proLékaře.cz | 12.1.2026



# Bariéry léčby infekčních a dalších somatických onemocnění u uživatelů drog

**Mravčík V.[1, 2, 3], Kožený J.[2, 4], Nečas V.[5], Tišanská L.[2, 4]**

[1]Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, Praha
[2]Národní ústav duševního zdraví, Klecany
[3]Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
[4]3. lékařská fakulta, Univerzita Karlova, Praha
[5]Fakulta sociálních věd, Univerzita Karlova, Praha

## SOUHRN

**Východiska:** Intenzivní užívání drog a především injekční aplikace jsou spojeny s vyšší somatickou komorbiditou, především infekční etiologie. Účast uživatelů drog v léčbě je komplikována řadou bariér.
**Materiál a metodika:** Na konci roku 2013 byla provedena dotazníková průřezová studie na souboru 240 problémových uživatelů drog (188 mužů a 52 žen) získaných nenáhodným výběrem, kteří byli klienty nízkoprahových adiktologických programů v Praze a projevili ochotu se studie zúčastnit. Někdy v životě užilo drogu injekčně 237 (98,8 %) osob, injekční užití drogy v posledních 12 měsících uvedlo 232 (96,7 %) a v posledním měsíci 228 (95,0 %) osob. Součástí dotazníku bylo 38 z celkem 59 původních položek nástroje Barriers to Treatment Inventory (BTI) – byla provedena faktorová analýza těchto položek. Vedle dotazníkového šetření proběhly 2 ohniskové skupiny celkem se 14 klienty.
**Výsledky:** Výsledkem faktorové analýzy je model s 5 faktory, který sytilo celkem 23 položek nástroje BTI. Identifikované faktory lze interpretovat jako: 1. potíže s nástupem do léčby kvůli dalším povinnostem (např. děti, rodina, práce); 2. předchozí špatné zkušenosti s léčbou, strach a obavy z léčby, z přístupu personálu; 3. finanční potíže a formální bariéry (dluhy na zdravotním pojištění, problémy se zákonem); 4. obavy z toho, že vstup do léčby bude příliš složitý a obtížný; 5. nedůvěra v to, že léčba zlepší životní situaci klienta.
Výsledky ohniskových skupin ukázaly, že uživatelé drog se ve zdravotnických zařízeních setkávají se stigmatizací a diskriminací.
**Závěr:** Přístup k léčbě infekční a další somatické komorbidity je na straně problémových uživatelů drog komplikován řadou bariér, které ve značné míře vyplývají z životního stylu a socioekonomické situace spojené s užíváním drog a z negativních zkušeností s přístupem zdravotnického personálu. Zdravotničtí pracovníci by měli aktivně zjišťovat bariéry v péči na straně uživatelů drog a reagovat na ně přijetím adekvátních opatření v kontextu multidisciplinárního přístupu a spolupráce.

## KLÍČOVÁ SLOVA
**somatická komorbidita – infekční onemocnění – užívání drog – injekční užívání drog – bariéry péče**

## ABSTRACT

**Mravčík V., Kožený J., Nečas V., Tišanská L.: Barriers to treatment of infectious and other somatic comorbidity in drug users**
**Background:** Intensive use of illicit drugs in general and drug injecting in particular are associated with higher somatic co-morbidity, especially of infectious aetiology. The treatment participation of drug users is complicated by a number of barriers.
**Material and methods:** At the end of 2013, a cross-sectional questionnaire study was conducted on a non-random sample of 240 drug users (188 men and 52 women) recruited in low-threshold drug services in Prague based on their willingness to participate in the study. Drug injecting sometimes in their lifetime was reported by 237 respondents (98.8%), injecting drug use in the last 12 months by 232 (96.7%), and injecting drug use in the last 30 days by 228 (95.0%). The questionnaire included 38 of the 59 original items from the Barriers to Treatment Inventory (BTI). Factor analysis of these items was performed. In addition to the questionnaire survey, two focus groups with a total of 14 clients were carried out.
**Results:** The factor analysis resulted in a 5-factor model that was fed with 23 BTI items. The factors identified can be interpreted as: (1) difficulty entering treatment due to additional responsibilities (e.g. children, family, work, etc.), (2) previous poor treatment experience, fear and concerns about the treatment or negative attitudes of staff, (3) financial difficulties and formal barriers (health insurance debts, problems with the law, etc.), (4) concerns that entering treatment will be too complicated and difficult, (5) distrust of the treatment's ability to improve the client's life situation. The results of the focus groups have shown that drug users face stigmatization and discrimination in healthcare facilities.
**Conclusion:** The access to treatment of infectious and other somatic co-morbidity in drug users is complicated by a number of barriers, which largely arise from the lifestyle and socio-economic situation associated with drug use and from negative experiences with the attitude of medical staff. Healthcare professionals should actively identify and respond to barriers to care among drug users by taking appropriate measures in the context of a multidisciplinary approach and cooperation.

## KEYWORDS
**somatic comorbidity – infectious diseases – drug use – injecting drug use – barriers to care**

*Epidemiol. Mikrobiol. Imunol., 69, 2020, č. 2, s. 73–80*

proLékaře.cz | 12.1.2026



## ÚVOD

Léčba závislosti a další typy pomáhajících programů pro uživatele drog vedou ke zlepšení zdravotního stavu a kvality života [1–3]. Účast uživatelů drog v léčbě je komplikována řadou faktorů, které představují bariéry pro vstup a udržení v léčbě. Týká se to jak léčby závislosti jako takové, tak infekční a další somatické komorbidity, která se u uživatelů drog vyskytuje ve zvýšené míře [4, 5]. Modelem využívání zdravotní péče se zabýval Andersen [6]. Podle něj rozhoduje o tom, zda péče bude využita, výsledná interakce řady individuálních a systémových faktorů. Na straně systému péče jsou to místní a časová dostupnost a přístupnost služeb, jejich přizpůsobení potřebám cílové populace, čekací doba, vstupní kritéria nebo vzájemná spolupráce různých složek péče na řešení problémů klienta/pacienta. Na straně individuálních charakteristik klientů/pacientů jsou to statické charakteristiky a predispozice, které nepředstavují bariéry jako takové, ale které mohou využití léčby ovlivnit – jsou jimi pohlaví, věk, národnost a etnický původ, vzdělání, rodinný stav, ale také předchozí kriminální aktivita nebo předchozí zkušenost s léčbou. Dále jsou na individuální úrovni relevantní faktory přispívající či bránící léčbě v oblasti sociálního fungování (zaměstnání/nezaměstnanost, sociální a rodinné vazby a přítomnost tělesné a duševní komorbidity) a vnímaná potřeba a motivace k léčbě, která je dána především uvědoměním si problému s užíváním drog a momentální přítomností zdravotních potíží nebo problémů se zákonem.

Podobný koncept vnitřních a vnějších faktorů použili Allen et al. při popisu bariér v léčbě závislostí a při vývoji nástroje pro jejich měření. Za vnější faktory byly označeny vlastnosti systému péče a strukturní charakteristiky léčebných programů a také sociokulturní kontext, ve kterém je péče poskytována a ve kterém uživatelé drog její využití zvažují. Zdrojem subjektivních bariér je neschopnost rozpoznat problém, strach z reakcí druhých, strach ze stigmatu nebo strach z neznáma v souvislosti s léčbou [7, 8].

Dalším vývojem konceptu a metodiky pro objektivizaci bariér pro léčbu závislostí se zabývali Rapp et al. [9], kteří vyvinuli 59položový nástroj Barriers to Treatment Inventory (BTI), který byl dále ověřován [10, 11]. Na souboru drogově závislých pacientů před léčbou byla pomocí faktorové analýzy prokázána přítomnost pěti vnitřních a čtyř vnějších faktorů, do nichž přispělo 33 z celkových 59 položek. Jako vnitřní faktory, které představují bariéry v léčbě závislosti, byly popsány: subjektivní absence problému, negativní sociální podpora, strach z léčby, obavy o soukromí a neochota změnit životní styl. Za vnější faktory byly označeny: časový konflikt, nízká dostupnost léčby, potíže při vstupu do léčby a finanční problémy. Přítomnost těchto faktorů byla potvrzena u obou pohlaví a napříč etnickými a věkovými skupinami.

U léčby VHC byla popsána celá řada systémových faktorů a překážek na straně pacientů i poskytovatelů péče, které brání zahájení a udržení v léčbě, jako jsou zpoždění v poskytování péče a problémy s návazností péče, mezery v režimech financování, obavy v souvislosti s přidruženými onemocněními, obavy z vedlejších účinků léčby včetně např. deprese, strach z návratu k užívání drog, tíživá sociální situace a obtížné sociální fungování, nedostatek poradenství a informací o léčbě nebo stigmatizace uživatelů drog [12–14]. Jejich přehled shrnuje tabulka 1.

Tato práce prezentuje výsledky výzkumu zaměřeného na bariéry přístupu k péči v rámci studie výskytu somatické komorbidity problémových uživatelů drog v Praze. Analýze výsledků z této studie, které se týkají somatické komorbidity jako takové, se věnují samostatné články [4, 5].

## MATERIÁL A METODIKA

V listopadu 2013 byla provedena průřezová studie mezi klienty nízkoprahových zařízení pro problémové uživatele drog (PUD) v Praze. Cílem studie byla analýza somatických potíží, souvisejících léčebných potřeb a bariér léčby u aktivních uživatelů drog. Studie sestávala ze tří částí:

1. dotazníkového šetření mezi PUD zaměřeného na zdravotní komplikace a bariéry při využívání zdravotnických služeb,
2. anamnestického a somatického vyšetření vybraných PUD lékařem,
3. realizace dvou ohniskových skupin.

**Tabulka 1.** Faktory reprezentující bariéry léčby VHC u injekčních uživatelů drog
**Table 1.** Factors representing barriers to VHC treatment in injecting drug users

| Faktory na straně pacienta | Faktory na straně poskytovatelů péče | Systémové faktory |
|---|---|---|
| • chaotický životní styl a narušené sociální fungování<br>• HIV a další koinfekce<br>• psychiatrická komorbidita<br>• dekompenzace a relaps užívání drog<br>• nedostatek informací o VHC a její léčbě<br>• vnímaná nízká účinnost léčby<br>• strach z diagnostiky, léčby a nežádoucích účinků léčby*<br>• finanční problémy a problémy s dopravou | • obavy z nízké adherence<br>• obavy z relapsu a reinfekce<br>• absence informací a poradenství pro uživatele drog<br>• absence multidisciplinárního přístupu a spolupráce<br>• nedostatečné řešení vedlejších účinků léčby<br>• stigmatizující a diskriminační přístup | • nedostatečná vzájemná integrace léčby závislosti a léčby VHC<br>• náročná formální kritéria pro vstup do léčby**<br>• zpoždění při předávání do péče<br>• limity a nedostatky v úhradách péče |

(podle [14])
(according to [14])

*V současnosti jsou standardem v léčbě VHC tzv. přímo působící antivirotika *(direct-acting antivirals, DAAs)*, která vykazují minimum nežádoucích účinků a jsou vysoce účinná napříč genotypy VHC i u injekčních uživatelů [15, 16].
**Česká klinická vodítka pro léčbu VHC byla v tomto ohledu moderní již v předchozí éře interferonové léčby a doporučovala zahájení léčby i u aktivního uživatele drog, pokud tomu nebránily jiné okolnosti [17].

*Direct-acting antivirals (DAAs), which have a minimum of side effects and are highly effective across VHC genotypes, have become the standard of care for VHC in recent years, even in injecting drug users [15, 16].
**The Czech clinical guidelines for VHC treatment were progressive in this regard already in the interferon treatment era and recommended the treatment be started even in active drug users unless other circumstances prevented this [17].

proLékaře.cz | 12.1.2026



**Tabulka 2.** Souhlas s jednotlivými výroky, které reprezentují bariéry ve využívání léčby
**Table 2.** Agreement with particular statements representing barriers to the use of treatment

| Bariéra | Souhlasím | | Nesouhlasím | | Netýká se | | Neodpověděl | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | počet | % | počet | % | Počet | % | počet | % |
| Má droga mi nezpůsobuje žádné potíže | 69 | 28,8 | 169 | 70,4 | 2 | 0,8 | 0 | 0,0 |
| Nemyslím si, že by mi léčba zlepšila život | 77 | 32,1 | 158 | 65,8 | 1 | 0,4 | 4 | 1,7 |
| Braní drog je pro mě životní styl | 75 | 31,3 | 163 | 67,9 | 0 | 0,0 | 2 | 0,8 |
| Léčba mi nepomůže | 82 | 34,2 | 150 | 62,5 | 3 | 1,3 | 5 | 2,1 |
| Braní drog mi více dává, než bere | 58 | 24,2 | 173 | 72,1 | 1 | 0,4 | 8 | 3,3 |
| Nemám pocit, že mám dostatek informací o tom, jak vypadá léčba | 54 | 22,5 | 184 | 76,7 | 2 | 0,8 | 0 | 0,0 |
| Kvůli mým dětem by se mi do léčby nastupovalo těžko | 34 | 14,2 | 118 | 49,2 | 84 | 35,0 | 4 | 1,7 |
| Mám příliš mnoho zdravotních problémů na to, abych mohl/a nastoupit léčbu | 33 | 13,8 | 199 | 82,9 | 6 | 2,5 | 2 | 0,8 |
| Když se půjdu léčit, ztratím přátele | 29 | 12,1 | 203 | 84,6 | 6 | 2,5 | 2 | 0,8 |
| Nesnáším, když se mě někdo ptá na osobní věci | 86 | 35,8 | 151 | 62,9 | 0 | 0,0 | 3 | 1,3 |
| Těžko by se mi nastupovalo do léčby, protože se musím doma starat o spoustu věcí | 50 | 20,8 | 179 | 74,6 | 8 | 3,3 | 3 | 1,3 |
| Necítím se dost v bezpečí na to, abych nastoupil/a léčbu | 55 | 22,9 | 174 | 72,5 | 8 | 3,3 | 3 | 1,3 |
| Myslím, že mé problémy se vyřeší bez léčby | 102 | 42,5 | 128 | 53,3 | 4 | 1,7 | 6 | 2,5 |
| Bylo by pro mě těžké najít takový léčebný program, který by mi časově vyhovoval | 78 | 32,5 | 149 | 62,1 | 5 | 2,1 | 8 | 3,3 |
| Mám strach, že mě dají do nemocnice | 57 | 23,8 | 178 | 74,2 | 3 | 1,3 | 2 | 0,8 |
| Znám ze svého okolí lidi, kteří mají s léčbou špatné zkušenosti | 126 | 52,5 | 109 | 45,4 | 3 | 1,3 | 2 | 0,8 |
| Nevím, kam bych měl/a jít, kdybych se chtěl/a léčit | 66 | 27,5 | 172 | 71,7 | 2 | 0,8 | 0 | 0,0 |
| Mám problém s dopravou do léčebného zařízení a zpět | 47 | 19,6 | 183 | 76,3 | 4 | 1,7 | 6 | 2,5 |
| Mám s průběhem a výsledky léčby špatné zkušenosti z minulosti | 70 | 29,2 | 125 | 52,1 | 43 | 17,9 | 2 | 0,8 |
| Mám špatné zkušenosti s přístupem personálu (lékařů, sestřiček) | 83 | 34,6 | 117 | 48,8 | 38 | 15,8 | 2 | 0,8 |
| Bojím se toho, co by se v léčbě mohlo stát | 79 | 32,9 | 157 | 65,4 | 3 | 1,3 | 1 | 0,4 |
| Nemohu se jít léčit, protože mám problémy se zákonem | 20 | 8,3 | 203 | 84,6 | 15 | 6,3 | 2 | 0,8 |
| Nemohu nastoupit do léčby, protože nemám zdravotní pojištění | 46 | 19,2 | 190 | 79,2 | 4 | 1,7 | 0 | 0,0 |
| Nemohu si léčbu dovolit, protože na to nemám peníze | 87 | 36,3 | 146 | 60,8 | 6 | 2,5 | 1 | 0,4 |
| Nemám čas na to se jít léčit | 69 | 28,8 | 159 | 66,3 | 8 | 3,3 | 4 | 1,7 |
| Mohl/a bych se dostat do problémů se zákonem, pokud bych nastoupil/a do léčby | 18 | 7,5 | 208 | 86,7 | 10 | 4,2 | 4 | 1,7 |
| Kdybych nastoupil/a do léčby, neměl/a bych čas na rodinu | 55 | 22,9 | 165 | 68,8 | 20 | 8,3 | 0 | 0,0 |
| Věci kolem drog mi zabírají příliš mnoho času a na léčbu mi čas nezbývá | 103 | 42,9 | 125 | 52,1 | 5 | 2,1 | 7 | 2,9 |
| Nemohu nastoupit do léčby, protože by se mi neměl kdo postarat o děti | 20 | 8,3 | 130 | 54,2 | 88 | 36,7 | 2 | 0,8 |
| Nechci nastoupit do léčby, protože se bojím absťáku | 56 | 23,3 | 179 | 74,6 | 3 | 1,3 | 2 | 0,8 |
| Bojím se lidí, které bych mohl/a v léčbě potkat | 37 | 15,4 | 198 | 82,5 | 2 | 0,8 | 3 | 1,3 |
| Nastoupit do léčby by pro mě byl další stres | 107 | 44,6 | 129 | 53,8 | 1 | 0,4 | 3 | 1,3 |
| Cítím se trapně, stydím se nastoupit do léčby | 47 | 19,6 | 187 | 77,9 | 3 | 1,3 | 3 | 1,3 |
| Nechci, aby mi kdokoliv říkal, co mám v životě dělat | 125 | 52,1 | 112 | 46,7 | 1 | 0,4 | 2 | 0,8 |
| Přátelé mě odrazují od nástupu do léčby | 24 | 10,0 | 208 | 86,7 | 5 | 2,1 | 3 | 1,3 |
| Pokud se půjdu léčit, ztratím práci | 31 | 12,9 | 141 | 58,8 | 65 | 27,1 | 3 | 1,3 |
| Nástupu do léčby předchází příliš mnoho kroků | 113 | 47,1 | 121 | 50,4 | 2 | 0,8 | 4 | 1,7 |
| Nastoupil/a bych do léčby, pokud bych si mohl/a vybrat, kam se půjdu léčit | 152 | 63,3 | 77 | 32,1 | 5 | 2,1 | 6 | 2,5 |

proLékaře.cz | 12.1.2026



Tento článek popisuje výsledky týkající se bariér léčby z dotazníkového šetření a ohniskových skupin.

### Dotazníkové šetření

***Design dotazníkového šetření***

Dotazníkové šetření bylo provedeno metodou face-to-face rozhovoru s tazatelem za použití papírového dotazníku na vzorku 240 klientů 4 pražských nízkoprahových programů: kontaktního a poradenského centra STAGE 5 organizace Progressive (55 klientů), Nízkoprahového střediska organizace Drop In (62 klientů), Kontaktního centra (56 klientů) a terénního programu Sanitka organizace SANANIM (67 klientů). Účast na průzkumu byla dobrovolná, náhodný výběr nebyl prováděn, nábor prováděli pracovníci programů. Rozhovory probíhaly v samostatné místnosti, v sanitním voze nebo na otevřeném prostranství v okolí sanitky bez přítomnosti třetích osob. Respondenti obdrželi motivační odměnu ve formě jídelního kuponu v hodnotě 70 Kč. Dotazník se skládal celkem z 209 položek a byl pilotován na 4 klientech, po jednom z každého programu. Jeho součástí bylo 38 z celkem 59 původních položek Barriers to Treatment Inventory (BTI), nástroje na zjišťování bariér při využívání léčby závislosti [9]. Položky BTI tvoří jednotlivé výroky, se kterými respondenti vyjadřují svůj souhlas na binární škále. Byly vynechány položky 1–9, 17–18, 20, 23–24, 29, 31, 35, 53–55 a 57, které se specificky týkají vesměs postoje k drogám nebo léčby závislosti a z výzkumu bariér léčby somatické komorbidity tedy byly vyloučeny. Kvůli jednoduchosti vyplňování dotazníku byla 5bodová stupnice odpovědí na Likertově škále nahrazena dichotomickou stupnicí ano/ne.

### Výzkumný soubor dotazníkového šetření

Soubor dotazníkového šetření tvořilo 240 osob, z nich bylo 188 (78,3 %) mužů a 52 (21,7 %) žen. Věkové rozpětí souboru bylo 18–64 let, průměrný věk 34,8 ± 8,4 roků (muži 18–64, průměr 35,8 ± 8,4; ženy 19–49, průměr 31,4 ± 7,7 let). Užívání pervitinu v současnosti uvedlo 198 (82,5 %) osob, buprenorfinu injekčně 101 (42,1 %), heroinu 44 (18,3 %). Někdy v životě užilo drogu injekčně 237 (98,8 %) osob, injekční užití drogy v posledních 12 měsících uvedlo 232 (96,7 %) a v posledním měsíci 228 (95,0 %) osob. Použitou jehlou nebo stříkačkou užilo někdy v životě celkem 116 (48,9 %) z 237 injekčních uživatelů, receptivní sdílení v posledním měsíci uvedlo 35 osob, tj. 15,4 % osob, které uvedly injekční užití drogy v posledním měsíci.

### Analýza dat

Z analýzy položek BTI byly vyloučeny odpovědi „netýká se“ a „odmítl odpověď“. Byla provedena faktorová analýza, nejprve test pomocí explorační faktorové analýzy (ESEM – Exploratory Structural Equation Modeling) v modelech se třemi, čtyřmi a pěti faktory. Jako nejvhodnější se jevila 5faktorová struktura. Byly vyloučeny položky, které se v modelu neuplatňovaly a položky, které výrazně sytily více faktorů (cross loadings). Zůstalo 23 položek. Jejich struktura byla testována konfirmační faktorovou analýzou na podkladě polychorické korelační matice (metodou WLSMV) programem Mplus ver. 8 [18]. Shoda modelu a dat byla testována pomocí Chi-Square Test of Model Fit, Comparative Fit Index (CFI), Tucker Lewis index (TLI), Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) a Weighted Root Mean Square Residual (WRMR).

### Ohniskové skupiny

Byly realizovány dvě ohniskové skupiny s klienty a externími terénními spolupracovníky nízkoprahových zařízení STAGE 5, Drop-In a SANANIM na témata potřeby klientů v oblasti zdravotní péče při somatických potížích. Jedna skupina proběhla s muži a druhá se ženami. Obě skupiny byly realizovány v prostorách kontaktního centra Stage 5 v Praze v listopadu 2013, obě v délce přibližně 70 minut. Respondenti byli k účasti na diskusích motivováni finanční odměnou 500 Kč ve formě jídelních kuponů. Mužské skupiny se účastnilo 8 klientů, ženské skupiny celkem 6 klientek. Průběh diskuse byl zaznamenáván na dva diktafony a přepsán. Pro analýzu dat byla použita deskriptivní tematická analýza [19], kdy dvěma hlavními tématy byly zkušenosti respondentů se zdravotními obtížemi a s přístupem ke zdravotním službám. Výsledky z ohniskových skupin sloužily především k „podbarvení“ výsledků dotazníkového šetření. Tato kvalitativní komponenta navazuje a čerpá z předchozích rozsáhlých kvalitativních studií v adiktologii v České republice (ČR) [20–23], ale je specifická svým zaměřením na somatické zdravotní potíže uživatelů drog.

## VÝSLEDKY

### Výsledky dotazníkového šetření

Odpovědi na 38 položek baterie BTI týkající se bariér léčby ukazuje tabulka 2.

Výsledky konfirmační faktorové analýzy (tab. 3) podpořily uspokojivě shodu modelu a dat 23položkového nástroje ($Chi^2$: 268,499, df = 220, p = 0,014; RMSEA: 0,030, 90% CI [0,015; 0,042]; CFI = 0,943; TLI = 0,934; WRMR = 0,923). Korelace mezi faktory indikuje nejvyšší sdílenou varianci mezi faktory F1, resp. F2 a faktorem F4 – 32%, resp. 45% sdílené variance. Faktory F2 a F5 lze považovat za ortogonální (tj. na sobě nezávislé).

Diskriminační validita faktorů byla odhadnuta srovnáním hodnot průměrné extrahované variance (AVE; Average Variance Extracted) jednotlivých faktorů s variancí sdílenou faktory (kvadráty interfaktorové korelace). Předpokládá vyšší hodnoty AVE u obou daných párů faktorů, než je hodnota jejich sdílené variance [24]. Tato podmínka byla splněna u všech faktorů s výjimkou faktoru F2 vs. faktoru F4, kde byla pouze aproximována.

### Výsledky ohniskových skupin

V uvozovkách jsou uvedeny citace účastníků ohniskových skupin.

Všichni respondenti uvedli zkušenost s ambulantním ošetřením, navržené procedury vesměs akceptují a v rámci svých možností dodržují – to se týká i navržených vyšetření u specialistů. Zdá se, že vztah žen k vlastnímu zdraví je obecně zodpovědnější – pokud mají možnost, dodržují i termíny preventivních prohlídek. Zkušenosti mužů s personálem ambulancí jsou vesměs neutrální až kladné. Zkušenosti žen s personálem v případě ambulantních ošetření jsou však velmi různé – od veskrze pozitivních (případ ženy, která má vlastního praktického lékaře nebo případů, kdy mají doporučení od praktika či svého kontaktního centra nebo v případě vybraných zařízení, která se zaměřují na léčbu uživatelů drog) po vyloženě negativní s odmítnutím vyšetření či péče.

proLékaře.cz | 12.1.2026



**Tabulka 3.** Konfirmační faktorová analýza, metoda WLSMV
**Table 3.** Confirmatory factor analysis; WLSMV method

| Faktor | Položka dotazníku | Faktorové nálože | R2 | □ | AVE |
|---|---|---|---|---|---|
| F1 | 36. Pokud se půjdu léčit, ztratím práci | 0,906 | 0,820 | 0,774 | 0,652 |
| | 29. Nemohu nastoupit do léčby, protože by se mi neměl kdo postarat o děti | 0,850 | 0,722 | | |
| | 11. Těžko by se mi nastupovalo do léčby, protože se musím doma starat o spoustu věcí | 0,839 | 0,704 | | |
| | 7. Kvůli mým dětem by se mi do léčby nastupovalo těžko | 0,805 | 0,648 | | |
| | 27. Kdybych nastoupil/a do léčby, neměl/a bych čas na rodinu | 0,605 | 0,365 | | |
| F2 | 20. Mám špatné zkušenosti s přístupem personálu (lékařů, sestřiček) | 0,750 | 0,576 | 0,650 | 0,375 |
| | 15. Mám strach, že mě dají do nemocnice | 0,720 | 0,525 | | |
| | 33. Cítím se trapně, stydím se nastoupit do léčby | 0,650 | 0,430 | | |
| | 16. Znám ze svého okolí lidi, kteří mají s léčbou špatné zkušenosti | 0,670 | 0,452 | | |
| | 19. Mám s průběhem a výsledky léčby špatné zkušenosti z minulosti | 0,490 | 0,241 | | |
| | 21. Bojím se toho, co by se v léčbě mohlo stát | 0,434 | 0,188 | | |
| | 8. Mám příliš mnoho zdravotních problémů na to, abych mohl/a nastoupit léčbu | 0,400 | 0,163 | | |
| F3 | 23. Nemohu nastoupit do léčby, protože nemám zdravotní pojištění | 0,883 | 0,780 | 0,591 | 0,520 |
| | 28. Věci kolem drog mi zabírají příliš mnoho času a na léčbu mi čas nezbývá | 0,833 | 0,694 | | |
| | 22. Nemohu se jít léčit, protože mám problémy se zákonem | 0,786 | 0,618 | | |
| | 24. Nemohu si léčbu dovolit, protože na to nemám peníze | 0,622 | 0,387 | | |
| F4 | 37. Nástupu do léčby předchází příliš mnoho kroků | 0,683 | 0,466 | 0,644 | 0,565 |
| | 25. Nemám čas na to se jít léčit | 0,731 | 0,534 | | |
| | 32. Nastoupit do léčby by pro mě byl další stres | 0,540 | 0,291 | | |
| F5 | 4. Léčba mi nepomůže | 0,745 | 0,554 | 0,515 | 0,345 |
| | 2. Nemyslím si, že by mi léčba zlepšila život | 0,654 | 0,428 | | |
| | 3. Braní drog je pro mě životní styl | 0,510 | 0,260 | | |
| | 5. Braní drog mi více dává, než bere | 0,415 | 0,172 | | |
| | Korelace mezi faktory | | | | |

| | F2 | F3 | F4 | F5 |
|---|---|---|---|---|
| F1 | 0,448 | 0,138 | 0,566 | 0,138 |
| F2 | – | 0,487 | 0,672 | 0,000 |
| F3 | – | – | 0,402 | 0,138 |
| F4 | – | – | – | 0,257 |

□ – McDonaldův koeficient vnitřní konzistence omega; AVE – průměrná extrahovaná variance

□ – McDonald's coefficient omega as a measure of internal consistency; AVE – average variance extracted

Všichni respondenti měli zkušenost také s hospitalizací. Shodli se na tom, že přístup personálu se zásadně změní ve chvíli, kdy se dozví o užívání drog – setkali se s despektem, nepochopením, necitlivostí, odmítnutím péče. Kontakt často vyústí v konflikt. Odmítnutí bývá zdůvodněno formálními důvody, např. nezaplacením regulačního poplatku, absencí dokladu o zdravotním pojištění, jinou místní příslušností apod. Respondentky zmiňovaly i případy odmítnutí péče, dostanou-li se do nemocnice v akutním stavu bez doporučení, bez doprovodu další osoby, nebo když je přiveze záchranná služba (jejíž přístup hodnotí pozitivně). Zkušenosti s konkrétními nemocnicemi v Praze byly podle respondentů různé, vesměs se shodují v tom, že záleží na konkrétních pracovnících. Respondenti v případě závažných zdravotních potíží (akutních stavů, úrazů apod.) léčebný režim při hospitalizaci dodržují, ale když „jsou schopni se postavit na nohy", z lůžkových oddělení často odcházejí. Ženy uvedly, že většinou zůstávají hospitalizovány až do řádného ukončení lékařem. K předčasnému ukončení hospitalizace *na revers* dochází zejména z důvodu negativního přístupu personálu.

Jako bariéry využívání zdravotních služeb na straně samotných uživatelů respondenti označili vzhled uživatelů drog („jsou špinaví", „nemají se kde umýt"), absenci dokladu o zdravotním pojištění, absenci vlastního praktického lékaře, nedostatek peněz na regulační poplatek, pocit méněcennosti a studu, dřívější negativní zkušenosti.

Ze strany zdravotních služeb by respondenti uvítali standardní přístup, lepší komunikaci a řádné poskytování kompletních informací o zdravotním stavu a o prů-

proLékaře.cz | 12.1.2026



běhu léčby, nabídku substituce uživatelům opiátů, lepší spolupráci lékařů s adiktologickými službami. Respondenti by uvítali zdravotnické zařízení specializované na komplexní péči o somatické komplikace u uživatelů drog.

## DISKUSE

**Metodologická omezení**

Prezentované výsledky pocházejí z dotazníkové průřezové studie na vzorku problémových (injekčních) uživatelů drog v Praze získaném nikoliv náhodným výběrem. Je proto potřeba vzít v úvahu omezenou míru zobecnitelnosti výsledků na celou skupinu problémových uživatelů drog v ČR nebo na jiné uživatelské skupiny, neboť drogová scéna a populace problémových uživatelů drog v Praze je specifická svou dlouhou historií, rozsahem, otevřeností, vysokým výskytem užívání opioidů, polyvalentním užíváním pervitinu a opioidů [25, 26]. Ve studiích tohoto typu se také projevuje informační systematická chyba na straně respondentů, sdělení uvedená respondenty nebyla nijak verifikována. Totéž se týká údajů získaných v ohniskových skupinách.

Při faktorové analýze se ukázalo, že problém představovala dichotomická stupnice odpovědí, která značně omezila respondentovu možnost se vyjádřit. Bylo by vhodnější ptát se na míru, ve které respondentům předkládaná situace brání podstoupit léčbu, na originální 5bodové stupnici. Některé otázky jsou zaměřené pouze na určitý segment populace, např. péče o děti, ztráta práce, což vede ke značné míře chybějících odpovědí. Pouze 87 respondentů (72 mužů a 15 žen) z 240 mělo úplná data u všech 23 analyzovaných položek BTI.

**Interpretace výsledků**

Výsledky dotazníkového šetření týkající se somatické komorbidity jako takové [5] a paralelně probíhajícího lékařského vyšetření souboru 40 problémových uživatelů drog [4] ukázaly, že mezi problémovými uživateli drog se vyskytuje široká škála somatické komorbidity a že zdravotní péče byla indikována u všech zúčastněných. Jde především o výskyt a důsledky infekčních onemocnění přenášených krví při sdílení jehel, infekce v místě vpichu a další poruchy kůže, akutní systémovými infekcemi typu pneumonie, uroinfekce nebo sepse. Také stav chrupu problémových uživatelů drog je neuspokojivý, u žen je významná gynekologická morbidita. Otázka bariér přístupu k péči somatické komorbidity je tudíž z hlediska veřejného zdravotnictví velmi aktuální a naléhavá.

Faktorovou analýzou bylo identifikováno celkem 5 faktorů, které představují bariéry při vstupu do léčby a při jejím poskytování na straně klientů, které lze interpretovat následujícím způsobem:

**Faktor 1:** Potíže s nástupem do léčby kvůli dalším povinnostem (děti, rodina, práce a další).

**Faktor 2:** Předchozí špatné zkušenosti s léčbou, strach a obavy z léčby, z přístupu zdravotnického personálu.

**Faktor 3:** Finanční potíže a formální bariéry (dluhy na zdravotním pojištění, problémy se zákonem).

**Faktor 4:** Obavy z toho, že vstup do léčby bude příliš složitý a obtížný.

**Faktor 5:** Nedůvěra v to, že léčba zlepší současnou situaci klienta.

Prezentovaná studie představuje jeden z prvních počinů analyzujících bariéry v přístupu k léčbě somatických komplikací problémového užívání drog v ČR na straně samotných uživatelů. Bariéry na straně systému zdravotní péče a zdravotnických pracovníků byly dříve popsány u léčby VHC [27].

Z informací z ohniskových skupin je patrné, že problémoví uživatelé drog vnímají návštěvu zdravotnického zařízení jako vstup do nepřátelského a nevstřícného prostředí. Všichni mají za sebou negativní zkušenost s přístupem zdravotníků k sobě nebo k jiným uživatelům drog. Své zdravotní problémy proto pokud možno řeší svépomocí, také pomocí drog nebo volně prodejných léků. Pokud jsou nuceni navštívit zdravotnické zařízení, raději svůj problém s drogami zamlčí z obavy z negativních reakcí lékařů a sester. Stigmatizace a negativní, necitlivý či neinformovaný postoj personálu k uživatelům drog představuje významnou překážku, neboť důvěra uživatelů drog hraje důležitou roli v přístupu a kontaktu se službami [28].

Ukázalo se, že účinnou strategií, jak zvládat potenciální bariéry při vstupu do léčby a v jejím průběhu je multidisciplinární přístup – např. v léčbě infekčních komorbidit u uživatelů drog bývají týmy složeny ze specialisty na návykové poruchy, infektologa či gastroenterologa v případě léčby virových hepatitid, všeobecného nebo praktického lékaře, sestry, psychologa (poradce), sociálního pracovníka a dalších. Léčebný model integrující léčbu závislosti a léčbu infekcí v jednom programu (nejčastěji na bázi rezidenčního programu pro uživatele drog nebo programu poskytujícího opiátovou substituční léčbu), tzv. one-stop-shop model, výrazně zvyšuje adherenci k léčbě [29–32].

Je důležité zvolit takový léčebný přístup a postup, který optimalizuje průběh léčby, maximalizuje výsledky léčby a minimalizuje rizikové faktory přerušení léčby a jejího selhání. Edlin [33] shrnul zásady přístupu k uživatelům drog při léčbě VHC, které lze do značné míry zobecnit na problematiku léčby jiné somatické komorbidity, mezi které patří poskytování informací o očekávaných účincích léčby včetně nežádoucích, pozornost věnovaná obavám z nežádoucích účinků léčby, poradenství směrem ke snížení bariér a zvýšení adherence, partnerský přístup, komplexní řešení zdravotních potíží, motivace incentivy, používání pomocných technických zařízení (upomínky telefonem, dávkovače léků apod.).

Na základě výsledků faktorové analýzy by se v klinické praxi při péči o uživatele návykových látek mohl uplatnit screeningový nástroj, který by sledoval souhlas pacienta s následujícími výroky, které reprezentují 5 faktorů naší analýzy:

1. Nemohu nastoupit do léčby, protože mám na starost spoustu jiných věcí.
2. Mám s léčbou špatné zkušenosti.
3. Nemohu si léčbu dovolit.
4. Nastoupit do léčby je příliš složité a stresující.
5. Nevěřím, že léčba zlepší mou současnou situaci.

Bližšími dotazy by bylo možné zjistit podrobnější zdroje bariér přístupu k péči ve výše jmenovaných 5 oblastech a reagovat na ně před nástupem do léčby a v jejím průběhu.

proLékaře.cz | 12.1.2026



## ZÁVĚR

Přístup problémových uživatelů drog k léčbě infekční a další somatické komorbidity je komplikován řadou faktorů. Na straně uživatelů drog svou roli sehrává zejména nedostatek informací, nedostatek motivace, obavy různého druhu, špatné předchozí zkušenosti, živostí styl a případně komplikovaná sociální a rodinná situace. Na straně zdravotníků je to negativní postoj k uživatelům drog a nepřipravenost reflektovat specifika a potřeby této cílové skupiny. Potřeba somatické zdravotní péče je přitom mezi problémovými uživateli drog značná. Je vhodné bariéry přístupu k péči individuálně vyhodnocovat a reagovat na ně přijetím adekvátních opatření. Jedním ze základních principů, který bariéry v péči o uživatele drog pomůže řešit, je multidisciplinární přístup a spolupráce.

## LITERATURA


1. Gossop M. Treating drug misuse problems: evidence of effectiveness. London: National treatment Agency for Substance Misuse; 2006, 2009.
2. Schulte B, Thane K, Rehm J, Uchtenhagen A, Stöver H, Degkwitz P, et al. Review of the efficacy of drug treatment interventions in Europe: European Commission and Centre for interdisciplinary addiction research (ZIS) of the Hamburg University, 2008.
3. Hunt N, Ashton M, Lenton S, Mitcheson L, Nelles B, Stimson G. A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use Forward Thinking On Drugs 2003 [cited 2020-05-09]. Dostupné na https://neilhunt.org/pdf/2003-evidence-base-for-hr--hunt-et-al.pdf
4. Mravčík V, Florián Z, Nečas V, Štolfa J. Infekční a další somatická komorbidita problémových uživatelů drog – výsledky průřezové studie s lékařským vyšetřením. Epidemiologie, Mikrobiologie, Imunologie, 2016;1(65):56–62.
5. Mravčík V, Mladá K, Drbohlavová B. Infectious and Other Somatic Comorbidity in People who Inject Drugs – Results of a Cross-sectional Survey. Adiktologie, 2018;18 (3–4):141–150.
6. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? Journal of health and social behavior, 1995;36(1):1–10.
7. Allen K, Dixon M. Psychometric assessment of the Allen Barriers to Treatment Instrument. The International journal of the addictions, 1994;29(5):545–563.
8. Allen K. Development of an instrument to identify barriers to treatment for addicted women, from their perspective. The International journal of the addictions, 1994;29(4):429–444.
9. Rapp RC, Xu J, Carr CA, Lane DT, Wang J, Carlson R. Treatment barriers identified by substance abusers assessed at a centralized intake unit. J Subst Abuse Treat., 2006;30(3):227–235.
10. Xu J, Wang J, Rapp RC, Carlson RG. The Multidimensional Structure of Internal Barriers to Substance Abuse Treatment and Its Invariance Across Gender, Ethnicity, and Age. J Drug Issues, 2007;37(2):321–340.
11. Xu J, Rapp RC, Wang J, Carlson RG. The multidimensional structure of external barriers to substance abuse treatment and its invariance across gender, ethnicity, and age. Substance abuse: official publication of the Association for Medical Education and Research in Substance Abuse, 2008;29(1):43–54.
12. Grebely J, Raffa JD, Lai C, Krajden M, Kerr T, Fischer B, et al. Low uptake of treatment for hepatitis C virus infection in a large community-based study of inner city residents. J Viral Hepat., 2009;16(5):352–358.
13. Harris M, Rhodes T. Hepatitis C treatment access and uptake for people who inject drugs: a review mapping the role of social factors. Harm Reduct J., 2013;10:7.
14. Mravcik V, Strada L, Stolfa J, Bencko V, Groshkova T, Reimer J, et al. Factors associated with uptake, adherence, and efficacy of hepatitis C treatment in people who inject drugs: a literature review. Patient Prefer Adherence, 2013;7:1067–1075.
15. European Association for The Study of The Liver. "EASL recommendations on treatment of hepatitis C 2018." Journal of Hepatology 2018; 69(2):461–511.
16. Hajarizadeh B, Cunningham EB, Reid H, Law M, Dore GJ, Grebely J. Direct-acting antiviral treatment for hepatitis C among people who use or inject drugs: a systematic review and meta-analysis. The lancet Gastroenterology & hepatology, 2018.
17. Galský J, Husa P, Hejda V, Kümpel P, Němeček V, Plíšek S, et al. Standardní diagnostický a terapeutický postup chronické infekce virem hepatitidy C (HCV). Klinická mikrobiologie a infekční lékařství, 2012;18(3):75 –89.
18. Muthén LK, Muthén BO. Mplus User's Guide. Eighth Edition. Los Angeles, CA: Muthén & Muthén, 1998–2017.
19. Miovský M. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu: Grada Publishing, a.s., 2006.
20. Tyrlík M, Bém P, Zuda T, Power R. Zhodnocení drogové situace v ČR. Aktualizovaná verze zprávy „Rapid Assessment of the Drug Use Situation in the Czech Republic", 1996.
21. Minařík J, Zahradník M. Zhodnocení drogové situace v Pardubickém kraji (Rapid assessment), 2003.
22. Miovský M, Zábranský T, Bullington BB. Přehled výsledků substudie provedené s uživateli nelegálních psychoaktivních látek a pracovníky zdravotnických zařízení a významnými poskytovateli služeb uživatelům nelegálních drog. Adiktologie, 2001;1(supplementum):45–79.
23. Miovská L, Miovský M, Gabrhelík R, Charvát M. Analýza potřeb klientů nízkoprahových zařízení. Praha: Úřad vlády ČR; 2005.
24. Hair JF Jr., Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. Multivariate data analysis (6th Ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson--Prentice Hall, 2006.
25. Mravčík V, Orlíková B. Překryv klientů mezi jednotlivými nízkoprahovými programy a zneužívání buprenorfinu v Praze. Adiktologie, 2007;7(1):13–20.
26. Mravčík V, Orlíková B. Substituční léčba závislosti na opioidech v ČR: kritický pohled. Česká a slovenská psychiatrie, 2019;115(2):577–583.
27. Mravčík V, Strada L, Reimer J, Schulte B. Hepatitis C treatment uptake and adherence among injecting drug users in the Czech Republic. Epidemiologie, mikrobiologie, imunologie, 2014;63(4):265–269.
28. Edland-Gryt M, Skatvedt AH. Thresholds in a low-threshold setting: an empirical study of barriers in a centre for people with drug problems and mental health disorders. Int J Drug Policy, 2013;24(3):257–264.
29. Treloar C, Newland J, Rance J, Hopwood M. Uptake and delivery of hepatitis C treatment in opiate substitution treatment: perceptions of clients and health professionals. J Viral Hepat., 2010;17(12):839–844.
30. Grebely J, Genoway K, Khara M, Duncan F, Viljoen M, Elliott D, et al. Treatment uptake and outcomes among current and former injection drug users receiving directly observed therapy within a multidisciplinary group model for the treatment of hepatitis C virus infection. Int J Drug Policy, 2007;18(5):437–443.
31. Teasdale KE, Keren KM, Kiel A, Becker K. Improving services for prevention and treatment of substance misuse for Aboriginal communities in a Sydney Area Health Service. Drug and Alcohol Review, 2008;27(2):152–159.
32. Litwin AH, Soloway I, Gourevitch MN. Integrating Services for Injection Drug Users Infected with Hepatitis C Virus with Methadone

proLékaře.cz | 12.1.2026



Maintenance Treatment: Challenges and Opportunities. Clinical Infectious Diseases, 2005;40(Suppl. 5):S339–345.
33. Edlin BR. Prevention and treatment of hepatitis C in injection drug users. Hepatology, 2002;36(5, Suppl. 1):S210–219.

**Poděkování**
Tato studie by nevznikla bez ochoty a otevřenosti klientů účastnících se výzkumu, kterým tímto děkujeme. Za spolupráci děkujeme odborným pracovníkům Nízkoprahového střediska Drop In, o. p. s., Kontaktního a poradenského centra STAGE 5 organizace PROGRESSIVE, o. p. s. a Kontaktního centra a Terénních programů SANANIM, z. ú. Za pomoc a podporu při přípravě studie děkujeme také Mgr. Sylvě Majtnerové a Mgr. Ladislavu Vargovi.
Studie proběhla ve spolupráci s agenturou FOCUS – Centrum pro sociální a marketingovou analýzu, která zajišťovala sběr a zpracování dat.

Tento článek byl podpořen institucionálním programem podpory Progres č. Q06/LF1, projektem číslo LO1611 za finanční podpory MŠMT v rámci programu NPU I a projektem Ministerstva zdravotnictví ČR registrační číslo 16-28157A.

Do redakce došlo dne 5. 8. 2019.

*Adresa pro korespondenci:*
**doc. MUDr. Viktor Mravčík, Ph.D.**
Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti
Úřad vlády ČR
Nábřeží E. Beneše 4
118 01 Praha 1
e-mail: mravcik.viktor@vlada.cz