekční aplikace pervitinu):

Tuto perorální alternativu injekční aplikace pervitinu nabízí svým klientům všechna oslovená kontaktní centra. Jedná se o novinku ve službách pro injekční uživatele drog s cílem snížit riziko vyplývající z injekční aplikace drogy a zajistit tak přechod na tzv. “bezpečnější užívání drog“.

Distribuce kondomů:

Probíhá ve všech oslovených zařízeních jako součást balíčku při výměnném programu. Respondenti tuto službu považují za jednu z možností, jak působit na klienty a poradenství ve smyslu prevence pohlavních chorob považují za běžnou součást intervence klientů.

Testování orientačními screeningovými testy:

Orientační testování z kapilární krve na VH, HIV a syfilis nabízejí čtyři nízkoprahová zařízení, tedy K-centrum Kolín, K-centrum Mladá Boleslav, K-centrum Příbram a K-centrum Benešov.

V roce 2011 bylo provedeno v těchto zařízeních celkem 138 testů na VHC, 49 testů na VHB, 26 testů na syfilis a 20 testů na HIV.

Hodnocení spolupráce s vládními i nevládními organizacemi

Vedoucí pracovníci hodnotili jako nejlepší spolupráci s krajskou hygienickou stanicí a zdravotním ústavem (v rozmezí škály od 1 – 5, kdy 1 je spolupráce výborná) mezi 1-2. Stejně hodnotí spolupráci s jinými nevládními organizacemi zaměřenými na uživatele návykových látek. Spolupráce s obvodními lékaři a zdravotnickými zařízeními v kraji je hodnocena mezi 2-3. Spolupráci s krajským školským koordinátorem a krajským protidrogovým koordinátorem v průměru č. 3. Nejhorší spolupráci uvádí vedoucí pracovníci mezi 3-4 shodně s ministerstvy školství, zdravotnictví, vnitra a s Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky, tedy s institucemi, které by měly jejich činnost podporovat a koordinovat.

9. DISKUZE

Tématika sexuálně přenosných onemocnění včetně prevence HIV patří v naší společnosti k tzv. nepopulárním tématům. Velké diskuse jsou vedeny také mezi zástupci dotčených rezortů, odborných společností, zájmových sdružení a laickou veřejností při určování rozsahu a způsobu vzdělávání žáků v oblasti sexuální výchovy. HIV/AIDS si připomínáme v médiích většinou pouze 1. prosince („Světový den AIDS“), kdy se nevládní organizace snaží upoutat veřejnost a upozornit na rizika spojená s tímto závažným, nevléčitelným onemocněním. Problematika informovanosti ohledně prevence ostatních pohlavních chorob je v obecné populaci zcela opomíjená, programy primární prevence jsou realizovány pouze v tzv. rizikových skupinách osob (muži mající sex s muži, komerční sexuální pracovníci a injekční uživatelé drog).

Z mapování realizovaných projektů zaměřených na zvolenou problematiku lze usuzovat, že v našich podmínkách, přes všechny legislativní opory a mezinárodní ujednání a doporučení, není funkční systém, který by koordinoval a hlavně propojoval aktivity zaměřené na prevenci sexuálně přenosných onemocnění a HIV/AIDS, jak v obecné populaci, tak v rizikových skupinách. Vynakládané finanční prostředky na programy primární prevence se zaměřením na problematiku HIV/AIDS (např. dotační program MZ) mají dlouhodobě sestupný trend z důvodů ekonomických, stejně jako v ostatních ekonomických sférách, což lze z obecných důvodů chápat, ale jako největší problém spatřuji špatnou provázanost mezi jednotlivými organizacemi zabývajícími se těmito aktivitami. Jak ukázal průzkum v oslovených nízkoprahových zařízeních Středočeského kraje, zcela chybí vzájemná informovanost o realizovaných mnohdy i obdobných projektech v kraji. Např. již dlouhodobě realizovaný peer program „Hrou proti AIDS“ zastřešovaný Státním zdravotním ústavem a v loňském roce realizovaný program Magdaléna o.p.s. „Prevence HIV/AIDS ve školách“ by při dobré vzájemné informovanosti institucí působících ve stejném regionu mohl naopak využít vzájemných zkušeností a doplňovat se při realizaci zdravotně výchovných aktivit. Nebo například Ministerstvem zdravotnictví finančně podpořený projekt „Školní informační kanál“, který probíhá na

základních a středních školách formou promítání spotů o infekci HIV/AIDS, by mohl být více využit i k prevenci jiných STD a rizikového chování např. u injekčních uživatelů drog. Již při přípravách takto zásadních projektů, které jsou pak využity v širokém spektru základních a středních škol jako jedna z moderních forem působení na mladé lidi, by měla být zohledněna a propojena prevence více možných rizikových faktorů. Zcela chybí spolupráce mezi různými organizacemi na přípravách a také realizaci obdobných projektů se stejným zaměřením, tudíž nejsou dostatečně využity zkušenosti jednotlivých odborných pracovníků, kteří se danou problematikou zabývají.

Programy primární prevence, které realizují nízkoprahová zařízení pro uživatele návykových látek, mají ve své náplni větší rozsah rizikových faktorů (prevence sociálně patologických jevů, šikana, drogy – legální i nelegální, prevence STD) a zcela naplňují filosofii komplexnosti a ucelenosti, což považují za daleko větší přínos pro cílovou populaci, než jen jednostranně a úzce vymezené aktivity zaměřené pouze na prevenci HIV/AIDS.

Nestátní neziskové organizace mají vícezdrojové financování, jejich snahou je získat co největší počet grantů, a tzv. donátorů. Do podpory těchto specifických sociálních služeb se dle sdělení respondentů výzkumného souboru jen velmi těžko hlásí sponzoři sami, zajištění dostatečného množství finančních prostředků pro provoz a kvalitní fungování realizovaných služeb je pro NNO čím dál složitější a odráží se to také na kvalitě poskytovaných služeb. Jedno z pěti oslovených K-center muselo v loňském roce z důvodu nedostatku finančních zdrojů omezit svůj provoz na minimum poskytovaných služeb, pouze 2 dny v týdnu.

Z výsledků výzkumu realizovaného v pěti nízkoprahových zařízeních Středočeského kraje vyplynulo, že nejčastějším pracovníkem je žena ve věku kolem 30 let, pracuje ve službách pro uživatele návykových látek cca 5 let, má vysokoškolské vzdělání v oboru pedagogika, těžiště její práce je rovnoměrně rozděleno na práci v terénu – streetworker a práci přímo v K-centru.

Mapování odborné činnosti (11 streetworkerů, 11 pracovníků v K-centru, 4 pracovnice primární prevence) ukázalo, že jsou určité rozdíly mezi prací streetworkera, který službu klientům poskytuje tzv. přímo na ulici, a kontaktním

pracovníkem, který služby klientům poskytuje přímo v nízkoprahovém zařízení. Podstatou obou činností je intervence klientů ve smyslu tzv. bezpečného braní drog, prevence krví přenosných onemocnění, bezpečnějšího sexu a dle možností zařízení i další zdravotní či sociální aktivity včetně krizové intervence a poradenství pro rodiče, partnery apod. Intervence je prováděná jak individuální, tak skupinová včetně besed a exkurzí pro různé typy škol. Pro veřejnost jsou pořádány tzv. „Dny otevřených dveří“, které slouží také k propagaci služeb nízkoprahového zařízení k odbourávání stigmat, kterými jsou tato zařízení ověřena a dle slov vedoucích pracovníků kontaktních center také k medializaci jejich služeb. V souladu se zjištěním Bacušanové (2010) z realizovaného průzkumu vyplynulo, že postoj velké části veřejnosti k aktivitám nízkoprahových zařízení je negativní, neboť možnosti navštívit nízkoprahové zařízení za účelem seznámení se s jeho činnostmi využívá velmi omezený počet lidí. Řešením by byla dle slov pracovníků center možnost širší medializace aktivit zařízení, například ve spolupráci s regionálními médii, zejména regionální televizemi, regionálním tiskem a také vyšší podpora ze strany samosprávy. (2)

V roce 2011 nebyly ze strany Středočeského kraje jako jediného kraje v České republice poskytnuty žádné finanční prostředky na protidrogovou politiku a post krajského protidrogového koordinátora byl obsazen až po mnoha měsících absence odborného personálního zajištění této pozice.

Programy primární prevence realizované ve všech navštívených zařízeních mají zaměření na problematiku užívání návykových látek – legální i nelegální návykové látky, jejich účinky a rizika. Tyto specificky zaměřené projekty řeší částečně i problematiku prevence pohlavních chorob včetně HIV/AIDS v obecném kontextu společně s prevencí ostatních sociálně patologických jevů, jsou realizovány dle vyjádření respondentů nejčastěji formou bloků, besed, interaktivních seminářů, konzultací apod. Ve sledovaném souboru středočeských nízkoprahových zařízení pouze jedno občanské sdružení realizovalo v roce 2011 program primární prevence zaměřený pouze na prevenci HIV/AIDS, projekt byl podpořen z dotace MZ ČR.

Mapování preferencí a využívání spektra nabízených služeb ze strany klientů nízkoprahových zařízení prokázalo, že největší zájem je o testování

orientačními screeningovými testy na infekční choroby (VH, HIV a syfilis) přímo v kontaktním centru. Takto odpovídalo 12 respondentů (46,2%). Na druhém místě v preferenci využívání nabízených služeb je předání – získání kontaktu na odborníka (lékaře, psychologa, psychiatra apod.). Třetí nejžádanější aktivitou ze strany uživatelů drog dle sdělení respondentů je individuální poradenství v kontaktním centru. Při zjištění reaktivních výsledků screeningového testování je klient odeslán ke kontrolnímu vyšetření, dle sdělení respondentů nejčastěji do nasmlouvaného zdravotnického zařízení (např. hepatální poradna), nebo do nejbližšího zdravotního ústavu. Z důvodu dobré dostupnosti do Prahy využívají injekční uživatelé drog ze Středočeského kraje také nízkoprahových služeb, které nabízejí pražská zařízení a také možnosti anonymního a bezplatného testování na HIV v Domě světla (o této možnosti věděli všichni dotazovaní respondenti). Ve dvou z pěti navštívených zařízení dobře funguje i spolupráce s o.s. Rozkoš bez rizika a uživatelům drog je nabízena i možnost testování na pohlavní choroby v pojízdne ambulanci tohoto občanského sdružení. Reakce klientů na možnosti testování přímo v kontaktním centru jsou dle sdělení většiny respondentů (15 respondentů) pozitivní a setkávají se s jejich zájmem. Celkem 11 respondentů udává jako prvořadý požadavek ze strany klientů, aby testování bylo anonymní a bezplatné. V prvních fázích kontaktů, dle sdělení streetworkerů, klienti nejeví velký zájem o testování, avšak po navázání bližšího kontaktu a vysvětlení významu testování se jejich zájem výrazně zvyšuje.

Využití preventivních programů realizovaných jinou organizací udává 17 respondentů (65,4%) převážně formou předávání kontaktů na anonymní a bezplatné testování na HIV a ostatní STD realizované NNO, např. Dům světla Praha, o.s. Rozkoš bez rizika. Celkem 6 respondentů uvedlo nejčastější formu využití webových stránek a 3 respondenti preferovali možnost využití telefonní poradenské linky např. LINKY POMOCI AIDS apod.

Výměna injekčního materiálu, která je ze strany klientů velmi žádanou službou, probíhá ve všech navštívených zařízeních (přímo v K- centru všechna zařízení, 4 zařízení také realizují terénní program- streetwork) formou předávání kompletních balíčků (jehly, stříkačky, kyselina askorbová, aluminiové fólie, kondom). Služba zahrnuje také intervenci v podobě nácviku bezpečné likvidace

použitého injekčního materiálu, předávání informací jednak formou pohovoru, jednak i předáním letáčků s kontakty na různé instituce. Ve Středočeském kraji se v roce 2011 vyměnilo 380 922 kusů jehel a stříkaček pro injekční uživatele drog. Distribuce želatinových kapslí, které slouží jako perorální alternativa injekční aplikace pervitinu, probíhá ve všech zařízeních v kraji. Dle dostupných údajů z Výroční zprávy o stavu ve věcech drog, 2011, vyplývá, že drogová populace postupně stárne a lze tedy předpokládat, že vlivem delší drogové kariéry mají IUD poškozený žilní systém a tedy k úspěšné aplikaci drogy spotřebují více injekčních stříkaček. Uživatelé díky systematicky prováděné edukaci odbornými pracovníky nízkoprahových zařízení dbají více zásad bezpečné aplikace a používají více sterilního materiálu. (21) Respondenti se shodují s tvrzeními Wiessinga (2009) a Heddricha (2008), že je nezbytná dostupná síť kvalitních harm – reduction služeb, zejména výměnných programů k dosažení efektivní možnosti snížení incidence HIV u injekčních uživatelů drog.

WHO uvádí, že čím je séroprevalence HIV mezi IUD vyšší, tím významnějším faktorem se stává sexuální přenos HIV. Omezit sexuální přenos HIV je obtížnější než omezit šíření HIV sdílením injekčního náčiní. Ekologická studie Health Outcomes International, 2002, která zahrnovala data ze 103 měst celého světa potvrdila, že séroprevalence HIV ve městech se zavedeným výměnným programem se ročně snížila v průměru o 18,6% v porovnání s 8,1% nárůstem séroprevalence HIV ve městech kde výměnný program neprobíhal. (27)

Testování screeningovými testy v nízkoprahovém zařízení je dle sdělení všech vedoucích pracovníků K-center považováno za důležitou službu v prevenci včasného odhalení infekčních chorob u IUD a zamezení dalšího šíření v běžné populaci. Ze strany dotazovaných byl jasný záměr rozšíření této služby s odvoláním na stále nízkou protestovanost u IUD v naší populaci, riziko tzv. neodhalených případů HIV pozitivních a následně riziko epidemie v populaci IUD. Včasné odhalení infekce zvyšuje pravděpodobnost efektivní léčby a snižuje možnost dalšího šíření nákazy. Významným aspektem jsou také finanční náklady na léčbu, které jsou nižší u případů odhalených včas. Se zvýšením protestovanosti

populace problémových uživatelů drog se tedy zvyšuje efektivita včasné intervence u nakažených IUD a v konečném důsledku také efektivita harm reduction služeb obecně.

Hodnocení spolupráce s vybranými subjekty (škála 1-5, kdy 1 označovala výbornou spolupráci) přineslo ve výzkumném souboru zjištění, že nejlépe byla hodnocena spolupráce s ostatními NNO a hygienickou službou (KHS i ZÚ) v rozmezí mezi 1-2. Jako dobrá (2 – 3) byla označena spolupráce s různými typy školských zařízení, obcemi, městem, kde zařízení sídlí a realizuje služby, se spolupracujícím zdravotnickým zařízením a lékaři. Spolupráce s krajským protidrogovým koordinátorem a školským koordinátorem byla hodnocena v průměru jako méně vyhovující. Hodnocení mezi 3-4 bylo u státních institucí, konkrétně u Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, ministerstva školství, zdravotnictví, vnitra.

Vyjádření respondentů k možnostem zkvalitnění a propojení služeb byla v obdobném duchu jako předchozí zjištění, tj. vize s cílem zlepšit protestovanost na infekční choroby u IUD, zlepšit mediální propagaci nabízených služeb, více vtáhnout do řešení společných problémů širší veřejnost, více zapojit samosprávu – zejména kraj, obce a města, zlepšit spolupráci s lékaři, odbornou veřejností, vládními institucemi, zlepšit financování služeb. V oblasti realizace programů primární prevence převládal názor na zlepšení informovanosti o realizaci projektů jiných organizací, apel na lepší koordinaci ze strany vládních institucí, zamezit chaotičnosti a neefektivnosti při podporování jednorázových aktivit, proškolenat také učitele škol, zejména školní metodiky prevence. Dobrou spolupráci se školou považují preventisté za zásadní a důležitou. Programy primární prevence jsou dle mého zjištění realizovány ve Středočeském kraji přijatelnou formou vhodnou pro cílovou populaci. Z dotazníkového šetření Zónové (2012) – „*Osobní zkušenosti teenagerů s drogou*“, které probíhalo na dvou typech škol v Praze (gymnázium a SOU), kde bylo osloveno 111 teenagerů ve věku 16 – 19 let (průměrný věk 17,2 let), ale vyplynulo zcela odlišné zjištění. Většina studentů – 45,1 % gymnazistů a 46,2 % studentů SOU, hodnotí prevenci na škole jako nevýraznou, nudnou. Pouze 12,7 % studentů gymnázia a 5,1 % studentů SOU, hodnotí prevenci jako velmi

zajímavou s možností diskuze. Přes 20 % studentů na obou školách uvádí, že ani neví, že by nějaká prevence probíhala. (30)

Při mapování způsobu realizace projektů primární prevence ve Středočeském kraji, jsem rovněž zjistila v souladu s výsledky studie zaměřené na hodnocení efektivity projektu „Hrou proti AIDS“, Hamplová (2010), která probíhala na různých typech středočeských škol (osloveno bylo 641 studentů ve věku 15-17 let), že vrstevnické tzv. peer programy mají v cílové populaci dospívajících dobrou odezvu a slouží jako vhodný informační a edukační zdroj v prevenci HIV/AIDS a ostatních STD včetně formování osobních postojů v oblasti reprodukčního zdraví.

10. ZÁVĚR

10.1 Naplnění hlavních a dílčích cílů bakalářské práce

Vytýčené hlavní cíle bakalářské práce byly naplněny.

Hlavní cíl 1 - zmapovat dostupnost a využívání nabízených preventivních aktivit pro vybranou rizikovou skupinu injekčních uživatelů návykových látek.

Z analýzy šetření vyplynulo, že pro uživatele návykových látek ve Středočeském kraji je dostupné široké spektrum preventivních aktivit zaměřených na snižování rizik šíření infekčních onemocnění, konkrétně virových hepatitid, HIV, ale též ostatních STD. Tyto aktivity jsou realizovány kontaktními centry ve spolupráci s vládními, ale zejména dalšími nevládními neziskovými organizacemi. Veškeré aktivity a služby, které jsou v současné době nízkoprahovými zařízeními ve Středočeském kraji nabízeny, jsou cílovou populací uživatelů návykových látek široce využívány. Cílená edukace, výměnný program stříkaček a jehel a bezplatné poskytování prezervativů jsou nepochybně příčinou relativně nízké incidence a prevalence sexuálně přenosných onemocnění a onemocnění přenášených kontaminovanou krví v populaci injekčních uživatelů drog ve Středočeském kraji. Obdobná situace je i ve většině ostatních krajů České republiky.

Stěžejním problémem v současné době je nikoliv dostupnost těchto aktivit pro cílovou populaci, ale hlavně udržení stávajícího spektra nabídky s ohledem na problémy spojené s jejich dalším financováním.

Hlavní cíl 2 – zmapovat formy a způsoby realizace preventivních programů a podíl vládních i nevládních organizací na jejich podpoře a realizaci. Vyhodnocení provedeného šetření je podrobně popsáno v předchozích kapitolách.

Vytýčené dílčí cíle byly také splněny.

Dílčí cíl 1 - zdokumentovat trend výskytu HIV/AIDS a ostatních pohlavních chorob v ČR a trend výskytu vybraných infekčních chorob u sledované populace.

Výsledky jsou podrobně popsány v samostatné kapitole statistické zhodnocení dat. Ze zjištěných údajů lze konstatovat příznivou situaci v podílu IUD na HIV pozitivních případech a také ostatních STD. Největší podíl IUD byl zjištěn dlouhodobě v rámci nově diagnostikovaných hepatitid, zejména VHC a VHB. Vyšší podíl u VHA byl zaznamenán pouze v letech 2008 a 2009 z důvodu epidemie, která probíhala u IUD zejména v Praze a ve Středočeském kraji.

Dílčí cíl 2 - zmapovat objem vynakládaných finančních prostředků na projekty protidrogové politiky zaměřené na snižování zdravotních rizik spojených s injekčním užíváním návykových látek.

Z výše uvedených zjištění vyplývá nežádoucí trend snižování finančních zdrojů zejména na programy primární prevence zaměřené ke snižování incidence HIV/AIDS a ostatních STD. Výrazně klesající tendenci má výše finančních prostředků poskytovaných ze státního rozpočtu zejména v rámci dotačního programu MZ ČR zaměřeného na prevenci HIV/AIDS, minimální jsou i dotace ze strany KÚ Středočeského kraje (v roce 2011 byl podpořen z Humanitárního fondu pouze jeden projekt SOŠ a SOU na Berounsku ve výši 50 000 Kč s názvem „Komplexní projekt primární prevence rizikového chování“). Naopak dotační program na projekty v oblasti protidrogové politiky MZ ČR byl pro rok 2012 posílen o 5 mil. do výše 15. mil Kč oproti předchozím 10 mil v roce 2011. Celková výše vynakládaných finančních prostředků účelově určených na protidrogovou politiku v ČR má mírně vzestupný trend, díky zvyšujícímu se podílu z většiny krajských rozpočtů. Do výdajů na protidrogovou politiku státu jsou započítávány rovněž náklady na záchytné stanice, lůžková psychiatrická a ambulantní AT péče, náklady trestněprávního procesu (činnost policie, státních zastupitelství, soudů a vězeňské služby spojené s drogovými trestními činy apod. (Tab. č. 5).

10.2 Potvrzení či vyvrácení stanovených hypotéz

Hypotézu č. 1 – „Injekční uživatelé drog se významnou mírou podílejí na výskytu sexuálně přenosných onemocnění v ČR“ se ve sledovaném období více než 10 let nepodařilo prokázat.

Výskyt sexuálně přenosných onemocnění u IUD má od roku 2007 vzestupný trend u syfilis, avšak nárůst této nákazy mezi IUD koresponduje s celkovým nárůstem výskytu této nákazy i v běžné populaci. V roce 2010 bylo nahlášeno u IUD nejvíce případů syfilis ve sledovaném období, 113 onemocnění, tj. podíl 11% na všech diagnostikovaných případech. U gonokokových infekcí se ročně hlásí u IUD cca 10 případů, což může být ovlivněno tzv. samoléčbou (neindikované užívání ATB), stejně jako je tomu v běžné populaci. Ze statistických dat jasně vyplývá, že výskyt STD má přímou souvislost se sociálním chováním jedince, tj. hlavní cestou přenosu je pohlavní styk a hlavním rizikovým faktorem (rizikové) sexuální chování. U IUD byl v posledních letech kromě náhodného styku zjištěn také vysoký podíl promiskuity a prostituce, a to zejména u žen. (22)

Hypotézu č. 2 – „Preventivní programy zaměřené na snižování incidence HIV a ostatních sexuálně přenosných chorob realizované v ČR nejsou v rizikové skupině injekčních uživatelů drog efektivně využívány“ - je možno považovat za vyvrácenou, což dokazují i statistická data a zjištění příznivého trendu výskytu HIV a ostatních STD u IUD. Taktéž dle sdělení pracovníků center jsou veškeré nabízené služby a aktivity cílovou populací plně využívány. V každém z navštívených nízkoprahových center je realizován program harm - reduction. Je prováděna edukace a intervence v oblasti snižování incidence krví přenosných onemocnění včetně HIV a ostatních STD, která je považována za základní a nedílnou součást práce s klienty. Ze strany pracovníků sociálních služeb pro IUD je kladen důraz na opakovanou a soustavně prováděnou intervenci vedoucí ke změně rizikového chování u IUD.

Mapováním spektra preventivních programů a jejich způsobů realizace byla zjištěna také velká obliba programů dostupných pro širokou veřejnost typu internetových poraden, webových stránek různých odborných společností, bezplatných telefonních linek, peer programů, interaktivních učebnic, anonymního testování apod.

Závěrem lze konstatovat, že dobře cílená primární i sekundární prevence s propracovaným hodnocením efektivity vynaložených finančních prostředků má svoje opodstatnění a je důležitou složkou při výchově populace k osobní zodpovědnosti za vlastní zdraví. Realizace těchto aktivit je také plně v souladu s naplňováním zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a prováděcími vyhláškami k těmto zákonům. Stejně tak je i naplňováním celé řady strategických vládních dokumentů stěžejních pro oblast ochrany a podpory veřejného zdraví v České republice.

11. SOUHRN

Bakalářská práce s názvem „Preventivní programy zaměřené na snížení incidence HIV/AIDS a ostatních STD“ předkládá základní charakteristiku pohlavních nemocí, hodnotí a popisuje trend výskytu HIV/AIDS a ostatních pohlavních chorob v ČR a podíl injekčních uživatelů na těchto infekcích.

Dále mapuje dostupnost preventivních aktivit pro vybranou rizikovou skupinu injekčních uživatelů návykových látek. Popisuje způsoby realizace preventivních programů a podíl vládních i nevládních organizací na jejich podpoře a realizaci.

Mapuje finanční prostředky vynaložené na prevenci šíření HIV/AIDS a ostatních STD zejména v rizikově se chovajících skupinách populace.

Bakalářská práce také uvádí návrhy a náměty na zlepšení fungování a propojenosti různých organizací zabývajících se preventivními aktivitami při realizaci projektů se zaměřením na snížení incidence HIV/AIDS a ostatních STD.

SUMMARY

This thesis called „Preventive programmes aimed at reduction of incidence of HIV/AIDS and other STDs“ presents the basic description of sexually transmitted diseases, evaluates and identifies the trend of their presence in the Czech Republic as well as the impact of injection users at the percentage of infected people.

Further on, it tracks down the accessibility of preventive activities for injection users of drugs, describes the realization of preventive programmes and the participation of governmental and non-governmental organizations on their implementation.

Financial resources used for the prevention of HIV/AIDS and other STD are also discussed with a focus at funding of the risk behavior population.

This bachelor thesis provides proposals and suggestions that aim to improve and interconnect different organizations addressing preventive activities to reduce the incidence of HIV/AIDS and other STD.

12. Seznam použité literatury, internetové odkazy

- 1) ALTER, M., Epidemiology of viral hepatitis and HIV co-infection, 2006, J.Hepatol., 44, 6-9
- 2) BACUŠANOVÁ, V., Pohled pracovníků kontaktních center na praktikování a význam Harm Reduction, Diplomová práce, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2010
- 3) BENEŠ, J., et al. Infekční lékařství, Galén, 2009, s. 148, 154, 155, 157, 158, 160, ISBN 978-80-7262-644-1. článek 11 (2-4)
- 4) DITRICHOVÁ, D., JANSOVÁ, M., OPAVSKÝ., 2002, Repetitorium dermatovenerologie, EPAVA, Olomouc, 2002, s. 292 ISBN 80-86297-08-X.
- 5) HAMPLOVÁ, L., Úloha hygienické služby v oblasti podpory zdraví v rámci naplňování regionální zdravotní politiky, Dizertační práce, Vysoká škola zdravotnictva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava, 2010
- 6) Health Outcomes International. Return on investment in needle and syringe programmes in Australia. Canberra: Commonwealth Department of Health and Ageing, 2002
- 7) HEDDRICH, et al., (2008): From margin to mainstream: The evolution of harm reduction responses to problem drug use in Europe. Drugs: education, prevention and policy, 2008, Dec; 15(6): 503-517.
- 8) HERZOG, A., MATOUŠEK, P., PŘIBYL, Z. Injekční kalkulátor jako nástroj práce s intravenózními uživateli návykových látek. Adiktologie. Květen 2007, vol. 7, č. 1, s. 70-79. ISSN 1213-3841.

- 9) JIRÁSKOVÁ, M., 2001, Dermatovenerologie pro stomatology, Kamil Mařík, Profesional Publishing, Praha, 2001, s. 235,236,237, ISBN 80-86419-07-X.
- 10) KOTRBOVÁ, K., KASTNEROVÁ, M. Prevalence of viral hepatitis A, B, C and HIV/AIDS by problem drug users. *Salud Pública de México*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2007, roč. 49, č. 4, s. 613. ISSN 0036-3634.
- 11) MATHERS, B.M., et. al., Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review, 2008, *Lancet*, 372, 1733-1745
- 12) METODICKÝ NÁVOD, 2003. č. HEM -3769-3.2.03 k řešení problematiky infekce HIV/AIDS v ČR, *Věstník MZ ČR*, částka 8, srpen 2003.
- 13) Metodika NZIS, ÚZIS, Pokyny pro vyplňování a sběr vstupních dat, 1998
- 14) MIOVSKÝ, M., SKÁCELOVÁ, L., ZAPLETALOVÁ, J., NOVÁK, P. (Eds.) (2010). Primární prevence rizikového chování ve školství. Praha: Sdružení SCAN, Univerzita Karlova v Praze & Togga. 2010, ISBN 978-80-87258-47-7.
- 15) ROZSYPAL, H., 1998. AIDS klinický obraz a léčba, Maxdorf, Praha, 1998, s.14-15, ISBN 80 858000-92-6.
- 16) SEDLÁČEK, D. Antiretrovirové terapeutické režimy současnosti, příspěvek na 16. mezinárodním semináři AIDS, drogy a my, Poděbrady, 20. - 22. listopadu 2008, (cit. 2011-10-11) dostupné z: <http://ossnad.cz>

- 17) SNOPKOVÁ, S., HAVLÍČKOVÁ, K., POLÁK, P., HUSA, P., NĚMEČEK, V., MALÝ, M. (2011), Aktuální rysy pandemie HIV, Adiktologie, (11)3, 166-171
- 18) Státní zdravotní ústav, Ročenka Národního programu HIV/AIDS v České republice 2009-2010, ISBN 978-80-7071-318-1.
- 19) Státní zdravotní ústav, NRL AIDS, Trendy vývoje a výskyt HIV/AIDS v ČR v roce 2011, dostupné z:
http://www.szu.cz/uploads/documents/CeM/HIV_AIDS/rocnizpravy/2011/tiskova_zprava_30.1.2012_HIV_AIDS_v_CR_2011.pdf
- 20) ŠVAŘÍČEK, R., et. al., Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. 1.vydání Praha, Portál, 2007, 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
- 21) Úřad vlády České republiky, Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010. ISBN 978-80-7440-056-8.
- 22) Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, Registr pohlavních nemocí, (cit. 2011-10-11), dostupné z: <http://www.uzis.cz>
- 23) Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, Zdravotnická ročenka české republiky, ISBN 978-80-7280-966-0
- 24) VÝROČNÍ ZPRÁVA ČR. 2011. Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog. 2012, HS hl. města Prahy, ISBN 978-80-260-1883-4, dostupné z: <http://www.hygp Praha.cz>
- 25) VÝROČNÍ ZPRÁVA KHS Středočeského kraje. 2011. Incidence a prevalence léčených uživatelů drog, KHS Středočeského kraje, 2011, dostupné z: <http://www.khsstc.cz>

- 26) WIESSING L, et al., (2009):Associations Between Availability and Coverage of HIV-Prevention Measures and Subsequent Incidence of Diagnosed HIV Infection Among Injection Drug Users. American Journal of Public Health 2009, 99, pp 1049-1052.
- 27) WHO. Účinnost programů výměny sterilních jehel a stříkaček při snižování rizika nákazy HIV/AIDS mezi injekčními uživateli drog, 1.vydání. Úřad vlády České republiky, 2004. ISBN 80-86734-74-9
- 28) Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů
- 29) Zákon č.241/1922 Sb., o potírání pohlavních nemocí
- 30) ZÓNOVÁ, J., Osobní zkušenosti teenagerů s drogou, Praha, Bakalářská práce, 3. LF UK Praha, 2012
- 31) http://www.ecdc.europa.eu/HIV/AIDS_surveillance_in_Europe_2010
- 32) http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/epislides/2009/2009_epiupdate_core_en.ppt
- 33) <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/communicable-diseases/hivaids>

13. Seznam tabulek a grafů

Tabulka č. 1 Výskyt syfilis a gonokokové infekce v ČR v letech 2000-2010.....	48
Tabulka č. 2 Celkový počet HIV pozitivních v ČR k 31.12.2011.....	64
Tabulka č. 3 Incidence a prevalence léčených problémových uživatelů drog v ČR v roce 2011.....	67
Tabulka č. 4 Výdaje ze státního rozpočtu na protidrogovou politiku podle resortů v letech 2006 - 2010 (v tis. Kč).....	70
Tabulka č. 5 Výdaje na protidrogovou politiku ze státního rozpočtu a z územních rozpočtů v letech 2006 - 2010 (v tis. Kč).....	70
Graf č. 1 Výskyt onemocnění syfilis (A50-A53) v ČR v letech 2000 –2010.....	49
Graf č. 2 Výskyt onemocnění syfilis v ČR podle věkových skupin a pohlaví v roce 2010.....	50
Graf č. 3 Výskyt onemocnění gonokokové infekce v ČR podle věkových skupin a pohlaví v roce 2010.....	51
Graf č. 4 Výskyt gonokokové infekce v ČR v letech 2000 – 2010 na 100 000 obyvatel.....	52
Graf č. 5 Pohlavní nemoci v ČR v roce 2010 – distribuce podle vzdělání.....	53
Graf č. 6 Pohlavní nemoci v ČR v roce 2010 – přenos.....	54
Graf č. 7 Vývoj hlášených onemocnění syfilis u IUD v ČR.....	55
Graf č. 8 Vývoj hlášených onemocnění gonokokové infekce u IUD.....	56
Graf č. 9 Trend výskytu syfilis v ČR a Stř. kraji v letech 1990-2011.....	57
Graf č. 10 Trend výskytu gonokokové infekce v České republice a Středočeském kraji v letech 1990-2011.....	58
Graf č. 11 Výskyt HIV/AIDS v české populaci.....	59
Graf č. 12 Způsob přenosu HIV/AIDS v české populaci.....	60
Graf č. 13 HIV/AIDS v české populaci – distribuce dle pohlaví a věku.....	61
Graf č. 14 HIV/AIDS v české populaci – podle kraje bydliště.....	62
Graf č. 15 Trend výskytu nových případů HIV v ČR podle způsobu přenosu.....	63
Graf č. 16 Incidence a prevalence uživatelů drog – žadatelů o léčbu v ČR.....	66
Graf č. 17 Trend výskytu incidence uživatelů drog v ČR a Středočeském kraji...	68

Graf č. 18 Podíl injekčních uživatelů drog na virových hepatitidách v ČR.....	69
Graf č. 19 Výše finančních prostředků v rámci dotačního programu řešení problematiky HIV/AIDS.....	71
Graf č. 20 Dotační program MZ ČR k řešení problematiky HIV/AIDS rozdělení finančních prostředků v roce 2011 v % (Příloha č. 1).....	111
Graf č. 21 Zaměření podpořených projektů z dotačního programu MZ řešení HIV/AIDS v roce 2011 v % (Příloha č. 1).....	112
Graf č. 22 Dotační program MZ řešení HIV/AIDS v roce 2011 – cílová populace v % (Příloha č.1).....	112

14. Seznam použitých zkratk:

- ČR - Česká republika
- ECDC- Evropské centrum pro kontrolu nemocí
- EMCDDA – Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost
- EP - Evropský parlament
- EU - Evropská unie
- GŘC – Generální ředitelství cel
- IUD - injekční uživatelé drog
- KHS - krajské hygienické stanice
- MF ČR - Ministerstvo financí
- MO ČR - Ministerstvo obrany
- MPSV ČR - Ministerstvo práce a sociálních věcí
- MS ČR - Ministerstvo spravedlnosti
- MSM - muži mající sex s muži
- MŠMT ČR - Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
- MV ČR - Ministerstvo vnitra
- MZ ČR - Ministerstvo zdravotnictví
- NNO - nestátní neziskové organizace
- NPC - Národní protidrogová centrála Služby kriminální policie a vyšetřování Policie ČR
- OSN - Organizace spojených národů
- RVKPP - Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky
- STD - pohlavně přenosné nemoci
- STČ – Středočeský kraj
- SZÚ, NRL AIDS - Státní zdravotní ústav v Praze, Národní referenční laboratoř pro HIV/AIDS
- SZÚ- Státní zdravotní ústav v Praze
- UNAIDS – Mezinárodní program boje proti HIV/AIDS
- ÚZIS - Ústav zdravotnických informací a statistiky
- VHA - virová hepatitida typu A
- VHB - virová hepatitida typu B

VHC- virová hepatitida typu C

WHO - Světová zdravotnická organizace

ZÚ - zdravotní ústavy

ZŠ – základní škola

15. Přílohy

Příloha č. 1

Podpořené projekty z dotačního programu „Národní program řešení problematiky HIV/AIDS“ v roce 2011

Státní organizace

➤ Klíčovou institucí realizace preventivních aktivit v ČR je **Státní zdravotní ústav v Praze**

• „Hrou proti AIDS“ – celorepublikový peer program

Interaktivní projekt primární prevence HIV/AIDS, jehož cílem je dát mládeži možnost netradičním způsobem, tj. hrou, osvojit si základní znalosti o možnostech přenosu viru HIV, ostatních pohlavně přenosných infekcích, ochraně před nežádoucím těhotenstvím a přemýšlet o vlastních postojích a chování v možných rizikových situacích.

Projekt je určen pro žáky 2. stupně ZŠ, zejména pro žáky 8. - 9. třídy, žáky středních škol a učilišť (všechny třídy), diagnostické a výchovné ústavy apod.

Podpořen z dotačního programu v roce 2011 částkou 15 000 Kč

• Školní kanál – ŠIK

Pomocí velkoplošných obrazovek instalovaných ve školách jsou žákům a studentům promítány min. 2 x denně videospoty s tematikou HIV/AIDS. Cílem projektu je oslovit a tím také zvýšit informovanost u co nejširší skupiny mladých lidí. V roce 2011 se do projektu zapojilo 367 škol ČR, odhad edukovaných studentů cca 212 000.

Spoty jsou vytvořeny s ohledem na věk žáků s následující tematikou:

- 1) Seznamte se, jsem vir HIV
- 2) Způsob a rizika přenosu HIV
- 3) Jak nedochází k přenosu HIV
- 4) Testování na HIV
- 5) Obvyklé příznaky akutní HIV infekce
- 6) Jak postupovat při krvavém poranění pohozenou injekční jehlou

Podpořen z dotačního programu v roce 2011 částkou 60 000 Kč

• **Internetové stránky www.aids-hiv.cz**

Webové stránky Národního programu boje proti AIDS v ČR poskytují základní informace o HIV/AIDS, aktuální informace o výskytu HIV/AIDS v ČR a ve světě, nabízí preventivní programy, odkazy na další instituce a organizace zabývající se problematikou HIV/AIDS, jejich součástí je rovněž internetová poradna.

Podpořen z dotačního programu v roce 2011 částkou 10 000 Kč

• **Besedy a přednášky na téma HIV/AIDS**

Hlavním cílem projektu je předat žákům a studentům informace o HIV/AIDS a vysvětlit rizika spojená s infikováním se virem HIV či jinou pohlavně přenosnou infekcí.

Podpořen z dotačního programu v roce 2011 částkou 15 000 Kč

• **Činnost Národní referenční laboratoře pro HIV/AIDS**

Hlavním cílem projektu je zajištění dostupného, bezplatného a anonymního vyšetřování HIV u osob s rizikovým chováním, které nemají možnost z vlastních prostředků testování uhradit.

Podpořen z dotačního programu v roce 2011 částkou 1 100 000 Kč

• **Prevence HIV/AIDS v kraji Vysočina včetně anonymního a bezplatného testování**

Cílem projektu je snížení rizika HIV/AIDS nákazy, zvyšování informovanosti, prevence sexuálního přenosu HIV v populaci mládeže.

Podpořen z dotačního programu v roce 2011 částkou 15 000 Kč

➤ **Všeobecná fakultní nemocnice Praha**

• **HIV poradna při Sexuologickém ústavu**

Hlavním cílem tohoto projektu je poskytnutí předtestového a potestového poradenství a preventivní působení na osoby ve zvýšeném riziku HIV se zachováním klientovy anonymity.

Podpořen z dotačního programu v roce 2011 částkou 32 000 Kč

➤ **Zdravotní ústav se sídlem v Ústí nad Labem**

• **Aktivní vyhledávání zdrojů HIV, závažných STD (syfilis), VHB a VHC ve skupinách s rizikovým chováním**

Projekt je zaměřen na prevenci HIV/AIDS u rizikových skupin populace (drogově závislé, prostituující či promiskuitně se chovající osoby)

Podpořen z dotačního programu v roce 2011 částkou 20 000 Kč

Nestátní organizace

➤ **Adiktologické centrum, s.r.o.**

• **Prevence HIV/AIDS na ZŠ**

Interaktivní projekt určen pro žáky 7. - 9. ročníků ZŠ.

Podpořen z dotačního programu v roce 2011 částkou 25 000 Kč

➤ **Středisko očkování a cestovního lékařství s.r.o.**

• **Poradenství HIV/AIDS v Pardubickém kraji**

Cílem projektu je zajistit anonymní a bezplatné testování na území Pardubického kraje.

Podpořen z dotačního programu v roce 2011 částkou 35 000 Kč

➤ **Magdaléna o.p.s.**

• **Prevence HIV/AIDS ve Středočeském kraji**

Projekt je zaměřen na populaci uživatelů návykových látek, poskytování informací o zvýšeném riziku přenosu HIV v souvislosti s jejich chováním.

Podpořen z dotačního programu v roce 2011 částkou 39 000 Kč

➤ **Česká společnost AIDS pomoc o.s.**

– celorepubliková působnost

• **Bezplatné anonymní testování na HIV v AIDS poradně Domu světla**

Anonymní, bezplatné testování je určeno pro širokou veřejnost včetně předtestového a potestového poradenství.

Podpořen z dotačního programu v roce 2011 částkou 300 000 Kč

• **Internetová AIDS poradna**

On-line poradenské centrum s cílem oslovit co nejširší veřejnost, zvýšení informovanosti o problematice HIV/AIDS.

Podpořen z dotačního programu v roce 2011 částkou 20 000 Kč

• **Prevence a boj proti AIDS v Jihomoravském kraji**

Zajištění anonymního a bezplatného testování na HIV v Jihomoravském kraji, včetně předtestového a potestového poradenství.

Podpořen z dotačního programu v roce 2011 částkou 70 000 Kč

• **Prevence a boj proti AIDS v Moravskoslezském kraji**

Zajištění anonymního a bezplatného testování na HIV v Moravskoslezském kraji, včetně předtestového a potestového poradenství.

Podpořen z dotačního programu v roce 2011 částkou 70 000 Kč

• **Streetworker v gay komunitě – prevence HIV/AIDS v gay minoritě v ČR**

Projekt s cílem snížení rizika přenosu viru HIV v rizikové skupině mužů majících sex s muži.

Podpořen z dotačního programu v roce 2011 částkou 200 000 Kč

• **Telefonní linka AIDS pomoci – preventivně informační, bezplatná linka s nonstop provozem**

Cílem projektu je zabezpečit nonstop službou přístup široké veřejnosti k odborným informacím o infekci HIV a onemocnění AIDS.

Podpořen z dotačního programu v roce 2011 částkou 40 000 Kč

• **Provoz Domu světla**

Cílem projektu je zlepšit dostupnost sociálně – zdravotních služeb pro HIV pozitivní a AIDS nemocné osoby z celé ČR. Dům světla vytváří prostředí, které poskytuje HIV pozitivním osobám zázemí a dává klientům možnost řešit každodenní problémy spojené s tímto onemocněním.

Podpořen z dotačního programu v roce 2011 částkou 840 000 Kč

➤ **Jihočeská Lambda**

• **Prevence HIV/AIDS v gay komunitě Jihočeského kraje**

Projekt zabezpečuje „peer to peer“ přístup nejen v rámci gay komunity, ale nabízí i poradenství pro širokou veřejnost a tím se podílí na zvyšování informovanosti obecné populace.

Podpořen z dotačního programu v roce 2011 částkou 34 000 Kč

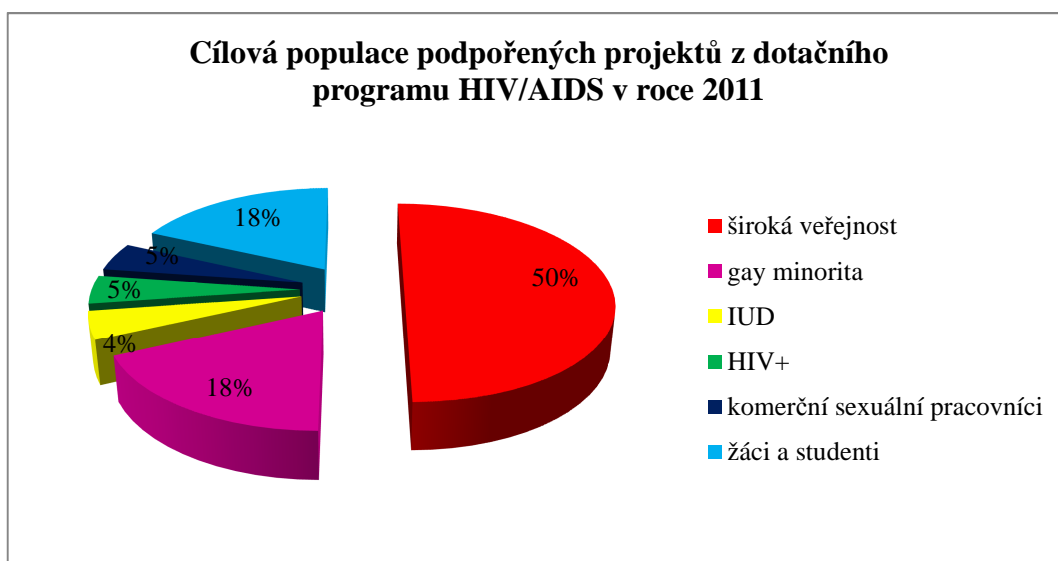
➤ Rozkoš bez rizika

• **Prevence je povinnost aneb Nemoc kohokoliv z nás umenšuje zdraví nás všech**

Cílem projektu je snížení rizika přenosu viru HIV u rizikové skupiny osob poskytujících placené sexuální služby, zahrnuje rovněž testování, poradenství a zdravotně – výchovnou činnost.

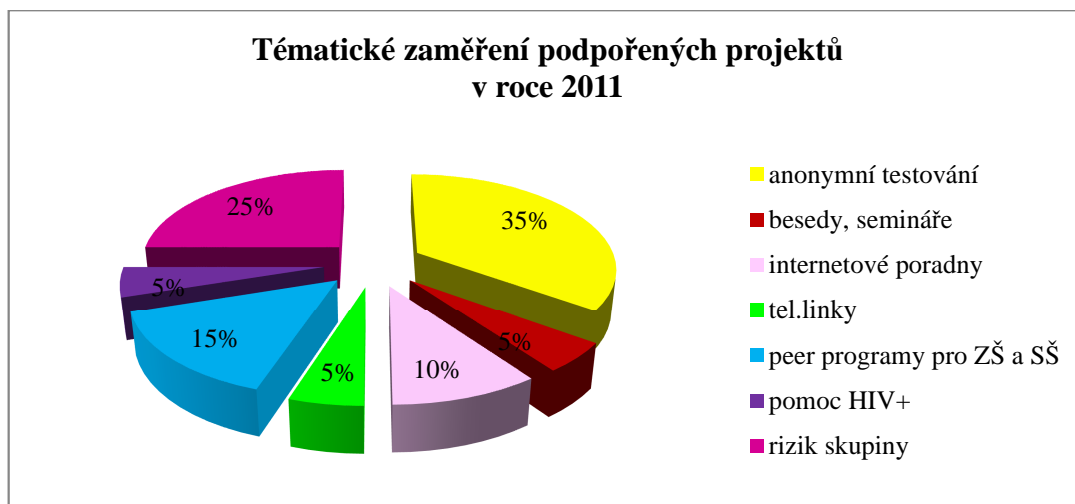
Podpořen z dotačního programu v roce 2011 částkou 50 000 Kč

Graf č. 20 Dotační program MZ řešení HIV/AIDS v roce 2011 – cílová populace v %



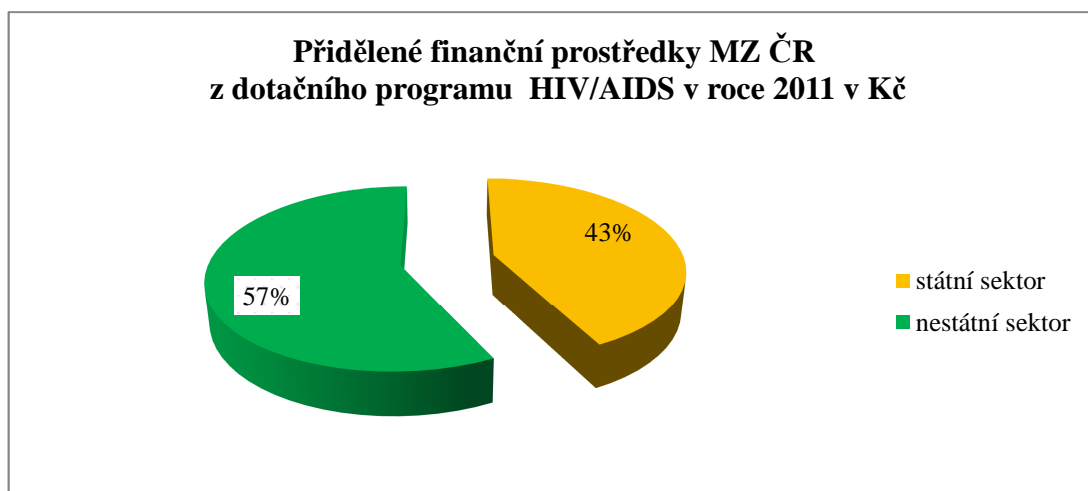
Zdroj: MZ ČR, 2012

Graf č. 21 Zaměření podpořených projektů z dotačního programu MZ řešení HIV/AIDS v roce 2011 v %



Zdroj: MZ ČR, 2012

Graf č. 22 Dotační program MZ ČR k řešení problematiky HIV/AIDS - rozdělení finančních prostředků v roce 2011 v %



Zdroj: MZ ČR, 2012

V roce 2011 bylo z dotačního programu MZ ČR Národní program řešení problematiky HIV/AIDS podpořeno 21 projektů v celkové výši 3 000 000 Kč. Nevládní organizace obdržely celkovou finanční částku ve výši 1 723 000 Kč, což činí 57,4 % z celkové výše dotace MZ ČR. Státní organizace obdržely celkovou finanční částku z dotačního programu ve výši 1 277 000 Kč, což činí 42,6% z celkové výše dotace.

Příloha č. 2

Dotazník pro pracovníka kontaktního centra pro uživatele návykových látek

- 1) **Pohlaví:** M Ž
- 2) **Věk:** méně než 20 let 20-29 let 30-39 let 40 a více let
- 3) **Délka zaměstnání v sociálních službách pro uživatele návykových látek (v letech):** méně než 5 let 5-10 let 11-15 let 16-20 let více než 20 let
- 4) **Nejvyšší dosažené vzdělání:** SŠ VOŠ VŠ
- 5) **Vaše specializace vzdělání je charakteru:** adiktologie, sociologie, zdravotnictví, pedagogika, psychologie, technický směr, jiné
.....uveďte prosím jaké zaměření
- 6) **Těžiště vaší práce je v oblasti:**
- a) Streetwork
 - b) Programy primární prevence rizikového chování
 - c) Drogové služby ve vězení
 - d) Odborné poradenství v K centru
 - e) Provádění testů na infekční nemoci
 - f) Jiné.....uveďte jaké
- 7) **Popište typ aktivity a činnosti, které Vy sám/sama osobně realizujete a jejich formu:**
.....
.....
- 8) **Podle Vašich osobních zkušeností klienti vašeho programu nejvíce vítají preventivní aktivity zaměřené na problematiku krví přenosných onemocnění: (vyberte 3 nejžádanější aktivity)**
- a) Poskytnutí kontaktu na odborníka (lékaře, sexuologa, psychologa, psychiatra)
 - b) Možnost internetové poradny
 - c) Telefonní poradenství
 - d) Individuální poradenství v K-centru
 - e) Testování na HIV, syfilis, VHB, VHC orientačními screeningovými testy
 - f) Přímé doporučení testování na HIV, hepatitidy v konkrétním zdravotnickém zařízení

- g) Preventivní očkování proti VHB
- h) Jiná možnost (uveďte prosím jaká).....

9) Klienty Vašeho programu odesíláte k testování na VHB, VHC :
(vyberete 3 nejčastější možnosti)

- a) K praktickému lékaři, který klienta registruje
- b) Do zdravotního ústavu
- c) Do zdravotnického zařízení (nemocnice, ambulance)
Kterého? Uveďte.....
- d) Do jiného zařízení - uveďte jaké
.....

10) Klienty Vašeho programu odesíláte k testování na HIV:
(vyberete 3 nejčastější možnosti)

- a) K praktickému lékaři, který klienta registruje
- b) Do zdravotního ústavu
- c) Do spádového zdravotnického zařízení (nemocnice, ambulance)
- d) Do jiného (nasmlouvaného) zdravotnického zařízení (nemocnice, ambulance) Kterého?
Uveďte:.....
- e) Do Domu světla, Praha
- f) Do jiného zařízení - uveďte jaké (např. soukromá laboratoř)
.....

11) Klienty Vašeho programu odesíláte k testování na syfilis, kapavku apod.:
(vyberete 3 nejčastější možnosti)

- a) K praktickému lékaři, který klienta registruje
- b) Do zdravotního ústavu
- c) Do zdravotnického zařízení (nemocnice, ambulance)
Kterého? Uveďte.....
- d) Do jiného zařízení - uveďte jaké

12) Dle Vašich zkušeností klienti nejvíce k testování využívají:
(popište, jaké jsou reakce klientů)

.....
.....

13) Který z preventivních programů jiných organizací zaměřených na prevenci HIV/AIDS a ostatních pohlavních chorob využíváte při své práci s klienty: (vyberte 3 programy nejčastěji využívané)

- a) LINKY POMOCI AIDS (800 1 4444; 800 800 980)
- b) Peer programy typu „Hrou proti AIDS“
- c) Bezplatné anonymní testování na HIV (realizované nevládními org. ,např. Dům světla apod.)
- d) Bezplatné anonymní testování na HIV v AIDS centrech a zdravotních ústavech
- e) Školní kanál, promítání videospotů
- f) Beseda s HIV pozitivní osobou
- g) Webové stránky typu (aids-hiv.cz; aids-pomoc.cz, hiv.cz)
- h) Internetové poradenství
- i) Streetworker pro gay minoritu
- j) Programy o.s. Rozkoš bez rizika (zaměřeno na komerční sex prac.)
- k) Jiné programy – prosím uveďte jaké

14) Vaše doporučení, návrhy, názory, připomínky k možnostem zkvalitnění služeb:

.....

Následující otázky č. 15-20 jsou určeny pro vedoucího nízkoprahového zařízení (údaje za rok 2011)

15) Výměna injekčního materiálu probíhá:

- a) V terénu: počet kusů/rok.....
- b) V K-centru: počet kusů/rok.....
- c) Pomocí automatu

16) Realizuje Vaše zařízení distribuci želatinových kapslí

(perorální alternativa inj. aplikace pervitinu)

ANO

NE

17) Realizuje Vaše zařízení distribuci kondomů

ANO

NE

18) Vaše kontaktní centrum provádí testování orientačními screeningovými testy (tzv. rychlé testy) na:

- a) VHB
- b) VHC
- c) HIV
- d) Syfilis
- e) Jiné – uveďte jaké.....

19) Jak hodnotíte spolupráci s následujícími subjekty: (číselné hodnocení, 1 výborná spolupráce)

- a) RVKPP
1 2 3 4 5
- b) Ministerstvo zdravotnictví
1 2 3 4 5
- c) Ministerstvo školství
1 2 3 4 5
- d) Ministerstvo práce a soc. věcí
1 2 3 4 5
- e) Ministerstvo vnitra
1 2 3 4 5
- f) Krajské hygienické stanice
1 2 3 4 5
- g) Zdravotní ústavy
1 2 3 4 5
- h) Praktičtí lékaři
1 2 3 4 5
- i) Zdravotnická zařízení, kam odesíláte klienty
1 2 3 4 5
- j) Vysoké školy zdravotního nebo sociálního zaměření
1 2 3 4 5
- k) Jiné nevládní organizace zaměřené na uživatele NL
1 2 3 4 5
- l) Municipality (město, obec), kde Vaše zařízení sídlí
1 2 3 4 5
- m) Krajský protidrogový koordinátor
1 2 3 4 5
- n) Krajský školský koordinátor prevence
1 2 3 4 5

20) Realizuje Vaše nízkoprahové zařízení vlastní projekty zaměřené na snižování incidence pohlavně přenosných chorob u uživatelů návykových látek a v oblasti primární prevence? : jestliže ano, uveďte název, cíle, stručnou charakteristiku

.....

Děkuji za zodpovězení otázek.