Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie

Bc. Hana Skořepová

Účinné faktory zvyšování kvality života u klientů v substituční léčbě

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. et Mgr. Amalie Lososová, Ph.D.

Praha 2020

Prohlášení:

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

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

V Praze dne 30.11.2020

Hana Skořepová

……

Identifikační záznam:

SKOŘEPOVÁ, Hana. *Účinné faktory zvyšování kvality života u klientů v substituční léčbě. [Effective factors for increasing quality of life in clients in substitution treatment]*. Praha, 2020. 73 s., 3 příl. Magisterská práce (Mgr.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí práce: Lososová, Amalie.

Poděkování

Ráda bych poděkovala Mgr. et Mgr. Amalii Lososové, Ph.D. za odborné vedení této práce a cenné připomínky. Mgr. Barbaře Janíkové za podnětné konzultace. Svým blízkým a kolegům za trpělivost a podporu.

ABSTRAKT

Východiska: Substituční léčba se stala pevnou součástí péče o uživatele drog. V začátcích reagovala substituční léčba především na zdravotní rizika spojená s injekčním užíváním opioidů a byla alternativou pro osoby, které nebyly schopné dosáhnout abstinence. Ukazuje se, že samotná farmakoterapie není dostatečnou intervencí, a jsou-li do spolupráce s klientem dány prvky poradenství či terapie, bude se v tomto ohledu substituční léčba přibližovat k abstinenčně orientované léčbě, kdy se pracuje na změnách v životním stylu klienta.

Cíl práce: Identifikace účinných faktorů klienta v substituční léčbě CADAS SANANIM z.ú. vedoucích ke zvýšení kvality života u klienta.

Metody: K získání dat byly využity polostrukturované rozhovory a standardizovaný dotazník Světové zdravotnické organizace WHOQOL – BREF. Ke zpracování dat z rozhovoru byla použita deskriptivní metoda trsů, otevřené kódování a kategorizace. Data z dotazníku byla zpracována a vyhodnocována dle návodu Příručky pro uživatele české verze dotazníků kvality života WHO.

Soubor: Výzkumný soubor tvořil 11 klientů substitučního programu CADAS SANANIM z.ú., kteří jsou v léčbě nejméně 5 let a jsou zařazeni do kategorie stabilizované fáze. Bylo osloveno 15 klientů, které jsem vybrala dle osobní dokumentace a jsou aktuálně v substitučním programu zařízení. Z tohoto počtu souhlasilo 11 klientů, 4 klienti odmítli z nedostatku času.

Výsledky: Z analýzy vyplývá, že pro osoby závislé na opiátech má dlouhodobá substituční léčba pozitivní vliv na zlepšení kvality jejich života. Pomocí substituce na Suboxone se stabilizovali a díky tomu mohou plně fungovat v běžném životě. Jako účinné faktory podporující jejich zkvalitnění života byly definovány: 1. úhrada substituce, 2. udržení zaměstnání, 3. bezpečné sociální vztahy, 4. podpora rodiny, 5. péče o sebe, 6. sebepřijetí.

Ze strany programu hrají důležitou roli: 7. individuální respektující přístup, 8. zvyšování jejich kompetence.

Limitem v substituční léčbě je pro klienty negativní pohled okolí na substituci a závislost na substituční látce.

Výsledky dotazníku potvrzují spokojenost respondentů s kvalitou jejich života, kde zcela převažuje odpověď velmi dobrá. Domény fyzické zdraví, prožívání a sociální vztahy byly v normě běžné populace, naopak doména prostředí převyšovala.

Závěr: Studie ukazuje na podpůrný efekt substituční léčby buprenorfinem z dlouhodobého hlediska, která pomáhá osobám na opiátech měnit svůj život. Identifikace faktorů přispívající ke zlepšení života během substituční léčby samotnými klienty může být přínosem pro terapeutické intervence.

Klíčová slova: substituční léčba, kvalita života, buprenorfin, účinné faktory

ABSTRACT

Background: Substitution treatment has become a stable part of the addiction services system for drug users. In the beginning, it primarily reacted to healthcare complications related to intravenous substance use and was an alternative for those not able to keep an abstinence. It is proved that only pharmacotherapy is not enough intervention and that it is key to add counseling or therapy as it becomes similarly effective as abstinence-oriented treatment where we work on lifestyle changes in clients.

Objective: Identification of effective factors leading to an increase in quality of life from the perspective of clients in substitution treatment in CADAS SANANIM z.ú.

Methods: A semi-structured interview and a standardized WHOQOL-BREF questionnaire of the World Health Organization were used to obtain the required data. The descriptive method of thematic (focal) analysis was used to process data from the interviews, and data from the questionnaire was evaluated according to the instructions of the User's Guide of the Czech version of the WHO quality of life.

Sample: The research participants consisted of 11 clients of the substitution program in CADAS SANANIM z.ú., who have been in treatment for at least 5 years and are included in the stabilization phase category. I contacted 15 clients, which I selected according to their personal documentation and which are currently in the substitution program of the facility. Eleven clients agreed, 4 clients refused due to lack of time.

Results: The analysis shows that for opiate users, long-term substitution treatment has a positive effect on improving their quality of life. Through substitution with Suboxone they have been stabilized and later found themselves grateful for being able to fully function in everyday life. The following were defined as effective factors supporting their quality of life: 1. payment of substitution, 2. maintenance of employment, 3. safe social relationships, 4. support of their family, 5. self-care,

6. being authentic. From the perspective of the program there is an important role in: 7. individual respectful approach, 8. increasing of client's competence.

The limit in substitution treatment from the clients´ perspective are the negative approach of surrounding community to substitution and dependence on the substitution.
Results from the WHOQOL-BREF questionnaire confirm respondents´ satisfaction with their quality of life, where significantly prevailed answer very good. Domains physical health, psychological feelings and social relationships were in the main population norm, on the other side domain environment was over the norm. Results from the WHOQOL-BREF questionnaire confirm respondents´ satisfaction with their quality of life, where significantly prevailed answer very good. Domains physical health, psychological feelings and social relationships were in the main population norm, on the other side domain environment was over the norm.

Conclusion: The study shows the supportive effect of buprenorphine replacement therapy in the long term, which helps opiate users to change their lives. The identification of factors contributing to the improvement of life during substitution treatment by the clients themselves may be beneficial for therapeutic interventions.

Key words: substitution treatment, quality of life, buprenorphine, effective factor

Obsah

Úvod 11

1. Epidemiologie 13

2. Substituční léčba 14

2.1 Definice 14

2.2 Cíle substituční léčby 15

2.3 Typy a formy substituční léčby 16

2.4 Substituční látky 17

2.5 Cílová populace 19

3. Historie substituční léčby opioidy 20

3.1 Historie ve světě 20

3.2 Historie v České republice 21

3.3 Metodické a odborné zázemí 23

4. Účinnost substituční léčby 24

5. Kvalita života 27

5.1. Historický vývoj 27

5.2 Definice kvality života 28

5.3. Nástroje měření kvality života 31

6. Účinné faktory v léčbě 32

7. CADAS SANANIM 34

7.1. Historie 34

7.2. Cíle programu a prostředky k naplnění cílů 36

7.3. Cílová skupina 37

7.4. Průběh substituční léčby v CADAS SANANIM 38

PRAKTICKÁ ČÁST 41

8. Metodologie výzkumu 41

8.1 Cíl a výzkumné otázky 41
8.2 Výzkumný soubor 41
8.3 Metody získávání dat 42
8.4 Metody zpracování dat 43
9. Výsledky 46
10. Diskuse 69
Závěr 73
Seznam tabulek 74
Literatura a zdroje: 75
Seznam příloh 80

Úvod

S vývojem užívání drog se vyvíjí i léčebné přístupy a prostředky. To se týká i samotné substituce opioidy, která v druhé polovině 20. století změnila dosavadní pohled na léčbu závislostí. Do té doby byla abstinence považována za jediný cíl práce s klienty s rozvinutou závislostí na opioidech.

Substituční léčba se stala pevnou součástí péče o uživatele drog a má své oprávněné místo v přínosu, jak pro samotné uživatele, tak na úrovni rodinného systému a veřejného zdraví v celé společnosti. Léčba substitučními preparáty se ukázala jako adekvátní alternativa pro rizikové uživatele nelegálních opiátů, kteří nejsou schopni plné abstinence, ale zároveň nechtějí rezignovat na změnu. V začátcích reagovala substituční léčba především na zdravotní rizika spojená s injekčním užíváním opioidů poskytováním služeb k minimalizování dopadů s tím spojených. Vnesením prvků poradenství či terapie do spolupráce s klientem, se v tomto ohledu bude substituční léčba přibližovat k abstinenčně orientované léčbě, kdy se pracuje na změnách v životním stylu klienta.

Přestože nadále panuje kritický pohled v pojímání substituce jako rovnocenné alternativy k abstinenčně orientované léčbě z řad odborníků i široké veřejnosti, dle současné klasifikace MKN-10 (F1x.22) je substituce plnohodnotnou formou abstinence, tzn. „závislý v současnosti abstinuje v klinicky kontrolovaném udržovacím nebo náhražkovém režimu“, a může vést ke zlepšení kvality života jedince.

Podnětem ke zpracování této diplomové práce na téma účinných faktorů v substituční léčbě opioidů je má dlouholetá pracovní zkušenost s klienty v pražském substitučním programu Centrum ambulantní detoxifikace a substituce (CADAS) SANANIM, z.ú., kde studie probíhala. V rámci své práce se zabývám identifikací účinných faktorů z pohledu substituovaných pacientů zařízení CADAS SANANIM, a to u pacientů, kterým je podáván preparát Suboxone. Samotná farmakoterapie nemusí být dostatečnou cestou ke kvalitnímu životu, což zdůrazňují mezinárodní i národní doporučení a je zapotřebí se věnovat všem možným faktorům, které mají vliv na zvýšení kvality života klienta.

Tato práce se snaží přispět k dalším výzkumům v této oblasti, jelikož považuji za důležité aktivní ovlivňování povědomí a přístupu odborné i laické společnosti k této problematice.

Diplomová práce se skládá ze dvou částí. První teoretickou část tvoří kapitola o substituční léčbě, její historii a účinnosti. Další část teorie je věnována kvalitě života a jejímu vymezení, historii, nástrojům. Navazuje na to kapitola o účinných faktorech v léčbě a teoretickou část uzavírá kapitola o substitučním centru CADAS SANANIM z.ú., kde popisuji realizování programu. Praktická část se věnuje výzkumu v samotném substitučním programu CADAS SANANIM z.ú. Na základě rozhovorů s klienty tohoto centra a dotazníku WHOQOL-BREF zkoumám, jaké faktory přispívají ke zlepšení jejich života a jakou roli v tom hrají oni sami, jejich okolí a samotná léčba v programu.

1. Epidemiologie

V r. 2018 bylo v ČR odhadnuto 43,7 tis. tzv. problémových uživatelů drog, z toho 33,5 tis. uživatelů pervitinu a 10,2 tis. uživatelů opioidů. Mezi uživateli opioidů bylo 5,2 tis. uživatelů buprenorfinu, 3,4 tis. uživatelů heroinu a 1,7 tis. uživatelů jiných opioidů. Odhadovaný počet injekčních uživatelů drog (IUD) dosáhl 39,5 tis. Odhadovaný počet problémových uživatelů drog v ČR se v r. 2018 meziročně zvýšil – nárůst se týká počtu uživatelů pervitinu i uživatelů opioidů. Nejvyšší relativní počet problémových uživatelů drog je tradičně odhadován v Praze a v Ústeckém kraji, tedy současně v oblastech s vysokým výskytem problémových uživatelů opioidů. Míra injekčního užívání drog (IUD) mezi problémovými uživateli drog je vysoká, IUD tvoří dlouhodobě 90 %. V dlouhodobém horizontu je patrná klesající míra sdílení jehel a stříkaček (Mravčík et.al, 2018).

2. Substituční léčba

2.1 Definice

Substituční léčba je standardním léčebným postupem, který svou charakteristikou patří do postupů harm reduction (minimalizace zdravotních a sociálních rizik). Jedná se o časově neomezenou udržovací terapii, která odkládá splnění konečného cíle, tj. trvalé a důsledné abstinence, na dobu, kdy bude pacient objektivně i subjektivně schopen abstinenčně orientovanou léčbu podstoupit. Do té doby chce udržet a zlepšit pacientův somatický a psychický stav. Je metodou první volby pro pacienty, kteří nejsou schopni přijmout terapeutické metody, jejichž primárním cílem je abstinence od návykových látek. Nástrojem této léčby je podávání substituční látky jiným než nitrožilním způsobem, a to v množstvích, která efektivně potlačují pacientovy odvykací příznaky a umožňují všestranně zlepšit kvalitu jeho života (Popov, Zábranský, 2008).

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté revize (MKN – 10) je kterákoliv z diagnóz F 11: „Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním opioidů“, indikací pro substituční léčbu.

Substituční léčba je obecně zvažovaná u osob, které nedokážou zastavit užívání drog a udržet abstinenci. Přínos substituční léčby spočívá v příležitosti, kterou poskytuje závislým uživatelům drog při omezování jejich rizikového chování a při zdravotní a sociální stabilizaci předtím, než se začne řešit samotný problém závislosti na opioidech. U substitučních léků je žádoucí, aby měly delší dobu působení neboli poločas vylučování než droga, kterou nahrazují, aby se oddálil nástup abstinenčních symptomů a snížila se četnost podávání. To umožňuje dané osobě soustředit se na normální životní aktivity, aniž má potřebu získávat a aplikovat si drogy. Vědecké důkazy ukazují, že substituční léčba může pomoci zlepšit tělesné, sociální a psychické zdraví pacientů a zároveň omezit výskyt infekčních chorob, drogových úmrtí a trestné činnosti (WHO, 2004; UNODC, 2003; Ward, 1999; Marsch, 1998; in Verster, Bunning 2005).

Substituční udržovací léčba je jedním z nejefektivnějších typů farmakologické terapie závislosti na opioidech. Řada kontrolovaných klinických studií, longitudinálních studií a evaluací programů přináší konzistentní důkazy o tom, že substituční udržovací léčba závislosti na opioidech je obecně spojena s podstatným snížením užívání nelegálních opioidů, trestné činnosti, úmrtími z předávkování a chování s vysokým rizikem přenosu HIV (WHO 2004; in Verster, Bunning, 2007).

2.2 Cíle substituční léčby

Substituční léčba cílí na různé aspekty pacientova života, abstinence od návykové látky je na rozdíl od abstinenčně orientované léčby pouze jedním možným cílem léčby. Důraz je kladen na zlepšení stavu pacienta, jak uvádí cíle substituční léčby (Popov, Zábranský, 2008):

- udržení nebo zlepšení psychického a somatického stavu,
- ukončení rizikových způsobů aplikace návykových látek,
- snížení nebo ukončení užívání nezákonných návykových látek,
- snížení nebo ukončení rizikového chování při užívání návykových látek,
- omezení nebo ukončení kriminálního chování
- zlepšení sociálních vztahů, případně
- příprava pro zahájení léčebného režimu, vedoucího k detoxifikaci a abstinenci bez užívání substitučních látek.

Pro některé klienty může být konečným cílem samotná kvalitně prováděná udržovací substituční terapie (např. pacienti s AIDS), podstatně zlepšující kvalitu jejich života. Pacient, který je tímto způsobem léčen a abstinuje ode všech ostatních návykových látek (včetně alkoholu) je považován z klinického hlediska za (zcela, plně) abstinujícího (Popov, 2003; F1x.22, MKN-10).

2.3 Typy a formy substituční léčby

Léčebné postupy pro substituční léčbu (SL) a formy SL jsou definovány pro ČR ve Standardu substituční léčby, který vydalo ve svém Věstníku Ministerstvo zdravotnictví ČR (2008). Jsou zde definovány tři typy substituční léčby:

1) Základní léčba (tzv. nízkoprahové substituční programy) spočívá v poskytování substituční látky, doplněném zejména adekvátní somatickou léčbou a sociálním poradenstvím, jež jsou zajištěny externě. Typicky je nabízena v ambulancích všeobecných lékařů, zároveň je nejnižším možným standardem pro poskytování substituční léčby ve výkonu vazby nebo trestu odnětí svobody.
2) Rozšířená substituční léčba je kromě poskytování substituční látky doplněna adekvátní somatickou léčbou, psychoterapií a sociálním poradenstvím, které může být zajištěno externě.
3) Komplexní substituce probíhá ve specializovaných pracovištích pro substituční léčbu, poskytování substituční látky a služby nabízené v základní léčbě jsou doplněny o celý komplex dalších služeb včetně péče rezidenční (terapie somatických a psychických poruch, skupinová psychoterapie, rodinná a pracovní terapie, následná péče, vzdělávání, poradenství, rehabilitační pobyty atd.).

Kromě uvedených typů můžeme hovořit ještě o tzv. minimální substituční léčbě, jež je omezena na poskytování substituční látky bez další terapie nebo poradenství. Jde o formu substituční léčby indikované především v emergenčních stavech, při plánovaných diagnostických nebo terapeutických výkonech u pacientů substitučních programů, při cestách mimo místo trvalého bydliště (Popov, Zábranský, 2008; Pavlovská, Minařík, 2015).

Vedle toho Popov (2003) nabízí dělení formy substituční léčby dle délky trvání:

1) Krátkodobá (rychlá detoxifikační substituce, realizovaná nejčastěji během hospitalizace, trvající 1-2 týdny)

2) Střednědobá (prodloužená detoxifikace, prováděná během ústavní léčby, někdy ambulantně, trvající několik týdnů až měsíců, vhodná u klientů s velmi vysokou tolerancí, či závislých na několika látkách, které jsou vysazovány, resp. nahrazovány postupně
3) Dlouhodobá, která je většinou realizována ambulantní formou - udržovací substituce, která může trvat řadu měsíců, či let.

2.4 Substituční látky

V České republice se k substituční léčbě závislosti na návykových látkách ze skupiny opiátů používají dvě látky: Metadon (methadone hydrochlorid) - *syntetický opioid, primárně agonista opioidních receptorů* - ve formě roztoku pro perorální užití a Buprenorfin (buprenorphine hydrochlorid) -*smíšený agonista/ antagonista opioidních receptorů μ*-ve formě sublingválních tablet. V zahraničí jsou kromě metadonu a buprenorfinu v udržovací substituční léčbě závislosti na opioidech používány i jiné látky – kodein (dihydrokodein), morfin ve formě preparátu s pomalým uvolňováním účinné látky (slow-released morphine) a heroin (Popov, 2003).

Dle EMCDDA (2017) jsou metadon a buprenorfin nejčastěji předepisované léky pro SL v Evropě, což představuje asi 63 % a 35 % všech osob registrovaných v SL. V menším rozsahu se vyskytuje také použití jiných látek, jako je pomalu se uvolňující morfin nebo diacetylmorfin (heroin), ty jsou odhadem předepsány asi u 2 % klientů v SL. Léčba pomocí heroinu je dostupná v Dánsku, Německu, Nizozemsku a Spojeném království. Lucembursko je v procesu zavádění této formy léčby a v některých částech Španělska je heroin dostupný v rámci klinických hodnocení.

Substituční přípravky jsou v ČR léčebně podávány výhradně orální formou a může je předepsat jakýkoliv lékař bez ohledu na specializaci. V ČR bylo v r. 2017 na trhu 6 přípravků pro substituční léčbu závislosti na opioidech:

- metadon připravovaný jako magistraliter z dovážené generické substance dostupný ve specializovaných substitučních centrech,

- přípravky obsahující buprenorfin: Subutex®, Buprenorphine Alkaloid®, Ravata®, Addnok®, kompozitní přípravek Suboxone® s účinnými látkami buprenorfin a naloxon.

Centrální nákup metadonové substance je hrazen z dotace MZ a metadon je pro pacienty zdarma. Problémem zůstává finanční dostupnost substitučních preparátů s účinnou látkou buprenorfin. Monopreparáty s buprenorfinem nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění, a pacient tedy hradí v lékárně plnou cenu. Kombinovaný preparát Suboxone® 8 mg je jako jediný hromadně vyráběný substituční preparát od r. 2010 hrazen ze zdravotního pojištění, ale v praxi je počet pacientů na hrazeném Suboxone® odhadován jen na několik desítek (Mravčík et al., 2017).

V r. 2018 finanční dostupnost substituční léčby dále klesla, a to i u hrazeného Suboxone®, neboť rozhodnutím SÚKL o změně výše a podmínek úhrady léčivých přípravků byla od 1. 7. 2018 stanovena nová základní úhrada ve výši 38,5289 Kč za obvyklou denní terapeutickou dávku. Maximální úhrada ze zdravotního pojištění se tak u 1 balení Suboxone® (8 mg / 2 mg, 7 tablet) snížila z 637,15 Kč na 401,17 Kč. Vzhledem k tomu, že maximální cena výrobce byla nezměněna, orientační prodejní cena v lékárně zůstala na cca 459,0 Kč a pacienti si musí doplácet ze svého cca 58 Kč za 1 balení. Na začátku března 2018 provedlo Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (NMS) šetření zaměřené na poskytování substituční léčby přípravkem Suboxone® v režimu úhrady ze zdravotního pojištění. Bylo osloveno všech 42 programů, které v průzkumu sčítání adiktologických služeb uvedly poskytování substituční léčby, z nich bylo 33 programů, které uvedly, že pro léčbu používají Suboxone®. Odpovědělo 15 programů, z nich pouze 1 program měl smlouvu na úhradu Suboxone® se zdravotní pojišťovnou a poskytoval tak lék klientům zdarma (Mravčík et al, 2019).

2.5 Cílová populace

Substituční léčba je určena osobám závislým na opioidech, často s přítomností psychických a somatických komplikací. Cílovou skupinu tvoří obvykle klienti s těžkou a dlouhodobou závislostí na vysokých dávkách látek opiátového typu, dále klienti s opakovanými neúspěšnými pokusy o léčbu či HIV pozitivní klienti. Častými klienty jsou také těhotné ženy se závislostí na látkách opiátového typu nebo klienti, u nichž jazyková bariéra neumožňuje léčbu v jiném zařízení (Richterová Těmínová, 2008).

3. Historie substituční léčby opioidy

3.1 Historie ve světě

Moderní historie substituční léčby se datuje od roku 1964, kdy byl v USA zahájen první program metadonové substituce. Osoby, závislé na opioidech, opakovaně neúspěšně léčené v programech zaměřených k dosažení úplné abstinence, začaly perorálně užívat metadon ve formě roztoku (Popov, 2003).

Pro současný model substituční léčby má význam i terapie opioidových závislostí pomocí Subutexu®, tedy sublingvální tablety obsahující buprenorfin. Tento typ léčby byl poprvé zaveden ve Francii v roce 1955. O čtyři roky později se léčba Subutexem® zavádí i ve Spojeném království a v roce 2000 v Německu a Austrálii (Verster, Bunning, 2007). Jelikož však začal Subutex® prosakovat na černý trh a začaly se objevovat zprávy o jeho zneužívání, vyvstala z této situace potřeba vyvinout látku, která by měla podobné účinky a zároveň měla nižší potenciál pro zneužití. Řešením se stal lék Suboxone®, tedy kombinace buprenorfinu a naloxonu. Tento přípravek byl v roce 2002 registrován k substituční léčbě v USA (Novotný, 2007).

Dle zprávy EMCDAA byla substituční léčba v roce 2017 v Evropské unii poskytována odhadem 654 000 uživatelů opioidů (662 000, pokud zahrneme i Norsko). Po trvalém poklesu v letech 2010 až 2015 představuje celkový údaj pro EU v roce 2017 celkem 4% nárůst oproti předchozímu roku.

Nejčastěji předepisovaným lékem pro substituční léčbu závislosti na opioidech je metadon, který v Evropě dostávají téměř dvě třetiny (63 %) klientů na substituční léčbě. Dalších 34 % je léčeno medikací na bázi buprenorfinu, který je hlavním léčivým přípravkem používaným pro substituční léčbu v osmi zemích.

Jiné látky, například morfin s pomalým uvolňováním nebo diacetylmorfin (heroin), jsou v Evropě předepisovány spíše příležitostně a odhaduje se, že je užívají 3 % klientů v substituční léčbě. Kohorta klientů substituční léčby v Evropě stárne, přičemž většina klientů je nyní starších 40 let a obvykle podstupuje léčbu delší než 2 roky. Ve všech evropských zemích jsou pro uživatele opioidů

dostupné alternativní možnosti léčby, avšak používají se méně často. V jedenácti zemích, o nichž jsou data k dispozici, je 2 až 17 % všech uživatelů opioidů léčených ze závislosti léčeno způsoby, které nezahrnují substituci opioidů (EMCDDA, 2019).

3.2 Historie v České republice

V České republice má substituční léčba poměrně dlouhou tradici. Existují dobře zdokumentované případy závislosti na opiátu „braun," které byly léčeny tzv. „divokou substitucí". Nejčastěji se používal Diolan® (obsahující etylmorfin) a Temgesic® (obsahující buprenorfin). V r. 1992 dovezla nadace Drop-In několik kilogramů metadonu a Ministerstvo zdravotnictví ČSFR povolilo substituční léčbu provádět jako jednoroční experiment. S rostoucím výskytem heroinu v 90. letech se potřeba zavést substituční terapii opiátovými agonisty vynořila znovu. V r. 1997 rozhodlo Ministerstvo zdravotnictví ČR (MZ ČR) o spuštění „pilotního programu" pro 20 pacientů ve VFN v Praze, v rámci oddělení pro léčbu závislostí. Počátkem r. 1999 sestavilo MZ ČR pracovní skupinu, která připravila Standardy substituční léčby a vzdělávací program pro odborné lékaře a střední zdravotnický personál. Vznikl Registr substituční léčby (Zábranský, 2003).

Od počátku substituční léčby, tj. od roku 1997, byl v ČR k substituci opioidů užíván metadon připravovaný z dovážené generické substance (dostupný ve specializovaných substitučních centrech a věznicích), který se podává ve formě sirupu. V roce 2000 byl registrován a na počátku 2001 byl uveden na trh léčebný přípravek Subutex® obsahující buprenorfin. Počátkem 2008 byl na náš trh uveden další preparát Suboxone® (kompozitní přípravek, obsahující kromě buprenorfinu ještě naloxon). Od ledna 2011 je dostupný přípravek Buprenorphine Alkaloid® obsahující buprenorfin a od června 2011 přípravek Ravata® obsahující buprenorfin. Předepisování přípravků na bázi buprenorfinu není téměř omezeno. Jediné omezení představuje nutnost používat k předpisu recept s modrým pruhem (tzv. opiátový recept) a registrace lékaře a hlášení pacientů do Národního registru

léčených uživatelů drog (NRLUD). Od roku 2010 je možno preparát Suboxone® 8 mg částečně hradit ze zdravotního pojištění (Nechanská, 2019).

Substituční terapie byla poskytována v roce 2000 v celkem 7 akreditovaných metadonových centrech, jejichž počet postupně narostl až na 13 center v roce 2007. V roce 2008, kdy do elektronické verze Registru substituční léčby začali poskytovatelé zdravotních služeb hlásit poskytování substituční terapie i v neakreditovaných pracovištích (např. psychiatrické ambulance a ordinace praktických lékařů), bylo zaznamenáno poskytování substituční terapie v dalších 11 zdravotnických zařízeních. V roce 2009 byli hlášeni léčení klienti už v celkem 34 zařízeních poskytujících substituční léčbu. Do roku 2014 vzrostl počet těchto zařízení až na 64, v následujících letech se jejich počet snižoval a ke konci roku 2018 aktivně hlásili poskytovatelé zdravotních služeb poskytování substituční léčby v 54 zařízeních. Jediným krajem bez aktivně hlásícího poskytovatele zdravotních služeb stále zůstává Pardubický kraj (Nechanská, 2019).

V roce 2018 bylo léčeno 2 312 osob a jejich počet se proti roku 2017 téměř nezměnil. Léčba byla nahlášena do registru u 455 osob a léčbu ukončilo 406 osob. Více než dvě třetiny léčených osob mělo trvalé bydliště v Praze, Středočeském a Ústeckém kraji. Jediným krajem, kde není poskytována substituční léčba uživatelů opiátů/opioidů zůstává stále Pardubický kraj. Také v roce 2018 byl nejvyšší podíl léčených klientů ve věku 30–39 let, a to 54 %, klesá podíl klientů ve věku 20–29 let a roste podíl osob ve věku 40–49 let. Nejužívanějším léčivým přípravkem na bázi buprenorfinu byl Suboxone®, který byl nahlášen u 34 % léčených klientů. Nejčastější příčinou ukončení léčby bylo vyloučení pro porušování režimu a pro opakovanou nebo trvalou absenci (Nechanská, 2019).

Substituční léčbu poskytovalo v r. 2018 celkem 6 věznic, léčeno bylo 64 osob, dosud byl ve věznicích používán pouze metadon. V r. 2019 spustila Vězeňská služba ČR ve 2 věznicích pilotní projekt poskytování substituční léčby buprenorfinem včetně možnosti zahájení této léčby u osob, které dosud nebyly substitucí léčeny. Zásadní překážku v zavedení substituční léčby buprenorfinem ve věznicích představuje způsob úhrady buprenorfinových přípravků ze zdravotního pojištění (Mravčík et. al., 2018).

3.3 Metodické a odborné zázemí

Metodicky je substituční léčba v ČR definována ve Standardu substituční léčby, který Ministerstvo zdravotnictví ČR vydalo poprvé v r. 2001 jako Metodické opatření MZ ČR č. 4/2001. V r. 2008 byl ve Věstníku MZ publikován nový Standard substituční léčby č. 3/2008 (Popov, Zábranský, 2008).

Ve Standardech odborné způsobilosti je definována jako ambulantní časově předem neomezená udržovací léčba substituční látkou. Je určena osobám závislým na opiátech často s přítomností psychických a somatických komplikací. Jejím cílem je efektivně potlačit odvykací příznaky a spolupůsobením zdravotní účinků poskytované zdravotní péče asociálních služeb všestranně zlepšit kvalitu života pacientů/klientů. Služba je poskytována jako zdravotní služba formou ambulantní péče (Libra et al., 2015).

Od května 2000 fungoval v České republice Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek (dále NRULISL), jehož správcem a zpracovatele byl Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR). Ten se v březnu 2015 změnil na Národní registr léčby uživatelů drog (NRLUD), který integruje Registr žádostí o léčbu hygienické služby a NRULISL. Po spuštění NRLUD do něj byly převedeny údaje z obou původních informačních systémů a tyto zanikly. Registr shromažďuje základní sociodemografické údaje klientů/pacientů, údaje o užívaných návykových látkách, rizikovém chování, zdravotních a sociálních dopadech jejich užívání atd. Vkládání dat o pacientech/ klientech probíhá buď přímo do individuálního elektronického formuláře, nebo dávkovým exportem z existujících systémů.

Nejvýznamnější změnu v substituční léčbě přinesla novela zákona č. 379/2005 Sb. o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů, která nabyla účinnosti dne 1. ledna 2006 a podle níž je povinností všech lékařů poskytujících substituční léčbu hlásit své pacienty do NRULISL a zabránit tak vícenásobné preskripci, což je zároveň jedním z cílů tohoto registru (Nechanská, 2019).

4. Účinnost substituční léčby

Výzkumy prokázaly, že substituční léčba je účinná pro jednotlivce i pro společnost, protože zlepšuje sociální, duševní a fyzický stav jedince, a tak snižuje veřejné výdaje na zdravotní péči a trestně právní systém.

Správně poskytovaná substituční léčba:

- sníží nebo zastaví užívání nelegálních drog
- zlepší fyzický, duševní a sociální stav pacienta
- sníží počet infekčních onemocnění, včetně HIV a hepatitidy
- sníží úmrtnost, zvláště spojenou s předávkováním
- sníží nemocnost
- zlepší kvalitu života pacienta a jeho rodiny
- sníží veřejné výdaje na zdravotní péči
- sníží veřejné výdaje na trestněprávní systém.

Přínos substituční léčby je zvyšován:

- udržením klientů v terapii (čím déle je pacient léčen, tím větší je přínos léčby pro něj i pro společnost)
- předepisováním dostatečně vysokých dávek (v případě metadonu obvykle mezi 60–120 mg nebo více, u buprenorfinu 8 mg nebo více)
- spíše dostatečně dlouhým obdobím na stabilní dávce léčiva než překotným převáděním k abstinenční léčbě
- nabídkou (různých forem) poradenství
- vyšetřením na přítomnost jiných psychiatrických onemocnění a jejich případnou léčbou
- dostupností psychosociálních intervencí a podporou integrace jednotlivých služeb.

Hlavní kritéria, podle nichž se obvykle měří účinnost léčby, jsou chování z hlediska užívání drog (typ drogy, frekvence, množství), zdraví (psychické a tělesné potíže) a sociální fungování (zaměstnání, bydlení, kriminalita). Účinnost

substituční léčby lze tedy měřit prostřednictvím míry naplnění jejích cílů (Gossop, 2009; Pavlovská, Minařík, 2015).

Výsledky výzkumů ukázaly, že substituční terapie je účinnější, pokud je součástí komplexní léčby. Předepisování či poskytování léků by tedy nemělo být vnímáno jako izolovaný zákrok. Je důležité identifikovat a zaměřit se na další problémy, např. ve zdravotní, sociální, psychické a právní oblasti. To ale nutně neznamená, že by pacienti měli být schopni všechny tyto problémy řešit v jednom zařízení. Pokud pacient terapii podstupuje u praktického lékaře nebo v malém centru s omezeným počtem personálu, může tam proběhnout zjištění dalších obtíží a pacient pak může být poslán na doplňkovou léčbu v odpovídajících zařízeních v regionu (Verster, Bunning, 2004).

Důležitou roli vedle farmakologické péče hraje i nefarmakologická součást programu. Jde především o poradenství týkající se zdravotního stavu, psychoterapii, sociální poradenství, poradenství týkající se volby vhodného zaměstnání, zvyšování kvalifikace, ošetřovatelské služby, terapii somatických onemocnění, fyzioterapii, arteterapii či pracovní terapii, jež je však v substituci mnohdy opomíjena, nicméně díky zaměstnání se může zvýšit klientova motivace vysadit substituční látku a směřovat k abstinenci (Pavlovská, Minařík, 2015; Richterová Těmínová, 2008).

Ve studii, která zkoumala vztah mezi protidrogovým a protialkoholním poradenstvím a mírou zneužívání drog v metadonových programech, bylo zjištěno, že protidrogové poradenství je v následném sledování spojeno s méně častým užívání heroinu a kokainu (Gossop et al., 2006).

Několik studií sledovalo, zda pacienti, kterým se dostává navíc další léčebné péče, dosahují lepších výsledků než ti, kteří absolvují pouze „standardní“ léčbu. Pacienti v metadonové udržovací léčbě, kteří se rovněž účastnili terapie založené na podpůrných faktorech každodenního sociálního prostředí klienta (community reinforcement), dosahovali z hlediska míry užívání nelegálních drog významně lepších výsledků než skupina se standardní léčbou (Abbott et al., 1998). Doplnění

existujících programů o sociální služby zlepšuje výsledky léčby (McLellan et al.,1998).

Názory pacientů na léčbu jsou důležité, protože ovlivňují ochotu vyhledat a využít léčebné služby. Je-li léčba nastavena na konkrétní potřeby pacienta, je pravděpodobné, že povede ke zvýšené spokojenosti pacienta a k jeho lepšímu zapojení do léčby a může ovlivnit dodržování léčebného režimu. K faktorům léčby, které ovlivňují spokojenost pacienta, patří dostupnost, vhodnost, způsob kontaktu a účinek využívaných služeb (Marsden et al., 2000).

5. Kvalita života

V této kapitole se budu věnovat tématu kvality života, které je pro tuto práci nosné ve smyslu subjektivního prožívání kvality života klientů v substituční léčbě.

5.1. Historický vývoj

Termín“ kvalita života“ byl poprvé v historii zmíněn již ve 20. letech, a to v souvislosti s úvahami o ekonomickém vývoji a úloze státu v oblasti materiální podpory nižších společenských vrstev (Hnilicová, in Payne 2005).

V poválečné době se tento termín objevil v politickém kontextu v USA, kdy v 60. letech prezident Spojených států J.F. Kennedy a L.B Johnson se začali zajímat o kvalitu života občanů a prezentovali zvyšující se kvalitu života ve smyslu spokojeného a „dobrého života“ jako své domácí politiky (programy The Great Society a The Beautiful America), kvalita života začala být odlišována od kvantitativního růstu (Payne, 2005).

Brzy tento termín zdomácněl v sociologii, kde od té doby slouží k odlišení podmínek života, jako jsou například příjem, politické zřízení či počet automobilů na domácnost, od vlastního životního pocitu lidí. Do této doby je rovněž datováno první použití termínu kvality života pro výzkumné účely, a to v souvislosti se sociologickým trendem zaměřeným na monitorování dopadu společenských změn na život lidí, známým pod názvem: Social Indicators“.

Prvně vymezené faktory ovlivňující kvalitu života (W.Forrest) upřesnila a rozšířila OSN v roce 1961, kdy přijala 12 faktorů a označila je jako „podmínky života“: stav ochrany zdraví, životní prostředky, vzdělání, pracovní podmínky, stav zaměstnanosti, uspokojování potřeb a zásoby, doprava a komunikace, byty a jejich výstavba, odpočinek a zábava, oblékání, sociální jistoty, osobní svoboda.

Následně v roce 1974 Evropská komise OSN systematizovala sociální indikátory do osmi skupin:

- zdraví,
- kvalita pracovního prostředí,

- nákup zboží a služeb
- možnosti trávení volného času
- pocit sociální jistoty
- možnosti rozvoje osobnosti
- fyzikální kvalita životního prostředí
- možnost účasti na společenském životě

(Vaďurová, Mühlpachr, 2005; Halečka, 2001).

Od 70. let je termín kvalita života užíván i v medicíně. Zejména v průběhu 80. let se začíná stále častěji používat v klinických studiích. Nejčastěji se potom operuje s pojmem „health related quality of life“, tj. kvalita života ovlivněná zdravím. (Hnilicová, in Payne 2005).

5.2 Definice kvality života

Pro medicínu a zdravotnictví jsou relevantní definice opírající se o pojetí zdraví WHO (1946), kdy zdraví není chápáno pouze jako nepřítomnost nemoci, ale jako stav úplné „fyzické, psychické a sociální pohody“. Kvalitou života je potom to, jak jedinec vnímá své postavení ve světě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žije, a to ve vztahu k jeho osobním cílům, očekáváním, zájmům a životnímu stylu.

Hnilicová (in Payne, 2005) shrnuje v nejobecnější úrovni kvalitu života jako důsledek interakce mnoha různých faktorů. Jsou to sociální, zdravotní, ekonomické a environmentální podmínky, které kumulativně a velmi často neznámým (neprobádaným) způsobem interagují, a tak ovlivňují lidský rozvoj na úrovni jednotlivců i celých společností. S jistým zjednodušením lze konstatovat, že v rámci všech přístupů má koncept v zásadě dvě dimenze, a to objektivní a subjektivní. Subjektivní kvalita života se týká lidské emocionality a všeobecné spokojenosti se životem. Objektivní kvalita života znamená splnění požadavků týkajících se sociálních a materiálních podmínek života, sociálního statusu a fyzického zdraví.

S pojmem kvalita života je často spojován termín osobní pohoda (well-being). Lze říci, že well-being je hodnocením kvality života jako celku. Přes – v psychologii obvyklou – pluralitu názorů a přístupů k vymezení pojmu well-being se odborníci vcelku shodují v názoru, že se jedná o dlouhodobý emoční stav, ve kterém je reflektována spokojenost jedince s jeho životem. Rovněž panuje shoda v tom, že osobní pohoda musí být chápána a měřena prostřednictvím svých komponent kognitivních (životní spokojenost, morálka ve smyslu mravních zásad) a emočních (pozitivní emoce, negativní emoce) a že osobní pohoda se vyznačuje konzistencí v různých situacích a stabilitou v čase (Šolcová, Kebza, 2004).

Podle Ryffové a Keyesové (1995) má struktura osobní pohody šest základních dimenzí:

• *Sebepřijetí* (self-acceptance) - pozitivní postoj k sobě, srozumění s různými aspekty sebe a jejich akceptace, přijetí různých aspektů sebe, dobrých i špatných vlastností, srozumění s vlastní minulostí.

• *Pozitivní vztahy s druhými* - vřelé uspokojující vztahy s druhými, zájem o blaho druhých, schopnost empatie.

• *Autonomii* - nezávislost a sebeurčení, schopnost odolat sociálním tlakům a zachovat si vlastní názor a jednání, nezávislost na hodnocení a očekávání druhých.

• *Zvládání životního prostředí* (environmental mastery) - pocit kompetence při zvládání každodenních nároků, přehled o tom, co se děje v okolním prostředí, schopnost vidět příležitosti a využít vnější dění pro vlastní cíle a potřeby.

• *Smysl života* (purpose in life) - cílesměrnost, pocit, že minulý i přítomný život má smysl, směřování k dosažení cílů.

• *Osobní rozvoj* (personal growth) - pocit trvalého vývoje, otevřenost novému, nepřipouštění si nudy a pocitu stagnace, schopnost vidět pozitivní změny vlastního já a chování.

Řada autorů poukazuje na sílící význam sociálních dimenzí osobní pohody. Např. Keyesová (1998) rozlišuje specifické sociální dimenze osobní pohody, a to *sociální integraci* (hodnocení jedincova vztahu ke společnosti a komunitě), *sociální akceptaci* (jedincův příznivý obraz o společnosti a lidech), *sociální přínos* – contribution (hodnocení vlastní sociální hodnoty jedince pro společnost), *sociální aktualizaci* (hodnocení potenciálu společnosti k vývoji, její schopnosti mít vliv na svůj vývoj) a *sociální koherenci* (Šolcová, Kebza, 2004).

Dle WHO je měření kvality života postaveno na subjektivním vnímání a hodnocení spokojenosti v oblastech, které jedinec sám považuje za důležité. Kvalita života se neomezuje na hodnocení jedné oblasti, ale pokrývá široké spektrum aspektů života, které většinou zahrnují fyzickou kondici a schopnost provádět běžné každodenní činnosti, prožívání, vztahy s blízkými lidmi a širším sociálním okolím, prostředí, ve kterém člověk žije, a trávení volného času (Dragomirecká, Bartoňová, 2006b).

Dragomirecká a Škoda (1997c) uvádějí, že se v současnosti používá kvalita života jako kritérium ve čtyřech typech výzkumů: hodnocení životní úrovně národní populace, hodnocení kvality poskytovaných služeb a porovnávání alternativních programů, porovnání potřeb různých skupin populace a měření individuální spokojenosti.

Spokojenost s poskytovanou péčí ve zdravotnických a sociálních službách v oblasti péče o duševní zdraví je v současné době velmi aktuálním tématem. Sledování spokojenosti uživatelů zdravotně sociálních služeb je jedním z důležitých kritérií pro hodnocení úspěšnosti a kvality péče, protože představuje významný a jedinečný pohled z pozice těch, kteří těchto služeb využívají. Sledování spokojenosti je užitečné jak pro poskytovatele péče, pro něž představuje důležitý zdroj informací o kvalitě a efektivitě poskytovaných služeb, tak pro uživatele péče, kteří tak mají možnost vyjádřit své stanovisko k poskytované péči a k jejímu průběhu (Bártlová, Hnilicová, 2000).

5.3. Nástroje měření kvality života

Nejobvyklejšími metodami zjišťování kvality života je využití dotazníků nebo strukturovaných rozhovorů.

Patrně nejznámějšími a nejužívanějšími nástroji z dotazníkových metod se staly 100 položkový dotazník WHOQOL, případně zkrácená verze WHOQOL-BREF o 26 položkách. Nástroje WHOQOL se začaly vytvářet v 90. letech s cílem vytvořit metodu umožňující porovnání kvality života v různých kulturách a populacích vycházející z komplexní definice zdraví WHO a založenou na subjektivním pohledu pacienta (Dragomirecká, Bartoňová, 2006), a byly standardizovány rovněž pro Českou republiku.

Ve WHQOL-BREF verzi byl počet domén/oblastí snížen na čtyři, doména nezávislosti a doména spirituální byly začleněny do ostatních – jsou tedy mapovány čtyři oblasti, a to oblast fyzická, psychologická, sociální a prostředí. Tento test obsahuje celkem 26 otázek, 24 otázek mapuje jednotlivé oblasti (z každé podoblasti/facety byla vybrána položka s nejlepšími psychometrickými vlastnostmi) a 2 otázky jsou určeny k ohodnocení celkové kvality života a obecného zdraví. Výsledek pak přináší informaci hlavně o jednotlivých doménách, tento test je příliš krátký k odpovědnému hodnocení jednotlivých podoblastí (Dragomirecká, Bartoňová, 2006).

6. Účinné faktory v léčbě

Cílem léčby závislých je změna, která přináší zlepšení zdraví a kvality života na nejvyšší možnou míru. WHO (1998) definuje tři hlavní cílové oblasti v léčbě a sociální rehabilitaci uživatelů drog: 1) snížení závislosti, 2) snížení nemocnosti a úmrtnosti způsobené nebo spojené s užíváním drog, 3) podpora rozvoje tělesného, duševního a sociálního potenciálu klientů a dosažení plné sociální integrace. Tyto cíle jsou dosažitelné a měřitelné, ne však vždy a u každého klienta za stejných okolností a podmínek (Kalina, 2015).

Faktory na straně klienta ovlivňující účinnost léčby:

- Věk při začátku závislosti
- Délka drogové kariéry
- Psychopatologické komplikace
- Kriminální anamnéza
- Motivace k léčbě

Kalina (2015) ve své knize uvádí následující faktory na straně léčebného programu a zařízení:

- Vhodný výběr programu
- Integrita programu
- Terapeutický vztah
- Délka programu
- Udržení v programu a zapojení do programu
- Obsah programu
- Kontinuita péče
- Realistické plánování.

Obecně lze říci, že delší pobyt v léčbě, vyšší věk klienta při vstupu do léčby, stabilnější rodinné a sociální zázemí a sociální podpora jsou pozitivními prediktory úspěšnosti léčby. Rizikovými faktory jsou užívání nepředepsaných látek v průběhu léčby, závažná psychiatrická komorbidita, nepodporující rodinné zázemí a kontakt s uživateli drog. Je ale třeba samozřejmě mít na paměti, že ke klientům/pacientům v léčbě je potřeba přistupovat individuálně a že právě

důrazem na faktory na straně léčby (dobré vztahy s ošetřujícím personálem, vhodné nastavení léčby včetně dávky substitučního přípravku, psychosociální a psychoterapeutická podpora) je možné účinně pomoci i klientům/pacientům, kteří mají v začátku horší výchozí podmínky.

Také výsledky studie Lionse et al. (2014) ukazují na dobrý vztah s ošetřujícím lékařem jako prediktoru neužívání jiných opioidů v průběhu metadonové léčby. Výsledky metadonové léčby dle autorů studie by více zlepšila práce na vztazích s ošetřujícím personálem a partnerskými vztahy a sociálním okolím pacientů

7. CADAS SANANIM

7.1. Historie

Název zařízení v celém znění znamená Centrum ambulantní detoxifikace a substituce a důvodem vzniku byla nedostatečná nabídka komplexních substitučních služeb pro drogové uživatele v Praze.

Program vznikl v roce 2002, nicméně se plně rozběhl až ve druhé polovině roku 2003. Předcházelo tomu vytvoření klinické pilotní skupiny, kdy v rámci zařízení Denního stacionáře SANANIM byl otevřen subprogram pro novou cílovou skupinu – klienty závislé na opiátech a užívající za účelem substituce či detoxifikace legálně předepisovaný buprenorfin – Subutex (preskribci prováděli lékaři jiných organizací).

Plná realizace projektu byla zahájena v září 2003 v nově získaných prostorách v budově Studentského zdravotního ústavu. Výhodou bylo strategické umístění v centru Prahy se snadnou dostupností pro klienty a zároveň možnost využívat specializované služby lékařů v jiných oborech. V nových prostorech se velmi rychle rozběhla běžná ambulantní práce s klientelou závislou na opioidech včetně preskribce buprenorfinu (Subutex) v substitučních i detoxifikačních schématech. V té době docházelo do programu pravidelně 34 klientů., z toho 22 mužů a věkový průměr činil 25,3 let. Program v roce 2003 pracoval v minimálním složení 2 lékaři na 1,3 úvazku a 0,7 úvazku zdravotní sestry (Výroční zpráva, SANANIM 2003).

V průběhu dalších let se počet klientů v substituční péči postupně zvyšoval. Typická v tomto období byla větší míra fluktuace klientů. Zvyšovala se psychiatrická péče o tuto klientelu a postupně se zavádělo sociální poradenství.

<u>Významné mezníky programu:</u>

V srpnu 2005 zařízení získalo certifikát odborné způsobilosti jak pro ambulantní, tak pro substituční program.

Mezi rokem 2003 až 2008 byl preskribován na recept substituční preparát

Subutex, který se mezi uživateli drog masivně zneužíval injekčně a vedl k rostoucímu výskytu zdravotních komplikací. Změna nastala v roce 2008 objevením se nového „bezpečnějšího“ preparátu Suboxone na trhu, kdy se klienti převáděli na tento substituční preparát, což znamenalo odliv většího množství klientů (41 klientů během měsíce po přijetí do péče). Zařízení začalo poskytovat léčbu hlavně substitučním preparátem Suboxone, pouze v odůvodněných případech, např. graviditě, Subutexem.

Velkou změnou byla od října 2013 úhrada substitučního preparátu Suboxone 8 mg/2 mg v plné výši ze zdravotního pojištění pro pojištěnce VZP (schválená již od r. 2010) na základě žádanky o úhradu substitučního preparátu. To pro klienty bylo velkou finanční úlevou a motivací v programu setrvat a stabilizovat se.

V r. 2015 jsme zpřehlednili do konkrétnější podoby fáze substituční léčby a přešli na garantskou péči o klienty, tzn. každému klientovi v substitučním programu byl přidělen jeden styčný pracovník, se kterým zpracovává a reviduje léčebné plány. To napomohlo k intenzivnější spolupráci a většímu přehledu o potřebách daného klienta.

Přestěhování do větších prostor v roce 2016 znamenalo i rozšíření kapacity týmu, kdy v současné době jsou zastoupeny v týmu pracovní pozice - psychiatr, zdravotní sestra, sociální pracovnice, adiktolog a case manager. To umožnilo rozšířit nabídku služeb i mimo ambulanci. Došlo ke změně úlohy z převážně zdravotnického zařízení s doplňkovým sociálním poradenstvím na rozšíření komplexnější péče o klienty. Navíc se zintenzivnila spolupráce s jiným zařízeními v rámci SANANIM z.ú., které sídlí na stejné adrese. Je tak větší provázanost v rámci služeb a plynulost potřebných úkonů v péči o klienta či jeho blízké.

Od roku 2018 na základě snížení sazby úhrady Suboxone 8 mg/2 mg rozhodnutím SÚKLu, si musí klienti doplácet 58 Kč na balení. Stále to platí pouze pro pojištěnce VZP, pojištěnci jiných zdravotních pojišťoven si musí hradit substituci v plné výši.

V roce 2019 bylo v substituční péči zařízení celkem 82 klientů, z toho 29 žen (35,4 %). Věkový průměr klientů činil 40,4 let. V SL převládají uživatelé opiátů, většinou polymorfní uživatelé (benzodiazepiny, alkohol) a kromě jiného i lidé bez

typické drogové kariéry s problémem užívání benzodiazepinů nebo opiodních analgetik. Celkem 54 % klientů substitučního programu tvoří stabilní část sociálně částečně nebo plně integrovaných a stabilizovaných klientů užívajících stabilní dávku, jsou v substituční léčbě často několik let s trendem zvyšující se kvality života.

Kapacita programu je dlouhodobě 70-80 klientů. Provoz zařízení běží ve všední dny v časovém rozvrhu i s ohledem na zaměstnané klienty. Výdej substituční látky je zajištěn pro potřebné klienty i o víkendech v Kontaktním centru SANANIM z.ú. V roce 2019 bylo celkem vydáno 28 385 tablet (4 055 bal.) Suboxone 8 mg/2 mg.

7.2. Cíle programu a prostředky k naplnění cílů

Hlavním cílem programu je zajištění lékařsky a adiktologicky vedené komplexní ambulantní léčby dle základního typu užívané drogy. Konečným cílem je pak dlouhodobá životní stabilizace klienta a vyšší kvalita života, pro niž je abstinence nutnou podmínkou, ne však jedinou a postačující. Jako základní podmínku zlepšení kvality života vnímáme úpravu sebepojetí, mezilidských vztahů, dosažení spokojenosti v práci či studiu a nalezení souladu s kulturními, právními a morálními standardy dané společnosti.

Dílčí cíle zahrnují:

- dosažení náhledu klienta na situaci, ve které se nachází
- přijetí odpovědnosti za aktuální sociální situaci a sociální integraci
- řešení problémů v aktuální sociální situaci
- snížení dopadu stigmatizace spojené s abusem nelegálních OPL
- změnu jednotlivých prvků životního stylu, souvisejících s abusem drog (přímé uživatelské chování, okruh známých, trávení volného času, získávání finančních prostředků pro obživu, vztah k rodině, partnerské vztahy atd.)
- vytváření základů zdravého životního stylu, hodnotového systému, právního vědomí a psychosociální zralosti

- stabilizaci duševního a tělesného stavu tak, aby práce na výše uvedených cílech byla v silách klienta
- prevenci relapsu.

Prostředky k naplnění cílů:

Cíle jsou naplňovány prostřednictvím celého komplexu diagnostických, léčebných a rehabilitačních postupů, metod a technik zohledňujících aktuální stav a potřeby klienta. Konkrétně se jedná o tyto služby:

- skupina pro zájemce o substituční léčbu s frekvencí 1x týdně
- individuální poradenství / terapie
- psychiatrické vyšetření a farmakoterapie
- adiktologické vyšetření
- skupinová terapie pro motivované ke změně kvality života- tzv. skupina kontrolovaného užívání s frekvencí 1x týdně
- sociální práce
- case management pro klienty v substituční léčbě
- telefonické intervence - poradenství a krizové intervence pro klienty zařízení
- poradenství pro rodiče příp. další rodinné příslušníky
- socioterapie, péče o tělesný stav a další aktivity jsou poskytovány v míře, která je nezbytná k doplnění farmako/psychoterapeutické léčby, pokud tyto služby nejsou po dohodě s klientem zajištěny jinde.
  (Operační manuál CADAS SANANIM, 2019)

7.3. Cílová skupina

Cílovou skupinou jsou osoby užívající nealkoholové omamné a psychoaktivní látky, které mohou využít komplexní a specializované ambulantní služby včetně farmakoterapie směřující ke zvládnutí specifických obtíží spojených s užíváním OPL. Jedná se především o zvládnutí odvykacích obtíží, které provázejí vysazení

užívaných OPL, případně stabilizaci užívání tak, aby se snížily zdravotní a sociální dopady spojené s abusem.

Dále nabízíme pomoc při řešení jiných psychických onemocnění, které doprovázejí užívání drog, ať se jedná o diagnózu primární (tj. přítomnou před vznikem onemocnění popsaných v MKN-10 v kapitole F 1x.) nebo komorbiditu vzniklou až v době, resp. v souvislosti s užíváním drog.

V neposlední řadě nabízíme také péči rodinným příslušníkům a blízkým uživatelům OPL, obvykle ve spolupráci se zařízením, které se specializuje na psychoterapeutickou péči o tuto skupinu (Operační manuál CADAS SANANIM, 2019).

7.4. Průběh substituční léčby v CADAS SANANIM

Pro zájemce o substituční léčbu nabízí zařízení skupinu, která je definována jako motivační, podpůrná a psychoedukační. Tato skupina se koná pravidelně jednou týdně a je otevřená pro všechny žadatele. Příjem do programu přes skupinu napomáhá k lepší navázanosti klienta a zrychlení jeho vstupu do programu, k prvotnímu diferenciálně-diagnostickému filtru a informovanosti o programu. Zájemci jsou přijímáni dle pravidelnosti účasti na skupině a aktuální kapacity zařízení. O definitivním přijetí klient/klientky rozhoduje tým na své poradě.

Pokud je klient přijat do substituční léčby přichází ke vstupnímu vyšetření, které provádí lékař s adiktologickým pracovníkem.

Obsahem vstupního vyšetření adiktologem je:

- Odebrání anamnézy (rodinná, drogová, zdravotní, sociální, právní)
- Toxikologické vyšetření moči, příp. slinný test
- Klient by s sebou ke vstupnímu vyšetření měl donést propouštěcí zprávy z léčeb, které absolvoval. V případě že je nemá, pokusíme se je získat s jeho souhlasem.

S lékařem probíhá:

- Somatické fyzikální vyšetření + vystavení žádanky na laboratorní odběry krve k biochemii, krevnímu obrazu, sérologickému vyšetření
- Psychiatrické vyšetření.

Na základě uvedených vyšetření je nastavena počáteční dávka substituce.

Klient podepisuje informovaný souhlas s léčbou buprenorfinem, smlouvu o poskytování zdravotních a sociálních služeb. Maximálně do měsíce po vstupu klienta do zařízení je mu přiřazen garant.

Klient v prvním měsíci nastupuje do nulté fáze tzv. observační, kdy dochází na denní výdej - u klientů toho času bez pracovních povinností. Ti, kteří pracují, dochází denně minimálně první týden k nastavení a stabilizaci substituční dávky. Tato fáze slouží k seznamování s režimem programu, mapování potřeb klienta a nastavení individuálního plánu, stabilizace na substituční dávce a snižování zneužívání jiných látek. Běžné je toxikologické vyšetření.

V 1. fázi se pracuje nadále na stabilizaci užívání substitučního preparátu, minimalizování relapsu na jiných látkách, typická je práce s motivací, rozvíjení terapeutického podpůrného vztahu, snaha o zvyšování zdraví klienta z bio-psycho-socio-spirituální roviny, trvání max. do jednoho roku. Kontakt s klientem cca 1- 3x týdně. Toxikologické vyšetření je prováděno. Je poskytována nabídka dalších aktivit v rámci socioterapie, case management, pracovní a sociální poradenství.

2. fáze částečné stabilizace, kdy se postupuje v podobném duchu jako u první fáze, pomoc v hledání a realizaci aktivit mimo okruh uživatelů drog, pomoc ve střednědobých až dlouhodobých plánech, nabídka skupinových aktivit. Při smysluplnosti kontraktu práce na změně nebo udržení kvality života časově neomezená. Docházení 1x týdně až 3 týdny.

3. fáze plné stabilizace, kdy má klient práci nebo studuje, stabilní bydlení, podpůrné zdroje v okolí nebo u sebe. V této fázi je práce zaměřena na dlouhodobější plány s tématem účelu substituce, zvědomování si změn, příp. směřování k vyabstinování. Toxikologické vyšetření probíhají namátkově.

Frekvence docházky 1x týdně až měsíc, neomezená doba setrvání. (Operační manuál CADAS SANANIM, 2019).

Další fáze jsou již přizpůsobení specifickým potřebám:
4. fáze: mimořádný režim - pro těhotné nebo pro klienty se závažnými somatickými problémy - pomoc v aktuální fázi po stránce zdravotní, sociální, synchronizace komplexní péče, docházka dle dohody a stavu klienta.
5. fáze: přechodná/ detoxifikační fáze - přechod do jiného typu léčby ústavní, komunitní péče. Docházka k dennímu výdeji substituce.
6. fáze: postdetoxifikační, post substituční - podpůrná psychoterapie, klient abstinuje od všech škodlivých látek, docházka je dle možností 1 týdně až 2 týdny. Zajištění následné péče pokud to nelze z kapacitních důvodů v zařízení (7. fáze postnásledná) (Operační manuál CADAS SANANIM, 2019).

Doba substitučního programu je časově neomezená ze své definice, klient se však může kdykoliv rozhodnout substituční léčbu ukončit a vysadit ambulantně nebo za hospitalizace. V takovém případě klienta motivujeme k využití dalších služeb, dle jeho stavu – odvykací léčba ambulantního či rezidenčního typu, doléčování, psychoterapeutická péče.

Jako klíčové vnímáme vysokou individualizaci péče, pro každého klienta stanovujeme podmínky a způsob práce zvlášť. Neznamená to, že bychom neměli jasně stanovená pravidla pro všechny obecně, ale v přístupu se snažíme vždy podívat se na klienta i jeho optikou, vzít v potaz jeho limity a jeho vlastní příběh. Klienty limitujeme pouze tam, kde je to nezbytně nutné. A snažíme se být trpěliví, protože úspěch se mnohdy dostavuje až po měsících, či dokonce letech v léčbě (Operační manuál CADAS SANANIM, 2019).

PRAKTICKÁ ČÁST

8. Metodologie výzkumu

8.1 Cíl a výzkumné otázky

Cílem práce je identifikace účinných faktorů klienta v substituční léčbě CADAS SANANIM z.ú. vedoucích ke zvýšení kvality života u klienta.

Výzkumné otázky

• Jaký vliv má substituční léčba na zvýšení kvality života klienta programu?
• Jaké účinné faktory považují klienti SL za důležité ke zlepšení svého života?
• Jaké faktory hrají roli z hlediska struktury programu, přístupu terapeutů?

8.2 Výzkumný soubor

Cílovou skupinu pro substituční program CADAS SANANIM tvoří problémoví uživatelé – tj. intravenózní uživatelé drog a/nebo dlouhodobí a pravidelní uživatelé opiátů s dg. F11.2. Program je rozdělen na jednotlivé kategorie, kam spadá vždy klient dle splnění podmínek dané fáze. Kategorie jsou od nastupujících, přes nestabilizované klienty. Následuje kategorie nedostatečné stability stran bio-psycho-socio nebo adiktologické problematiky až po stabilizované klienty sociálně plně integrované, kterých je aktuálně v programu 29 osob. Kritériem pro výběr výzkumného vzorku bylo, že klienti jsou v substitučním programu minimálně 5 let a jsou stabilizováni v léčbě substitucí, tj. v roce 2020 jsou zařazeni v kategorii 3 substitučního programu. Metodou záměrného výběru jsem vybrala dle osobní dokumentace ty klienty, kteří tyto kritéria splňují a aktuálně dochází do zařízení. Bylo osloveno 15 klientů s informováním o záměru výzkumu a jejich rolí v něm. Z tohoto počtu souhlasilo 11 klientů, z tohoto počtu je jich 10 v garantství autorky práce. Zbylí čtyři respondenti odmítli z časových důvodů.

8.3 Metody získávání dat

Data byla získávána za využití kombinace dvou metod, polostrukturovaného nestandardizovaného rozhovoru s klienty, jenž je nejrozšířenější metodou interview, a standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF.

Jak uvádí Miovský (2006), výhodou polostrukturovaného interview je především to, že dokáže eliminovat nevýhody obou zbývajících metod interview (nestrukturovaného a plně strukturovaného) a vytěžit současně maximum jejich výhod. Možnost kombinace prvků obou výše uvedených druhů interview činí z polostrukturovaného interview téměř ideální nástroj pro oblasti aplikace většiny výzkumných plánů v rámci kvalitativního přístupu. Vytváříme si závazné schéma, které specifikuje okruhy otázek, na které se budeme účastníků ptát. Pořadí těchto otázek je možné zaměňovat dle potřeby za účelem větší výtěžnosti rozhovoru. Máme však definované tzv. jádro rozhovoru- tj. minimum témat a otázek, které je nutné probrat. Velkou výhodou je také pokládání doplňujících otázek. Ty je možné při následné analýze a zpracování dat využít anebo je lze vynechat.

Pro svůj výzkum jsem zvolila polostrukturovaný rozhovor z důvodu přirozeného získávání subjektivních sdělení od klientů, kdy jsem mohla se ihned doptávat na detaily a související otázky.
Rozhovor byl realizován s každým klientem individuálně v prostorách zařízení CADAS SANANIM, tedy v prostředí, které bylo pro klienty známé. S respondenty byl domluven termín a byli upozorněni, aby počítali přibližně s hodinou času. Před rozhovorem byli informováni o účelu výzkumu a jeho průběhu. Následně podepisovali informovaný souhlas s účastí na výzkumu. Rozhovory byly zaznamenávány použitím audiotechniky-diktafon. Respondentů jsem se dotazovala na období vstupu do substituce, průběh substituční léčby až do současnosti souběžně se změnami v jejich osobním životě. Dotazník byl sestaven na základě předchozího pilotního dotazníku z příspěvku na AT konferenci 2014, který jsem pak upravila dle potřeb výzkumu (viz příloha 2).

Ke sběru dat v rámci výzkumného šetření byl použit standardizovaný dotazník Světové zdravotnické organizace WHOQOL - BREF (zkrácená verze WHOQOL - 100). Oba dotazníky jsou určeny pro hodnocení kvality života skupin nebo populací. Umožňují mezinárodní nebo regionální srovnání nebo srovnání skupin s různými sociodemografickými charakteristikami. Dotazníky jsou určeny k samostatnému vyplnění respondentem, ale mohou být v případě potřeby předkládány formou rozhovoru. Dotazník WHOQOL- BREF se skládá ze 24 položek sdružených do čtyř oblastí (fyzická, psychologická, sociální oblast a prostředí) a dvou položek celkového hodnocení (Dragomirecká, Bartoňová, 2006).

Klientům jsem tyto dotazníky dávala poté, co souhlasili s účastí na výzkumu a oni je následně vyplněné přinesli. Všechny dotazníky byli řádně vyplněné.

Respondenti byli označeni anonymním kódem, který bude shodný i se záznamem sociodemografických dat a dotazníků WHOQOL- BREF.

8.4 Metody zpracování dat

Z rozhovorů byla audio data následně převedena do textové podoby formou doslovné transkripce.

Ke zpracování dat byla použita deskriptivní metoda trsů sloužící k seskupení a konceptualizaci určitých výroků do skupin, např. dle rozlišení určitých jevů, místa, případů atd. Tyto skupiny (trsy) by měly vznikat na základě vzájemného překryvu (podobnosti) mezi identifikovanými jednotkami. Tímto procesem vznikají obecnější, induktivně zformované kategorie, jejichž zařazení do dané skupiny (trsu) je asociováno s určitými opakujícími se znaky, určitým charakteristickým uspořádáním atd. (Miovský, 2006).

Dle Milese a Hubermana (Miovský, 2006), kteří definovali fáze výzkumu, proběhla analýza kvalitativních dat metodou otevřeného kódování - práce s klíčovými slovy a symboly - s poznámkováním, roztříděním, ale i propojováním získaných dat, tzn. hledání spojitostí v datech a vzájemným propojováním částí ve

větší celky, vytváření a identifikace kategorií, trsů atd. (Miovský, 2006). Výsledky byly následně deskribovány a doplněny doslovnými výpověďmi respondentů.
Data získaná dotazníkem WHOQOL-BREF byla zpracována a vyhodnocována dle návodu Příručky pro uživatele české verze dotazníků kvality života WHO (Dragomirecká, Bartoňová, 2006), přičemž byla využita počítačová aplikace Excel. V případě dotazníků bylo pracováno s dotazníkovými doménami, které sloužily k dokreslení současného stavu respondentů. Jednotlivé škály nebyly hodnoceny z důvodu, že přesahují rozsah této práce.

8.5 Etika

Výzkum jsem prováděla v zařízení CADAS SANANIM z.ú., kde jsem osobně oslovila klienty, kteří splňovali kritéria výzkumu. Otázky a informovaný souhlas klienta s rozhovorem byly nejdříve poskytnuty k posouzení Etické komisi SANANIM z.ú. Teprve po odsouhlasení Etickou komisí realizovány s respondenty.

Před zahájením rozhovoru byl každý respondent informován o účelu výzkumu a svých právech, tj. právu kdykoliv odstoupit od rozhovoru, právu na informace a ochranu osobních údajů a podepisoval Informovaný souhlas, který bude založen do jeho zdravotnické dokumentace. Respondenti se výzkumu účastnili dobrovolně a anonymně (pod přiděleným kódem). Bez nároku na odměnu, ale také na druhou stranu bez limitů v léčbě na základě jejich odpovědí.
Rozhovor s respondenty byl zaznamenáván na diktafon, po přepisu vymazán. Při manipulaci s přepsaným rozhovorem a vyplněnými dotazníky a jejich uskladnění bylo s nimi nakládáno jako s jinými dokumenty s osobními údaji. Osobní identifikace je známa pouze výzkumníkovi a ten respektuje právo na anonymitu a ochranu osobních údajů respondentů.

Výpis z dokumentace obsahují pouze základní socio-demografické indikátory a nesmí obsahovat jakékoli osobní identifikace, které by mohly umožnit přiřazení konkrétní osoby k jejím odpovědím.

Rozhovor probíhal vždy po předchozí dohodě v daném termínu dle časových možností klienta. S každým respondentem byl rozhovor prováděn jednotlivě v samostatné místnosti.

Jsem si vědoma možných konfliktů zájmů v podobě sloučení osoby výzkumníka a pracovníka programu zároveň, jelikož výzkum byl realizován v zařízení, v kterém je autorka studie nejen členem týmu, ale i vedoucí programu, a s klienty pracuje i individuálně. Tento fakt mohl zkreslit odpovědi od respondentů, ať už se chtěli nějak chránit nebo nepřiznávat zcela pravdu. Na straně výzkumníka mohlo být obtížné neinterpretovat sdělení či nepřipomínat situace, které mu byly známy.

Uvedená rizika, plynoucí ze souběhu rolí, lze eliminovat jen velmi obtížně. Uvědomění si faktu, že tato rizika existují, může napomoci k jejich minimalizaci. Respondenti byli informováni o tom, že jejich zapojení do studie žádným způsobem neovlivní jejich další léčbu ani pozitivním ani negativním způsobem. Kromě podpisu byli informováni na začátku rozhovoru o možnosti odstoupení kdykoliv.

9. Výsledky

9.1. Zpracování sociodemografických dat

Výzkumu se zúčastnilo 11 respondentů, z toho bylo 5 žen a 6 mužů.

Věkový průměr činil respondentů 43,6 let; nejmladšímu substituovanému bylo 39 let, nejstaršímu 63 let.

Vzdělání respondentů: nejvíce zastoupené bylo vzdělání středoškolské u 5 respondentů, následovalo vysokoškolské 4 resp., po jednom respondentovi bylo střední bez maturity a základní.

Pracovní uplatnění má aktuálně 10 resp. na hlavní pracovní poměr a 1 resp. má nárok na invalidní důchod.

Bydlení - všichni respondenti mají charakter stabilního bydlení s partnerem (9 resp.), s dětmi nebo rodiči (ve 3 případech, z toho 2 respondenti bydlí s rodiči v rodinném domě).

Stav - 5 resp. svobodní, v partnerském vztahu; 2 resp. v manželství; 4 resp. rozvedení. Z celkového počtu respondentů má 6 respondentů děti.

Psychiatrická anamnéza

Všichni respondenti odpovídají s dg. F11.2 klasifikaci ke vstupu do opiátové substituční léčby. Z celkového počtu respondentů má 7 respondentů navíc přidružené diagnózy (viz tabulka č.1). Dg. F19.7 psychotická por. reziduální s pozdním nástupem měl 1 resp. diagnostikovanou v době po nástupu, ale zatím je mu ponechána. Po 1 respondentovi se jedná o dg. středně těžké depresivní fáze (F32.1) nebo F41.2 - smíšená úzkostná a depresivní porucha, 3 respondenti mají v anamnéze dg. F33 periodické depresivní poruchy. U 1 resp. dg. F61 smíšené a jiné poruchy, bez specifických symptomů.

Tab. č. 1: Přehled psychiatrických diagnóz respondentů

diagnóza	F11.2	F19.7	F32.1	F33	F41.2	F61
respondenti	11	1	1	3	1	1

Zdravotní anamnéza

Pouze 2 respondenti z celkového počtu mají v anamnéze dg. stav po VHC, zaléčeni. Jeden respondent v důsledku rizikového užívání drog následně velké zdravotní obtíže, dg. M053 revmatická artritida s postižením jiných orgánů a soustav; Z95.9 Přítomnost srdečního a cévního implantátu a transplantátu.

Adiktologická anamnéza

Tab. č. 2: Rok vstupu do substitučního programu CADAS SANANIM

rok vstupu	2004	2012	2013	2014	2015
respondenti	2	1	1	4	3

Z osobní dokumentace zjištěno, že pouze 1 respondent neměl před vstupem do substitučního programu žádnou zkušenost s abstinenčně orientovanou léčbou. Zkušenost s jiným substitučním programem uvedlo 5 respondentů, opakovaně ve stejném substitučním programu 2 resp., bez předešlé zkušenosti se substitučním programem uvedli 4 respondenti.

Tab. č. 3: Výše substituční dávky respondentů

aktuální denní dávka SBX	1 mg	4 mg	6 mg	8 mg	12 mg	16 mg	24 mg
respondenti	1	3	1	1	2	2	1

V dávce substituční látky je patrné z tabulky č.3, že rozpětí je od 1 mg až do 24 mg pro die. Respondentka, která je na nejnižší dávce se pokouší o vysazení substituce a směřuje k abstinenci. Substituční preparát užívá 2 mg obden. Naopak respondent s denní dávkou 24 mg je na této dávce plně stabilizovaný a prosperující bez relapsů.

9.2. Vyhodnocení rozhovorů

Na tomto místě budou uvedeny výsledky získané z polostrukturovaných rozhovorů s respondenty tak, aby odpovídaly na stanovené výzkumné otázky. Zjištění jsou doplněna o přímé výpovědi respondentů pro dokreslení situace.

Výzkumná otázka č.1: Jaký vliv má substituční léčba na zvýšení kvality života klienta programu?

V této výzkumné otázce jsem se zaměřila na vývoj očekávání od nástupu klienta do substitučního programu po současnost. Záměrem bylo, aby se respondenti podívali zpětně na své fungování po celou dobu, co dochází do substituce a zhodnotili tento vývoj s odstupem času.
Nejdříve byli respondenti dotazováni na očekávání, se kterými vstupovali do substitučního programu. Všichni respondenti od vstupu do substituce očekávali řešení aktuální debaklové situace. Drogy a způsob života s tím spojený byly pro ně dost nákladné - ekonomicky, ale i v trávení více času sháněním drog a k tomu nutným pohybem na drogové scéně. Polovina respondentů zmiňovala, že se vstupem do substituce chtěla předcházet abstinenčním příznakům. Dva respondenti uvedli, že jim užívání drog ohrožovalo vztah s partnerkami. Nikdo z respondentů nebyl tlačen do substituce blízkým okolím, bylo to jejich rozhodnutí. Očekávání se soustředilo na vyřešení aktuální situace, nebyl tam další výhled.

„Já už jsem nevěděl, jak dál. Opakovaně jsem se vracel k drogám, hlavně opiátům v té době. Viděl jsem to jako nějakou cestu, jak nepřijít o rodinu, o práci, takovou jistotu Byl jsem už zoufalej, ale nevěděl jsem co, a tak jsem to tak trochu vzdal nějakou jsem snahu být čistý, ale nešlo to ani s těma drogama. Myslím, že jsem měl hodně strach, že by to žena nevydržela, syn byl malej, byl mu nějakej rok. Abstinovat se mi nechtělo.“ (R2)

„Abych neměla žádné absťáky, a žádnou vizi dopředu jsem až tak neměla. Chtěla jsem řešit aktuální situaci.“ (R7)

Zpětně všichni respondenti hodnotí svá očekávání za splněné v tom, s čím přicházeli do substitučního programu. Žádný respondent nebyl rozhodnut v době vstupu do substituce, že by měla vést substituční léčba k abstinenci. Postupem času byli schopni najít i další rozměr vstupu do substituce a to, že se stabilizovali. Většina z nich (9 resp.) přiznávala otevřeně, že zpočátku k substituci užívali i jiné drogy anebo si alespoň substituci aplikovalo injekčně.

„Určitě, největší věc, kterou mi to dalo, byla stabilizace. Na základě této substituce se mi podařilo stabilizovat všechny neduhy toho života. Protože tím, jak nemusel člověk přemýšlet, jak mu je špatně a nemohl dělat nic, a mohl se věnovat těm důležitým atributům toho života, tak se mohl narovnat. To bylo to největší." (R11)

Nikdo z respondentů nezpochybňuje účinnost substituční léčby pro sebe. Mohou po těch letech zhodnotit, že fungují běžným životem jako většinová populace, zlepšily se jim vztahy s blízkými, fyzicky i psychicky jsou stabilnější a finančně je substituce nezatěžuje. Nejzásadnějším potvrzením byla odpověď respondentky: *„Ano je účinná, mně to zachránilo život." (R7),* která v minulosti prodělala infekční endokarditidu a doposud řeší následky oslabení imunity.

„Myslím, že ano, chtěla bych to potvrdit tím svým osobním. Dlouho jsem se prala s tím, že jsem na substituci, naskočení že je to lék, odpoutání, že je to opiát. Překvapení, jak je lehké naskočit na substituci, bez nitrožilního užívání." (R1)

„Určitě je účinná, pomáhá to, nechci slyšet, že to je špatný. Má to jen své úskalí, může to být past." (R3)

„Pro mě je funkční. To, že můžu fungovat jako normální člověk. Neomezuje mě to v 98 %. Mám pocit, že funguju jako ostatní, že mě to fyzicky nijak neomezuje a neničí." (R4)

„Význam má minimálně ekonomicky, ale i to co jsem říkala… navíc je člověk stabilizovanej sociálně, zdravotně psychicky, člověka to obrodí.“ (R6)

Respondenti se cítí v současném stavu spokojeni. Přesto z odpovědí zaznívá, že je to pro ně mezičas, kdy se rozhodují, zda budou směřovat k abstinenci anebo přijmou za své, že setrvají v substituci dlouhodobě. Pro nejstaršího respondenta je tématem přijetí představy substituce do konce života. Ve sděleních jsou patrné vnitřní nároky na sebe sama, že by s tím něco měli dělat. Od žádného z respondentů nezaznívá, že by to od nich někdo chtěl, ale domýšlí se, že by to blízkým udělalo radost. Dva respondenti jsou ve fázi, kdy podnikají postupné kroky ve snižování dávky a směřují k vysazení substituce.

„Chtěla bych být s tím smířenější. Chtěla jsem s tím přestat, ale to se mi nedaří. Přijmout to tak, jak to je.“ (R5)

„Nemám žádné větší očekávání. Výhledově asi vysadit. Ale aktuálně nejsem toho schopnej. Abstinovat bych chtěl, ale nedokážu si to představit teď.“ (R9)

„Aby to tak bylo dál, ale zároveň bych byla ráda, aby se mi to podařilo vysnižovat i to minimum…že by ten proces byl dovršen. Substituce je super. Substituci vnímám tak, aby mi pomohla překonat těžké období a aby člověka dostala do normálu. Doufám, že se to povede. Klidně bych to takhle chtěla mít do konce života, ale kdyby tam nebylo to etické pravidlo pro mě a mohla vykonávat práci, kde mi to eticky brání ve výkonu, tak bych se za to nestyděla. Obavy, že mi to po vysazení zdekompenzuje interně nějaké svaly, cévy atd., což když mi to rozjede nějaké onemocnění.“ (R11)

U všech respondentů jednoznačně převažuje spokojenost se substitucí. Považují to již za normální stav.

„Změnu moc už nevnímám, jak jsem na tom stabilně 5-6 let života, kdy jsme u rodičů, na substituci ještě déle, tak vnímám jako normální. To, co bylo předtím, bylo nenormální.“ (R11)

Spokojenost vnímají ve změnách, které se jim dějí v životě a které se mohou zdát maličkostmi:

„Jsem spokojený. Za stabilizaci jsem vděčný. Tak si říkám, že jak jsem dlouho na substituci, tak jsem daleko od toho, že by to šlo možná i bez toho." (R9)

„I taková situace, kdy jdu po ulici a jde proti mně policajt, tak je mi to úplně jedno. Jsou to drobnosti, které si člověk neuvědomuje, ale ovlivňují mi život." (R7)

V protikladu k spokojenosti byli respondenti dotazováni na limity, které se substitucí vnímají. Odpovědi na limity byly různé. Respondenti vnímají substituci jako lék, který si však nesmějí zapomenout vzít (5 respondentů), limit v tom, že jsem na něčem závislý a nejsem schopen plné abstinence (3 respondenti). Limitem pro nadpoloviční většinu bylo, že musí substituci tajit, aby se vyhnuli negativním reakcím okolí.

„Nelimituje mě, beru jí jako lék. Oproti metadonu, kam jsem musel každý den na „panáka", a slezli se tam feťáci starý, kteří si tam vyměňovali pytlíčky s drogami. Výhodou je, že nemusím chodit každý den a potkávat se s lidmi z minulosti a podobné věci." (R2)

„Dobrá otázka, ta závislost, strach, co by se dělo, kdyby to skončilo nebo kdybych z toho vyskočil. Cítím, že jsem na něčem závislej, to tam je. Vím, že to potřebuju. Možná jak to neříkám ostatním, ale to není, čím bych se chlubil." (R9)

„Dobrá otázka. Nelimituje, ale mohla by, kdyby na to přišlo. Kdyby to jednou skončilo (pozn. zde míněna substituční léčba). Jako někde v Rusku, kde já bych byl zavřenej za to, že jsem feťák a vy jako dealer. Obava z toho, že to může kdykoliv skončit. Nic netrvá věčně." (R10)

„To, že to musí někdo vědět, že bych to nemusela nikomu hlásit. Bylo by to jen moje. Musela jsem řešit, zda o tom někdo neví.“ (R11)

Vliv substituční léčby na zlepšení svého života potvrzují všichni respondenti. Má vliv na běžné fungování, kdy respondenti nepřemýšlí nad drogami, substituční preparát užívají dle předpisu lékaře.

„No docela velkej, protože jsem si začal všímat nejen sám sebe, ale i ostatního okolí. Je tam prostor. Není vše černobílý, že tam hraje spousta barev jako v těch vztazích, i u lidí které neznám. Hodně lidí mě překvapilo svým postojem, kdy je hodně lidí hodnejch, když jsem byl jenom na drogách, tak jsem byl jen já proti lidem.“ (R2)

„To by mohl posoudit někdo, kdo mě zná z minulosti. Myslím si, že tam jsou viditelné změny. Např. že při substituci se má tendenci i normálně oblékat, drogy berou soudnost.“ (R6)

Od jednoho respondenta zaznělo potvrzení vlivu podávané látky na životní styl a vnímá rozdíl mezi typy preparátů: *„Kdybych nebral substituci, tak bych nemohl fungovat. Tak má vliv. Na Suboxone funguju bez vedlejších efektů, které byli na Subutexu. Musím přiznat, že na Subutexu jsem byl spokojenější. Je to příjemný ráno se probudit a showtime….“ (R10)*

Shrnutí: Potvrdilo se, že substituční léčba má pro respondenty významný dopad na jejich fungování v životě. Vstup do substituční léčby byl rozhodující pro substituenty ve chvíli, kdy nebyli schopni finančně zvládat hradit drogy a jejich shánění i shánění peněz jim výrazně omezovalo běžné fungování v životě. Vstupem tak získali za nelegální opiáty oficiální lékovou náhradu, která byla finančně zvladatelná. Měli svou pravidelnou dávku „opiátů“, takže již se nemuseli obávat abstinenčních příznaků. Postupně omezili kontakty s lidmi z drogové scény do nynější fáze a jsou zcela bez kontaktu s drogovými uživateli. Odpoutáním se od drogového světa se zklidnili a byli schopni se zaměřit na jiné

činnosti ve svém životě, které přispěly ke stabilizaci. Respondenti se zmiňovali o snaze se vyhýbat místům nebo lidem, které mají spojená s drogovou minulostí.
Ke stabilizaci došlo i ve způsobu aplikace substituce, kdy v začátku zapojení do programu 9 respondentů užívalo substituční preparát injekčně[1], nebo k tomu zneužívali jiné drogy (pervitin, benzodiazepiny, surové opium). V současné době všichni respondenti uvedli, že užívají substituční preparát Suboxone sublingválně, tedy dle lékařského doporučení, a vnímají to jako běžný lék, který jim pomáhá v udržení si zdraví.
Uvědomují si však i limity substituce - závislost na užívání substituce, skrývání před okolím, otázky okolo vlastního prožívání spojeného se substitucí.

Výzkumná otázka č. 2: Jaké účinné faktory považují klienti SL za důležité ke zlepšení svého života?

1. Nižší nebo žádná finanční zátěž substituční léčby

U všech respondentů došlo k úlevě od finanční zátěže, která byla v období užívání drog a s tím spojeného životního stylu obrovská. Dva klienti se zmiňovali o konkrétní částce okolo 500,- Kč na 1 dávku. 7 respondentů mělo stálý příjem ze zaměstnání, zbývající 3 respondenti měli nepravidelný příjem z brigád či krátkodobých zaměstnání a 1 respondentka kvůli zdravotnímu stavu invalidní důchod. Po nástupu do substituce si 4 respondenti sice museli hradit substituci v plné výši, ale již to nebyla tak vysoká částka[2]. Sedm respondentů mělo v době nástupu plně hrazenou substituci a později s menším příspěvkem. Nedostatek peněz řešili půjčkami od rodin, známých nebo institucí. Pouze jedna respondentka přiznala získávání peněz nezákonnou činností.

„Finanční situace je lepší na substituci, ale sama o sobě, bez rodičů a partnera bych to nikdy nezvládla. A ti by mi nepomáhali, kdybych nebyla na tom, tak jsem.

[1] *Do r. 2008 probíhala v CADAS substituční léčba Subutexem.*

[2] *Jednalo se o období před sjednáním úhrady substituční látky ze zdravotního pojištění.*

Moje finanční náklady nejsou takové, jaké byly na drogách. Pod vlivem subáčů bych nešla nic ukrást, pod vlivem heroinu úplně v pohodě.“ (R7)

Všichni respondenti sdělují, že své dluhy splatili nebo nadále splácejí. To se týká dluhů u institucí, nejvíce u Dopravních podniků.

„Finančně se to zlepšilo…tím, že jsem začal pracovat, tak jsem si mohl dovolit utratit za věci, které jsem chtěl. Mohl jsem si koupit něco pro sebe. Tetování, které jsem si chtěl opravit, pořídil jsem si hodinky, koupil jsem si telefon, jsou to maličkosti, ale pořídil jsem si to za své peníze. Ten pocit, že jsem schopen sám na sebe vydělat peníze. Dluhy v rodině jsem vyrovnal a nyní mám jen dluh u dopravních podniků, který umořuju.“ (R2)

Jedna respondentka je s manželem již déle než 3 roky v insolvenci.

Většinovou úhradu substituce ze zdravotního pojištění všichni respondenti považují jednoznačně za velkou úlevu a pomoc. Bohužel jeden respondent byl postaven před volbu, kdy mohl mít hrazenu substituci nebo léčbu rakoviny, kterou mu však hradí jiná pojišťovna. Je nucen si tedy medikaci hradit sám v plné výši. Pokud by to do budoucna šlo vzhledem k prognóze zdraví, rád by se vrátil k původní pojišťovně, aby měl léky hrazené.

2. Udržení zaměstnání při substituční léčbě

V pracovní oblasti hodnotí změnu k lepšímu po nástupu do substituční léčby 7 respondentů. Změna nastala v přechodu do jiného zaměstnání a lepší pracovní pozici. Dva respondenti si udělali rekvalifikační kurzy, po jejichž skončení si našli ihned práci, navíc jedna klientka se rozhodla pro další studium na vyšší odborné škole. 3 respondenti hodnotí pracovní oblast za standardně dobrou. *„V té době, kdy jsem nastupoval do substituce, ta firma zkrachovala, a já nastoupil do nové. Takže jsem nastupoval s čistým štítem.“ (R4)*

Pouze respondentka, která je v invalidním důchodu, hodnotí svou situaci za velmi špatnou, jelikož v současné době jí hrozí odebrání důchodu na základě rozhodnutí

posudkového lékaře. Jak sama sděluje bez pomoci rodiny a partnera by neměla nic. Toto je pro ni nejzásadnější problém, který v současné době řeší.

3. Bezpečné vztahy

V sociální oblasti průběžně všichni respondenti ukončili kontakt s drogovou scénou a známými. *„Mezi okruh mých lidí nepatří nikdo závislý a ani se je nesnažím kontaktovat, i když je vidím na ulici“ (R1)*

Jeden respondent přiznal, že zpočátku si jezdil ještě dokupovat léky, protože mu nestačily. *„V prvních třech letech substituce jsem utrácel ještě za tablety na černém trhu, protože mi to nestačilo a bál jsem se, nevím, proč a neřekl jsem to tehdy lékaři.“ (R10)*

Ohledně kontaktů kamarádů z řad uživatelů uvádí dva respondenti, že se občas s někým vídají, ale jsou to lidi, kteří jsou také na substituci. *„Většina kamarádů zmizela, byli to drogoví uživatelé, kteří zmizeli, ačkoliv jsme se znali dlouhý desetiletí“(R8)*

4. Podpora rodiny

S rodinou jsou v kontaktu všichni respondenti. Vztahy považují všichni za zlepšené v porovnání s dobou, kdy nebyli v substituci.

„To jsem jim řekl až o hodně později. Nějaká změna mohla probíhat až po xy uběhlého času. Jak se na to tvářili, už si nevzpomenu. No myslím si, že to jako brali pozitivně. Oni mají pořád takový postoj k tomu, že dokud člověk je na něčem, tak to není jako on.“ (R4)

„Založil jsem rodinu, což předtím by nebylo dost dobře možný, protože nikdo se mnou nevydržel. Vztahy v původní rodině nejsou ideální, jsou pokřivený, to asi zůstane navždy, ale našli jsme nějakou cestu k sobě.“ (R8)

U dvou respondentek jejich rodiče o substituci neví, nechtějí jim ubližovat. Naopak u dalších dvou respondentek podpora rodiny znamenala pro ně pomoc dostat se z ulice, resp. pro jednu z nich doposud nespadnout zpět *„Od doby, kdy*

jsme začali žít s rodiči, jsme změnili celkově způsob života, udělali jsme tlustou čáru za naší minulostí.“ (R11)

V partnerském životě má stálého partnera 9 respondentů, dvě respondentky jsou v dlouhodobém vztahu s klienty substituční léčby jiného programu (z toho v jednom vztahu jsou dvě společné děti), jedna respondentka má partnera, který byl v minulosti v substitučním programu, ale aktuálně abstinuje. Kromě jedné respondentky, partneři o jejich docházení na substituci ví. U 3 respondentů nejsou partneři zcela s užíváním substituce spokojeni. Rádi by, kdyby na medikaci nebyli, ale ponechávají to na rozhodnutí respondentů. Respondenti uvádějí, že pro ně bylo úlevné, že nemusí partnerovi lhát a vymýšlet si. Další respondentka se v průběhu substituční léčby rozvedla s manželem, který v minulosti byl v substitučním programu, ale relapsoval a jeho fungování na ní působilo destabilizačně.

„Uklidnilo se to, zachránilo, že se vztah nerozpadl. Žena by to možná nevydržela.“ (R3)

„Partnerský život mi to také pomohlo, protože ta věc toho shánění zase zasahovala do všeho.“ (R4)

5. Péče o sebe

Po zdravotní stránce se cítí dobře, bez větších problémů 8 respondentů. Dva z 8 resp. přímo sdělili, že neumí posoudit, jak se užívání drog projevilo na somatickém stavu, nevnímají to. Tři respondenti uvedli, že mají zdravotní obtíže, ale nepokládají to za následek užívání drog - svou roli zde hrají spíše věk, pohodlnost až lenost, kdy se s obezitou projevují některé zdravotní komplikace.
Dva respondenti mají v anamnéze dg. virové hepatitidy C, oba jsou vyléčeni. Pouze u jedné respondentky má užívání drog v minulosti přímý následek zhoršení zdravotního stavu, který nyní přetrvává, ale je stabilizován. Klientka spolupracuje s lékaři a ti o jejím užívání substituce vědí.

„Somaticky se cítím dobře. Substituce funguje až moc dobře, cítím se na ní dobře. Kdyby mi trochu chyběla, bylo by to jednodušší.“ (R11)

„Nic, o zuby jsem přišel kvůli piku, nic se u mě nezměnilo oproti původnímu stavu. Časem spíše přibyly běžné zdravotní komplikace v souvislosti s věkem. Ztloustnul jsem díky lenosti, jsem povaleč. Psychicky spíše jsem depresivní typ, ale dříve to byly opravdové deprese, které trvaly dlouhou dobu.“ (R10)

„Po zdravotní stránce mám pocit, že se nic nezměnilo, ale asi se změnilo. Substituce vám dá příležitost řešit své zdravotní věci. Řešit to s doktorem, a ne samoléčbou a zvyšováním drog. Při braní drog máte tendence to házet za hlavu, nebo se vám do toho nechce nebo se bojíte a člověk to řeší růžovými práškami, když něco bolí. Substituce vám dovolí jít za lékařem, mě se to týká u zubaře. V té substituci se dokopu tam jít.“ (R6)

„…že jsem to přežila, ze začátku obavy, že mám žloutenky, opakované testy v pořádku. Kdybych brala dál bez substituce, tak nevím, zda bych to přežila. Sice jsem si dávala pozor, ale člověk nikdy neví, zda nemá žloutenku. Pokud bych nenastoupila do substituce a brala dál, tak bych na tom nebyla tak zdravotně dobře jako teď.“ (R1)

6. Sebepřijetí

Naopak výrazně pozitivní změnu hodnotí všech 11 respondentů v oblasti psychické. Jako zlepšení v psychické oblasti popisují respondenti, že jim substituce přinesla větší klid (4 resp.). To, že nemusí řešit chutě na drogy, a navíc řešit vše okolo shánění drogy, zmiňovalo 5 respondentů. Tři respondenti uváděli, že se jim nyní daří aktivněji řešit věci, které by jinak odkládali. Jako protiklad k pozitivnímu posunu uvedl jeden respondent, že se cítí emočně oploštělý.

“ Po psychické stránce mě to uklidnilo, zmizeli chutě na drogy, to funguje. Někdy si říkám, že je ta stabilita až moc, že se někdy cítím až moc oploštělý. Že to vezme emoce. Beru to jako daň za to“ (R3)

„I když jak stárnu psychika je horší, ale to není substitucí. Dříve to stabilní nebylo, teď to je. S drogami jsem byl rozsekaný. Cítím se dobře, dělám jako blázen. Sice málo odpočívám, v rámci svého workholismu, což se substitucí nesouvisí. Řeším problémy asi aktivněji, než kdybych substituci neužíval.“ (R9)

Dva respondenti uvádí konkrétněji, že jim to zvýšilo sebevědomí.
„Zvyšuje mi to sebevědomí a nemusím mít strach, že mě někdo odhalí nebo že by na mě koukal skrz prsty“ (R8)

„Asi se mám se radši, není mi to jedno, co se mnou bude. Po psychické stránce to má také vliv, jsem spokojenější. Určitě bych dříve nenahrávala na diktafon. Měla bych z toho větší úzkosti.“ (R5)

A objevily se i dvě netypické odpovědi u respondentky, že si uvědomila i jiné základní potřeby jako je potřebu bezpečí, které na drogách nepociťovala a potřebu mít denní režim.

„Já jsem si začala uvědomovat svou potřebu bezpečí a zdraví a začala jsem o tyto hodnoty pečovat intenzivněji a jinak než nějaký zmaštěný toxikoman.“ (R11)

Devět respondentů ve svých odpovědích udává, že o jejich léčbě ví nejbližší rodina. Pouze u jednoho klienta léčbě ví v práci a nepozastavují se nad tím. Ze širšího okolí mimo rodinu to od 4 respondentů vědí kamarádi, znali se i v minulosti. Ostatní negují, že by o aktuálním stavu na substituci někomu mimo rodinu říkali. U jedné z respondentek to neví nikdo z blízkých a ani v práci. Pouze partner, který je také v substituční léčbě v jiném zařízení. Doma se o tom nebaví, každý si řeší substituci zvlášť, nesdílí tablety. Další dvě respondentky mají také partnery, kteří byli závislí na opiátech a jeden z nich je na substituci taktéž v jiném substitučním programu. Manžel druhé respondentky byl také v substituční léčbě, ale podařilo se mu postupným snižováním dávky vyabstinovat zcela.

Aktuálně je přes rok bez substituce. Ženu podporuje ke stejnému směřování, ale ponechává to na ní. Ona prokazuje snahu o snižování substituce.

Důvodem, proč respondenti neinformují širší okolí je, že se obávají nepochopení a nepřijetí ze strany zaměstnavatele nebo známých. Spíše očekávají sankce ze strany zaměstnavatele. Obávají se ztráty kamarádů. Dalším častým důvodem je, že se za léčbu stydí a nechtějí situaci složitě vysvětlovat. Ochraňují se před světem, chtějí mít právo na své soukromí, které nikoho neohrožuje. Svou roli v tom hraje i nepřijetí svého stavu sebou samým. Často pouze zde jsou konfrontováni s tím, že jsou v substituční léčbě. Kromě tří respondentů přiznávají, že o substituci neví ani jejich lékaři. Dva respondenti sdílejí tuto informaci s lékaři s ohledem na svůj vážný zdravotní stav.

„Zvyšuje mi to sebevědomí a nemusím mít strach, že mě někdo odhalí nebo že by na mě koukal skrz prsty, ale samozřejmě za sebou táhnu tu minulost v tom smyslu, že nemůžu být moc sdílný, co se týká minulosti, protože do toho nic lidem není, za druhé mohou mít lidi předsudky vůči těmto věcem. Mám oprávněný strach, že bych si více tímto přitížil.“(R8)

Blízcí nemají většinou větší informace o substituční látce, spíše vidí, jak na tom respondenti fungují. Respondenti sami nejsou aktivní ve sdílení informací o substituci. Od rodin mají podporu, ponechávají to na nich samotných, přestože nejméně u dvou respondentů by rodina byla ráda, kdyby zcela vyabstinovali. Substituci berou jako pokračování užívání drog.

„Neví to nikdo kromě partnera, který je také v substituci, ale jinde. Nebavíme se o tom. Ohledně substituce to je každého problém. Máme to, jako když to není, vytěsňuji to. Rodina, nechci je zatěžovat, mají svá trápení, problémy, je to i kvůli sobě, abych se vyhnula výčitkám, pocitům viny.“(R5)

„Nevědí to v zaměstnání a ve škole, je to dobře. Nemají povědomí, co to je. Nemůžu si to dovolit tam to sdělovat. Odmítavý přístup. Nechci nikoho

přesvědčovat, v čem je to dobrý, nepochopí to, kdo nemá předtím zkušenost. Nemám sílu to vysvětlovat. U kamarádek nechci zatěžovat vztah.“(R11)

Úvahy o případném vysazení substituce a abstinenci je přijatelná pro všechny, ale zrealizování je obtížné, limitující. Samotné vysazení by zvládli, ale mají obavy z toho, co potom. Nějakou dobu se to dá zvládat. Vnímají to jako dočasné řešení, nejistota, zda to potrvá dále. Díky substituci jsou v klidu a cítí se v bezpečí od ohrožení relapsem na drogách.

Tři respondenti mají čerstvou zkušenost ze snižování substituce a chtějí se pokoušet dále. Jedna respondentka je na 1 mg, další respondentka na 3 mg a poslední respondent na 16 mg. Obě respondentky mají nepříjemnou zkušenost se snížením (popisují nesoustředěnost, podrážděnost, která jim komplikuje pracovní činnost a narušuje vztahy), které je nyní zastavilo, ale jsou rozhodnuté po nějaké době to opět zkusit. Jedna respondentka má zkušenost v minulosti s vysazením substituce. Jednalo se o nedobrovolné vysazení, přesto i tato respondentka má konkrétnější představu o možném vysazení substituce. Z dalších sedmi respondentů dva respondenti o vysazení neuvažují vůbec, pět respondentů by si to do vzdálenější budoucnosti umělo představit nebo by si i přálo. V odpovědích zaznívá, že se spíše cítí na snížení dávky substituce.

„Substituce je důležitá velmi, při představě, že to vysadím dnes, dostanu se do paniky. Buď by se to povedlo, nebo také ne. Impulsivní chování, v tomto mám se sebou špatnou zkušenost. Umím to vysadit ihned, ale obavám se, že se k tomu za nějakou dobu vrátím.“(R1)

„Substituce mi ukázala, jak vypadá střízlivý život a ukázala mi život normálních lidí bez substituce. Že se mohou radovat z obyčejných věcí nebo jak reaguji na problémy, jak je umím řešit. Dříve jsem to neuměl, před problémy jsem se předtím schovával. V substituci se neschovávám před nimi, řeším je.“(R2)

Shrnutí: Na základě odpovědí od respondentů byly jako účinné faktory identifikovány - nižší nebo žádná finanční zátěž, schopnost udržet si zaměstnání,

odtržení se od drogové scény a vytváření si nových vztahů, podpora rodiny a blízkých, stabilizace po zdravotní a psychické stránce.
Nejvýraznější pozitivní odezva byla na psychickou stabilizaci, kdy substituční preparát ovlivňoval v daleko menší míře jejich psychiku, takže byli schopni zaměřit svou pozornost na jiné věci než na drogách. Snížila se i míra bažení po drogách, jelikož se cítí saturováni na substitučním preparátu. Pro třetinu respondentů je výsledným efektem, že jsou aktivnější v řešení věcí, ale jako další příznivý efekt zaznívá i vliv na zvýšení sebevědomí; soustředění se na pracovní aktivity, které je saturují; přijímání zodpovědnosti. Díky přesunu ústředního tématu drog stranou, mají respondenti prostor na prohlížení si svého aktuálního stavu a zvažování, zda setrvají v substituci nadále nebo podniknou další kroky směrem k abstinenci. V současné době se o to pokoušejí nebo reálně uvažují tři respondenti. Respondenti, kteří mají diagnostikované další psychiatrické onemocnění (viz. tab. č. 1), jsou navázáni na psychiatrickou péči v zařízení a považují svůj stav v současné době za stabilní.

Úlevu ve financování substituční látky oproti drogám kladně hodnotí všichni klienty. Zařízení CADAS SANANANIM z.ú. má smlouvu s VZP o částečné úhradě substitučního preparátu Suboxone 8/2 mg, což pro klienty, kteří mají vyšší dávky (viz. tab. č. 3) nebo splácejí dluhy, je velmi výrazná pomoc.

Se stabilizací v substituční léčbě přímo souvisí i odraz ve zlepšení osobních vztahů s rodinnými příslušníky především s rodiči nebo partnery. Kromě jedné respondentky, kde to neví nikdo z rodiny, u ostatních respondentů jsou nejbližší otevřeně informováni o fungování v substituční léčbě a respondenti mají od nich zpětnou vazbu o vnímání změny k lepšímu a vzájemné podpoře.
V pracovním uplatnění se změna u jedné třetiny týkala nástupu do zaměstnání trvalého charakteru a dvě třetiny respondentů uvedlo posun na lepší pracovní pozici nebo více naplňující práci.

V hodnocení zdravotního stavu se překvapivě ukázalo, že respondenti (10 z 11) nemusí řešit obtíže spojené s dřívějším užíváním drog. Dva respondenti mají

vážnější zdravotní obtíže a jejich lékaři o substituční léčbě jsou informováni. U klientů s virovou hepatitidou typu C je onemocnění zaléčeno a nijak je to neomezuje, dochází na pravidelné kontroly. Pokud řeší zdravotní obtíže, týkají se současného stavu a respondenti je nedávají do přímé souvislosti s drogami či substituční látkou.

Posledním účinným faktorem je schopnost odtržení se od drogové scény a zpřetrhání kontaktů s drogovými uživateli. Respondenti se neztotožňují s rolí drogového uživatele, nevyhledávají místa nebo známé, kteří by mohli být pro ně rizikovými a ani z druhé strany nedostávají podněty ke kontaktu.

Výzkumná otázka č. 3: Jaké faktory hrají roli z hlediska struktury programu, přístupu terapeutů?

7. Podpůrný vztah s terapeutem, garantská práce

Všichni respondenti hodnotili kladně spolupráci se zařízením. Velkou roli zde hraje individuální přístup, který všech 11 respondentů oceňovalo jako důležitý. Ve svých výpovědích uváděli setkávání se s jedním pracovníkem, se kterým si vybudovali důvěru a mohou s ním otevřeně komunikovat o věcech, které by nemohli sdělovat svému okolí, ať už z důvodu emoční zátěže pro blízké nebo studu před ostatními. Jeden respondent vyslovil myšlenku, že by bylo zajímavé setkávat se i s jinými pracovníky zařízení a získat tak další podněty.

Respondenti si všímali takových věcí jako je vstřícný přístup, respekt k jejich potřebám a limitům.

„Kladně, vyhovuje mi, že se bavím s jedním konkrétním člověkem, který o mně ví věci, které neříkám nikomu. Jako když jde člověk ke zpovědi. Vyhovuje mi individuální přístup.“ (R2)

„Určitě dobře, nemohu si stěžovat. Jsem vděčná za přístup. Lidský, tolerantní, neodsuzující, přijímající. To je pro mě důležité. Také to financování je velká pomoc.“ (R5)

„Je to jediné místo, kde mi nic nehrozí, ale i to mi trvalo dlouho přijmout. Vybudování důvěry mi trvá dlouho po všech zkušenostech. Oceňuji neautorativní, partnerský a respektující přístup. Důležitá je pro mě důvěra, ale i pomoc v plánech.“ (R6)

Pět klientů využilo jinou službu v rámci programu než psychiatrické péče a adiktologické poradenství. Jednalo se o sociální poradenství a zprostředkování právního poradenství.

„Využila jsem zde sociálního poradenství ohledně invalidního důchodu, pomoc v komunikaci s úřadem práce i odkaz na právní poradenství.“ (R7)

„Využil jsem kdysi setkání se sociální pracovnicí zařízení kdysi ze začátku, když jsem sháněl práci, řešení mých dluhů a jednání s věřiteli.“ (R8)

8. Zvyšování vlastní kompetence v léčbě

Na otázku o možnosti vlastního rozhodování v SL všichni respondenti odpovídali, že mají možnost spolurozhodování. Všichni si uvědomovali, že jsou daná pravidla programu, ale zároveň je slyšen jejich názor, možnost se dohodnout, plánovat svou léčbu. Pravidla nevnímali pro sebe jako limitující. Byli je schopni dodržovat.

„Nabídka rámce léčby, kterou přinášíte je fajn, to jak s tím pracovat. Plány se tady dějí, jak to zde je přinášené. Přemýšlím nad tím, ale jsem rád, že nejsem do toho tlačený.“ (R3)

„Úplně největší svobodu. Je to vlastně jenom na mě. Jaký si to udělám, takový to budu mít. Pravidla jsou všude. Je tam variabilita, jsem spokojenej.“ (R8)

V rozhovoru jsem se ptala respondentů, zda by potřebovali v rámci programu něco jiného. U této otázky si respondenti nedokázali říci, buď je nic nenapadalo, což u některých z nich souviselo s tím, že nemají možnost srovnání s jiným podobným zařízením. Další častou odpovědí bylo, že potřebu něčeho jiného nemají, jsou spokojeni, tak jak to je.

„Nenapadá mě nic, jedinou povinnost mám, abych přišel, abych fungoval a nebral, a s tím já problém nemám, takže mi to všechno vyhovuje.“ (R9)

Dva respondenti uváděli svou zkušenost s běžným zdravotnickým zařízením, kde jim nevyhovoval přístup personálu, který hodnotili jako strohý a nevstřícný k jejich potřebám. Jeden respondent oceňuje i příjemnější prostředí zařízení oproti jiným.

„Ani si nemyslím, nenapadá mě nic, asi nemám srovnání pořádně. Sice to není moje první substituční centrum. Tam to bylo příliš strohý, příliš neosobní a dost striktní zařízení. Bylo to takové kontaktní centrum pro lidi z ulice, a protože jim tam pravděpodobně chodil kdekdo, oni se dle toho chovali. Byli dost nekompromisní a byli v tom přísný pravidla, a i ta práce byla pro mě dost taková hůř stravitelná.“ (R8)

S docházením do programu v dohodnutém časovém rámci bylo spokojeno deset respondentů. Konkrétně se zmiňovali o možnosti se dohodnout dle jejich časových možností, setkávání se po delší době s výdejem léků[3]. Pouze jedna respondentka se vyslovila: *„Chodit méně často, ale to by mi pak chybělo.“ (R5)*

S vymezením provozních hodin neměl nikdo z respondentů problém, brali to jako normu. Nikdo se nevyslovil vyloženě, že by potřeboval provoz prodloužit. Pro čtyři respondenty bylo příjemné, že se zde nepotkávali s jinými uživateli, když přicházeli v objednaný čas.

[3] *Klienti v této fázi dochází v intervalu 14 dní až měsíc*

Shrnutí: Účinným faktorem ze strany substitučního programu byl všemi respondenty pozitivně hodnocen podpůrný terapeutický vztah a posilování vlastní kompetence v substituční léčbě. Pro respondenty bylo zásadní navázání důvěry s jedním pracovníkem, se kterým kontinuálně spolupracují v léčebných plánech. V kontaktu je důležitý respekt a individuální přístup, který v ostatních zdravotnických zařízeních nezažívají. Neméně důležitým aspektem v léčbě je jejich vlastní zodpovědnost a spolurozhodování o průběhu léčby. V menší míře se ukazuje potřeba využití jiných nabízených služeb (poradenství sociální, právní a jiné) v rámci programu, ale vzhledem ke skupině respondentů (stabilní fáze) to hodnotím jako nevypovídající. Pro klienty v počátcích substituční léčby považuji jiné služby za klíčové. Dostupnost zařízení, jak místem, tak časově respondenti oceňovali. Zařízení sídlí v centru Prahy s dobrou dopravní infrastrukturou, tedy je strategicky dostupné pro všechny bez omezení. Respondenti mají možnost se objednat na určitý čas, který jim vyhovuje. Frekvence docházky na sezení je pro stabilizované klienty vyhovující s delším intervalem, který jim umožní nebýt limitováni v pracovních a jiných běžných aktivitách.

9.3 Výsledky zpracování dotazníku WHOQOL BREF

Dále byl k výzkumnému šetření použit dotazník ke zkoumání kvality života WHOQOL – BREF.

Výsledky WHOQOL-BREF se vyjadřují v podobě čtyř doménových skórů a průměrných hrubých skórů dvou samostatných položek hodnotících celkovou kvalitu života (Q1) a zdravotní stav (Q2). K měření kvality života je potřeba vypočítat průměrné hrubé skóry jednotlivých domén, které jsou standardizovanými průměrnými hodnotami položek příslušnými ke každé doméně. Je dán přesný postup pro vypočítání jednotlivých hrubých skór. Tyto průměrné hrubé skóry domén jsou standardizovány tak, aby je bylo možné srovnat s doménami WHOQOL-100, tzn. že rozpětí hrubého skóru u domén se pohybuje

od minima 4 do maxima 20, přičemž vyšší hodnota poukazuje na lepší kvalitu života (Dragomirecká, Bartoňová, 2006).

Získaná data od respondentů jsem porovnávala s orientačními českými normami dotazníku WHOQOL-BREF uvedené v Příručce pro uživatele české verze dotazníků kvality života WHO. Následně byla data zpracována v programu Microsoft Excel.

Tab. č. 4: Srovnání hrubých skórů domén respondentů s běžnou populací

domény		průměr	respondenti	STD
dom1	fyzické zdraví	15,55	15,33	2,55
dom2	duševní zdraví	14,78	14,06	2,43
dom3	sociální vztahy	14,98	14,43	2,89
dom4	životní podmínky	13,3	16,68	2,08
Q1	kvalita života	3,82	3,91	0,72
Q2	spokojenost se zdravím	3,68	3,55	0,85

Pozn. STD =standardní odchylka

Doména první „Fyzické zdraví“ se počítá ze sedmi položek (q3, q4, q10, q15, q16, q17 a q18), z nichž se pak vypočítává průměrný hrubý skór.

Norma běžné populace je 15,55. Hrubé skóre skupiny respondentů je 15,33. Skupina respondentů je tedy pod normou běžné populace o 0,22.

Doména druhá „Prožívání“. Je počítána průměrným hrubým skórem ze šesti položek (q5, q6, q7, q11, q19 a q26).

Norma běžné populace je 14,78, oproti tomu má skupina respondentů hrubé skóre 14,06. Rozdíl je 0,72.

Doména třetí - Sociální vztahy-představuje průměrnou hodnotu tří položek (q20, q21, q22).

V této doméně je norma běžné populace 14,98. U skupiny respondentů je hrubé skóre 14,43. Toto číslo je tedy pod normou o 0,55.

Doména čtvrtá - Prostředí- jejíž průměrný hrubý skór je vypočten z osmi položek (q8, q9, q12, q13, q14, q23, q24, q25). Poslední doména je naopak pro skupinu respondentů hodnocena hrubým skórem 16,68, což je 3,38 více než norma běžné populace 13,3. Nejvíce kladných a jednoznačných odpovědí je v otázce 13, která se ptá, zda mají respondenti přístup k informacím, které potřebují pro svůj každodenní život. Šest respondentů odpovědělo většinou ano a pět respondentů uvedlo zcela ano. Druhou pozitivně hodnocenou položkou je spokojenost s dostupností zdravotní péče, kde pět respondentů odpovědělo spokojen/a a šest respondentů bylo zcela spokojeno.

Kvalita života je respondenti hodnocena na 3,91 a norma u běžné populace je 3,82, což znamená rozdíl o 0,09. Kvalitu života hodnotili respondenti za dobrou v jednom případě a za velmi dobrou jí považuje 10 respondentů.

Ve spokojenosti se zdravím je norma 3,68 u běžné populace a respondenti 3,55. Hodnota 0,13 je považována za standardní odchylku. Zde je nejvíce odpovědí zastoupeno spokojen (5 resp.), následně ani nespokojen, ani spokojen (4 resp.), a po jedné odpovědi od respondentů je nespokojen a velmi spokojen.

Shrnutí: Dotazník na kvalitu života WHOQOL-BREF byl využit pro dokreslení výpovědí respondentů. Pracovala jsem se srovnáním výsledků hrubých skór domén respondentů a běžné populace. Celkově v prvních třech doménách (fyzické zdraví, prožívání a sociální vztahy) je hrubé skóre respondentů o něco nižší než u normy běžné populace, ale stále jsou počítány ve standardní odchylce. Naopak čtvrtá doména prostředí je hodnocena o 3,38 více a je už mimo standardní odchylku. To znamená, že respondenti jsou spokojenější v oblasti prostředí, než je norma běžné populace. Zde nejvíce jednoznačných odpovědí u otázek 13 a 24. Pro tuto práci je využitelná otázka na spokojenost s dostupností zdravotní péče, kde pět respondentů odpovědělo spokojen/a a šest respondentů bylo zcela spokojeno.

Neméně významné jsou odpovědi na hodnocení kvality života, jak jí vnímají respondenti a tam byla zcela převaha odpovědí, že velmi dobrá v deseti případech a za dobrou jí považuje jeden respondent.

Potvrzují se tak odpovědi v rozhovoru, kdy klienti byli spokojeni se svým životem během substituční léčby.

Celkově v doménách hrubých skór je rozdíl mezi běžnou populací a substituenty minimální, což hodnotím za příznivý výsledek pro respondenty.

10. Diskuse

Analýza rozhovorů ukázala, že respondenti průzkumu ze substituční léčby programu CADAS SANANIM ve svém životě profitují. Do substituční léčby přicházeli respondenti se zakázkou ukončení užívání nelegálních návykových látek, která se pak rozvinula směrem k postupné stabilizaci ve více směrech života respondentů. Takže původní zakázka klientů se zhodnotila a navýšila o stabilizaci respondentů i do dalších oblastí života.

Soubor výzkumu tvořil úzký výběr dlouhodobých klientů programu, kteří užívají preparát Suboxone a jsou již ve fázi léčby považováni za stabilní. Jedná se tedy o nízký počet respondentů, pracovně a sociálně stabilnější klienty, což ovlivňuje výsledky průzkumu. Z 11 klientů má 10 stabilní zaměstnání, všech 11 respondentů má stabilní bydlení, kde bydlí ve všech případech s partnerem nebo s dalším rodinným příslušníkem (dítě, rodiče). Jedná se o klienty s delší drogovou kariérou a zkušenostmi s různými léčebnými modalitami, věkový průměr činil 43,6 let, což odpovídá trendu stárnutí populace uživatelů drog, které průběžně sledujeme i v našem zařízení, např. v roce 2016 byl průměrný věk 35 let, v r. 2019 už se průměrný věk vyšplhal na 38,2 let (Výroční zpráva SANANIM z.ú., 2016, 2019). V užívání substituce je velká šíře denní dávky od 1 mg po 24 mg pro die. Toto rozpětí je ovlivněno u 2 respondentek nižšími dávkami s cílem pokusit se o úplnou abstinenci.

Kvalitě života klientů substituční léčby se věnovala Šulcová (2014), která srovnávala kvalitu života u klientů v substitučním programu a klientů, kteří užívali nelegálně buprenorfin v adiktologických službách v Ústí nad Labem. Výsledky potvrdily, že všech 24 respondentů v řádné substituční léčbě hodnotí kvalitu svého života za dobrou, což bylo podpořeno i výsledky stálého bydlení a zaměstnání, dobrým zdravotním stavem a užíváním Subuxone dle doporučení lékaře. Oproti tomu klienti, kteří užívali buprenorfin nelegálně, měli výsledky v oblasti sociálních ukazatelů méně uspokojivé (bez trvalého zaměstnání, nestabilní bydlení) a zneužívali substituční preparát injekčně.

Podobný výzkum provedla Bodanská (2013) v rámci substitučního programu v Plzni, kde klienti substitučního centra hodnotili celkovou kvalitu života za relativně vysokou. Nejspokojenější byli v oblasti rodiny a vztahů, naopak problémy se zaměstnáním a vysokými dluhy a nízkými příjmy byly důvodem k nespokojenosti. Jako limit substituční léčby ve svém fungování vnímali omezení v činnostech jako např. v řízení motorových vozidel nebo uzpůsobení výběru zaměstnání dle provozu substitučního centra a stigmatizaci sociálním okolím včetně zdravotníků. Výsledky obou výzkumů jsou v souladu s našimi zjištěními, kdy klienti programu substituční léčby z dlouhodobé spolupráce profitují a kvalita jejich života se zvyšuje.

Kvantitativní výzkum faktorů účinnosti substituční léčby provedla ve třech substitučních centrech s 84 respondenty Veselá (2014). Dospěla k podobným závěrům jako tato studie, kdy z pohledu klienta v dlouhodobé substituci je léčba účinná. Vedle samotné substituční látky byla nejdůležitějším faktorem léčby psychoterapie a nejméně pracovní a sociální poradenství.

Stejně jako u Veselé (2014), stabilní zaměstnání uvedla většina „dlouhodobých“ respondentů, což souvisí s jejich větší stabilizací během zapojení do programu, přestože pracovní poradenství není jeho hlavní náplní, pracovní poradenství není ve všech programech substituční léčby standardně poskytováno. Ukazuje se, že respondenti zapojení do programu mají převážně stabilní partnerský vztah a podporu a otevřenou komunikaci ve své rodině. Spokojenost respondentů v programu substituční léčby je v obou průzkumech převažující a můžeme usuzovat, že má výrazný vliv na udržitelnost v léčbě.

Respondenti velmi pozitivně hodnotili psychickou stabilizaci na substitučním preparátu, který minimálně ovlivňoval jejich psychiku a snížil i bažení na jiné drogy. Sedm respondentů, kteří měli diagnostikované vedle dg. závislosti na opioidech (F11.2) další psychiatrické onemocnění, hodnotilo i díky psychiatrické péči svůj stav jako stabilizovaný.

Day & Mitcheson (2017) došli k závěru, že psychosociální intervence zavedené plošně jako součást programu nejsou účinné, nicméně individuální práce s klientem na základě terapeutické aliance je účinná, tedy ve smyslu, v jakém je prováděna v programu CADAS, respondenti styl poskytovaného poradenství a terapie oceňovali, právě zejména individuální přístup a přizpůsobování individuálním potřebám. Důležitá podpora ze strany terapeuta je i v pomoci spolu vytvoření léčebného plánu a zvědomění si potřeb, dále v možnosti odložení rozhodnutí a uvolnění se v nároku na sebe. Ve studii Lionse et al. (2014) je poukazováno mimo jiné na to, že prediktorem zneužívání jiných opioidů v průběhu metadonové léčby byl dobrý vztah s ošetřujícím lékařem. Autoři studie doporučují zaměřit se na vztahy pacientů s ošetřujícím personálem a na témata související s partnerskými vztahy a sociálním okolím pacientů, což by pomohlo zlepšit výsledky metadonové léčby.

S terapeutickou aliancí je však potřeba zacházet v rámci jasných hranic, jelikož může hrozit, že si pacient vytvoří závislý vztah na osobě, která mu preparát (na kterém je závislý) předepisuje, což by mohlo vést k pacientovu pasivnímu přístupu.

DeMaeyer et. al. (2011) prováděli kvalitativní studii mezi pacienty metadonové substituční léčby a výsledky tématické analýzy odhalily pět klíčových témat přispívajících k dobré kvalitě života pro jednotlivce závislé na opiátech: (1) mít sociální vztahy, (2) udržovat zaměstnání, (3) cítit se dobře o sobě, (4) být nezávislý a (5) mít smysluplný život, což je v souladu s výsledky průzkumu této práce.

Výsledky studie vzhledem k velikosti souboru jsou malou sondou do fungování klientů v určité fázi substituční léčby a přiblížení práce jednoho zařízení se specifickým nastavením k programu ve srovnání s dalšími programy v ČR. Může být podnětná pro realizaci podobných výzkumů v rámci odborných zařízení nebo pro přímou práci s klienty. Jako určitou nevýhodu použití metody rozhovoru vnímám časovou náročnost a náročnost na zpracování výsledků. Oproti tomu dotazníkové metody nezachycují specifika ve sděleních jednotlivců. Práce přináší podněty pro individuální poradenství s klienty v dlouhodobé stabilizované fázi

SL, kdy dlouhodobá stabilizace zamlžuje klientovi velké změny, které dosáhl. V tomto duchu lze s klienty pracovat na zahlédnutí delšího časového rámce a plánování blízké či vzdálenější budoucnosti a identifikace jejich potřeb. Metoda rozhovoru s tématem zhodnocení účasti v programu by se mohla stát standardní součástí individuální práce s klientem.

Závěr

Hlavním cílem práce bylo identifikovat účinné faktory substituční léčby vedoucí ke zvýšení kvality života u klienta. V léčbě závislostí je změna a zvýšení kvality života uživatelů drog považována za dlouhodobý terapeutický cíl. Předmětem zájmu byla samotná zkušenost klientů v substituční léčbě, co oni sami považují ze svého pohledu za přínosné ve změně svého fungování a hledání souvislostí s fungováním programu.

V rámci studie byly provedeny rozhovory s klienty substitučního programu CADAS SANANIM z.ú., kteří jsou v substituční léčbě nejméně 5 let a jsou dle kritérií programu ve fázi stabilizovaného klienta.

Ze získaných rozhovorů je patrné, že klienti dlouhodobé substituční léčby vnímají změnu ve svém životě k lepšímu. Na základě analýzy rozhovorů bylo možné identifikovat faktory, které mohou pomoci substitučním klientům zvyšovat kvalitu jejich života. Na tyto faktory je pak potřeba se dívat odděleně jako na faktory ze strany klienta, co on sám udělal pro zvýšení kvality svého života a faktory ze strany poskytovatele péče, kdy ze sdělení klienta můžeme identifikovat účinek léčebné intervence. V praxi však nelze tyto pohledy oddělovat, ale naopak je žádoucí jejich propojování.

Mně samotné pomohla tato práce podívat se na substituční léčbu pohledem člověka, který je uživatelem této služby a z pohledu pracovníka mě vede k podnětu pokoušet se hledat další účinné intervence k zlepšování kvality života u klientů v rámci našeho zařízení.

Seznam tabulek

Tabulka č.1: Přehled psychiatrických diagnóz respondentů

Tabulka č.2: Rok vstupu do substitučního programu CADAS SANANIM

Tabulka č.3: Výše substituční dávky respondentů

Tabulka č.4: Srovnání hrubých skórů domén respondentů s běžnou populací

Literatura a zdroje:

- Abbott, P. J., Weller, S. B., Delaney, H. D., & Moore, B. A. (1998). *Community reinforcement approach in the treatment of opiate addicts*. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse,* ***24***(1), 17–30. https://doi.org/10.3109/00952999809001696
- Bártlová, S., Hnilicová, H. (2000). *Vybrané metody a techniky výzkumu zjišťování spokojenosti pacientů.* 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.
- Bodanská K. (2013). *Kvalita života klientů Substitučního centra v Plzni.* Bakalářská práce. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni
- Day, Ed & Mitcheson, Luke. (2017). *Psychosocial interventions in opiate substitution treatment services: does the evidence provide a case for optimism or nihilism?: Psychosocial interventions in OST*. Addiction. 112. 10.1111/add.13644. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/add.13644
- De Maeyer, J., Vanderplasschen, W., Lammertyn, J., van Nieuwenhuizen, C., Sabbe, B., & Broekaert, E. (2011b). *Current quality of life and its determinants among opiate-dependent individuals five years after starting methadone treatment*. Quality of Life Research, 20, 139–150.

  https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.03.009
- De Maeyer, J., Vanderplasschen, W., Camfield, L.,Vanheule, S., Sabbe, B., Broekart, E. (2011). *A good quality of life under the influence of methadone: A qualitative study among opiate-dependent individuals.* International Journal of Nursing Studies, 48/10, 1244-1257. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.03.009
- Dragomirecká E., Bartoňová J. (2006). *WHOQOL-BREF. WHOQOL-100 Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace.* Praha: Psychiatrické centrum Praha.

- Dragomirecká E., Škoda C. (1997c). *Kvalita života. Vymezení, definice a historický vývoj pojmu v sociální psychiatrii.* Česká a slovenská psychiatrie, 1997c, roč. 93, č. 2, s. 102-108.
- Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (2019). *Evropská zpráva o drogách 2019: Trendy a vývoj*. Úřad pro publikace Evropské unie, Lucemburk, s.68 https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11364/20191724_TDAT19001CSN_PDF.pdf
- Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (2017). *Evropská zpráva o drogách 2017: Trendy a vývoj*. Úřad pro publikace Evropské unie, Lucemburk, https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4541/TDAT17001CSN.pdf
- Gossop, M. (2009) *Léčba problémů spojených se zneužíváním drog: důkazy o účinnosti*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR.
- Gossop, M. et al. (2006) *Effectiveness of drug and alcohol counselling during methadone treatment: content, frequency, and duration of counselling and association with substance use outcomes* https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01362.x
- Hnilicová H. (2005) *Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví.* In Payne, J. a kol. Kvalita života a zdraví. Praha:Triton.str.205-217
- Kalina K. a kol. (2015). *Klinická adiktologie.* Praha : Grada Publishing, a.s.
- Libra et al. (2015). *Inovované Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby*. Speciální část: Substituční léčba. Nepublikovaná verze.
- Lions, C. et al. (2014). *Predictors of non-prescribed opioid use after one year of methadone treatment: An attributable-risk approach (ANRS - Methaville trial).* Drug and Alcohol Dependence, 135 (2014), 1-8. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.10.018

- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Standard substituční léčby. *Věstník MZ ČR* [online]. 2008, s. 10-26. [cit.2010-10-03]. https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/2035/6204/Věstník 03_2008.pdf
- MKN-10 https://mkn10.uzis.cz/?term=f11&limit=10&page=1&sort=2
- Mravčík, V. et al. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2017*. https://www.drogy-info.cz/publikace/vyrocni-zpravy/vyrocni-zprava-o-stavu-ve-vecech-drog-v-ceske-republice-v-roce-2017/
- Mravčík, V. et al. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2018*. https://www.drogy-info.cz/publikace/vyrocni-zpravy/vyrocni-zprava-o-stavu-ve-vecech-drog-v-ceske-republice-v-roce-2018/
- Mravčík, V. et al. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2019*. https://www.drogy-info.cz/publikace/vyrocni-zpravy/vyrocni-zprava-o-stavu-ve-vecech-drog-v-ceske-republice-v-roce-2019/
- Nechanská B. (2019). *Substituční léčba závislosti na opiátech/opioidech v ČR v roce 2018.* ÚZIS ČR, Aktuální informace č.2/2019 https://www.uzis.cz/res/f/008269/ai-2019-02-substitucni-lec.pdf
- Novotný, V. *Kombinácia buprenorfín/naloxon v liečbe ópioidnej závislosti.* Psychiatrie [online]. 2007, roč. 11, č. 2 [cit.2010-10-03]. http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2007/02/08_Novotny_PSYCHIATRIE_2_07.pdf
- Operační manuál CADAS SANANIM 2019, Interní dokument.
- Payne, J. a kol. (2005) *Kvalita života a zdraví.* Praha: Triton
- Pavlovská, A., Minařík, J.(2015) In Kalina K. a kol. *Klinická adiktologie.* Praha : Grada Publishing, a.s. str.378-392

- Popov, P. Programy metadonové a jiné substituce In Kalina k.a kol. (2003*) Drogy a drogové závislosti 2 mezioborový přístup*. 1 vyd. Praha: Úřad vlády, str.221-226
- Popov, P., Zábranský, T. et al. (2008). Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky. *Kapitola 5: Standard substituční léčby*. Částka 3. Praha: MZ ČR. https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/2035/6204/Věstník 03_2008.pdf
- Richterová Těmínová, M. (2008). *Systém péče a jeho složky.* In K. Kalina et al. Základy klinické adiktologie. Pp. 376-377. Praha: Grada Publishing.
- Ryff, C. D., Keyes, C. L. M. (1995). *The structure of psychological well-being revisited. Journal of Personality and Social Psychology*, 1995, vol. 69, p. 719-727.
- Ryff, C. D., Singer, B. (1998). *Middle age and well-being.* In Friedman, H. S. (ed.) Encyclopedia of Mental Health. Volume 2. San Diego: Academic Press, 1998, p. 707-719.
- Schulte, B.et al. (2008). *Přehled účinnosti intervencí protidrogové léčby v Evropě.* 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2010.
- Světová zdravotnická organizace (1992). Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. *Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka.* Praha: Psychiatrické centrum Praha
- Šolcová I., Kebza, V. (2004). *Kvalita života v psychologii: Osobní pohoda (well-being), její determinanty a prediktory* . In Sborník příspěvků z konference konané dne 25.10.2004 v Třeboni. str.21-32.
- Šulcová I. (2014). *Kvalita života klientů substitučního programu Kontaktního centra DRUG – OUT Klub v Ústí nad Labem.* Diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova v Praze.
- Vaďurová, P., Mühlpachr P. (2005). *Kvalita života – Teoretická a metodologická východiska.* Brno: Masarykova univerzita v Brně.
- Verster, A., Bunning E. (2005*). Buprenorfin-rozbor kritických otáze*k. Praha: Úřad vlády České republiky, 2007.

- Verster, A., Bunning, E. (2003). *Informace pro tvůrce drogové politiky o účinnosti substituční léčby závislosti na opiátech*. 2. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2004.
- Veselá, M. (2014). *Faktory účinnosti substituční léčby.* Bakalářská práce. Praha: Univerzita Karlova v Praze.
- Výroční zpráva SANANIM z.ú. 2003. http://www.sananim.cz/vyrocni-zpravy/51/vyrocni-zprava-za-rok-2003.html
- Výroční zpráva SANANIM z.ú. 2013. http://www.sananim.cz/vyrocni-zpravy/152/vyrocni-zprava-za-rok-2013.html
- Výroční zpráva SANANIM z.ú. 2016. http://www.sananim.cz/vyrocni-zpravy/281/vyrocni-zprava-za-rok-2016.html
- Výroční zpráva SANANIM z.ú. 2019. http://www.sananim.cz/vyrocni-zpravy/427/vyrocni-zprava-za-rok-2019.html
- Zábranský T. (2003). Zaostřeno na drogy 2/03; *Role substituce v oblasti léčby závislosti na drogách.* Praha: *NMS, ÚV ČR.* Staženo z*:* https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/4637/605/Zaostřeno na drogy 200302.pdf

Seznam příloh

Příloha č.1 Informovaný souhlas s účastí ve studii

Příloha č.2 Struktura otázek pro polostrukturovaný rozhovor

Příloha č.3 Prohlášení etické komise

Příloha č.1

Informovaný souhlas s účastí ve studii

Vážená paní, Vážený pane.

Oslovuji Vás s žádostí o účast ve studii k mé diplomové práci na téma Účinné faktory zvyšování kvality života u klientů v substituční léčbě, kterou realizuji v rámci studia Adiktologie na 1.lékařské fakultě Univerzity Karlovy.

Cílem práce je identifikace faktorů posilujících spolupráci s klientem v substituční léčbě a vedoucích ke zvýšení kvality života. Předmětem výzkumu je získání zpětné vazby od klientů programu CADAS SANANIM z.ú. a možnost zhodnotit efektivnost spolupráce. Poznatky z této studie budou dále využity pro běžnou léčebnou praxi v naší ambulanci a vytváření rámce účinných intervencí.

Kritéria pro zařazení do výzkumu jsou: účast v substitučním programu minimálně 5 let, stabilizace v kategorii 3 (kl. sociálně plně integrovaní), dle zařazení našeho programu.

Studie se skládá z:

1. Sběr dat z dotazníku WHOQOL-BREF
2. Sběr dat formou rozhovoru
3. Sběr dat z Vaší dokumentace

Účast na sběru dat je dobrovolná a u poskytnutých údajů bude zachována anonymita dle zákona 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. Vaše identifikační údaje nebudou uvedeny v žádném výstupu výzkumu, ale budou vedeny pod kódem. Rozhovor bude zaznamenán na diktafon. Data z audiozáznamu rozhovoru budou přepsána tak, aby nebyla možná Vaše identifikace a po přepsání bude audiozáznam znehodnocen.

Z Vaší zdravotnické dokumentace využiji potřebná data dokreslující výzkumné otázky (týká se osobních plánů), nebude se týkat konkrétních údajů, které by mohli vést k Vaší identifikaci.

Účast na výzkumu můžete kdykoliv přerušit či odmítnout, ukončení nemá vliv na poskytování léčebných intervencí.

S účastí na výzkumu není spojena žádná finanční ani jiná forma odměny, účast na studii nijak neovlivní poskytování péče v substitučním programu.

Veškeré poskytnuté informace budou využity výhradně ke zpracování mé diplomové práce. Děkuji za Vaši účast na výzkumu a zavazuji se dodržet výše uvedené.

Bc. Hana Skořepová

Souhlasím s realizací dotazníku a poskytnutím rozhovoru.

V Praze dne …….. Podpis:

Příloha č.2

Struktura otázek pro polostrukturovaný rozhovor

Uvedené otázky byly podkladem pro polostrukturovaný rozhovor.

1. Jaká byla vaše očekávání od léčby v době vstupu do substituce?
2. Splnila se tato očekávání?
3. V čem konkrétně a jak Vám substituce pomohla? Co se změnilo v sociální, finanční, rodinné a zdravotní oblasti?
4. Co dalšího se ve Vašem životě změnilo po dobu, kdy jste v substituci, ale podle Vás to se substitucí nesouvisí?
5. Jak jste spokojen/a se změnou Vašeho stavu?
6. V čem naopak Vás substituce limitovala/ limituje?
7. Kdo z Vašeho okolí o substituci ví? Jak na to pohlíží, přistupuje?
8. Pokud neví, proč neví? Kdo neví?
9. Jaká očekávání v substituční léčbě jsou aktuálně?
10. Jak důležitá je substituce pro Váš život? Umíte si představit vysazení substituční látky a zahájení plné abstinence? (Za jakých okolností ano? Kdy ne a proč?)
11. Jak byste hodnotili spolupráci se zařízením – přístup pracovníků, docházení atd.? V čem mi spolupráce pomáhá a co bych naopak potřeboval/a jinak?
12. Máte možnost vlastního rozhodování ohledně své substituční léčby a do jaké míry?
13. Je podle Vás substituční léčba účinná?

Příloha č.3

Stanovisko Etické komise SANANIM z.ú.

Dne 18.5.2020 byla Etické komisi SANANIM z.ú. doručena žádost řešitelky Hany Skořepové o posouzení plánovaného výzkumu v Centru ambulantní detoxifikace a substituce SANANIM. Přílohami této žádosti byl stručný výzkumný záměr včetně uvedení způsobu provádění výzkumu a návrh textu informovaného souhlasu klienta s účastní ve výzkumu. Oba tyto dokumenty jsou nedílnou součástí stanoviska EK. Výzkum a jeho výstupy jsou zamýšlenou součástí diplomové práce (viz dále).

Název diplomové práce: Účinné faktory zvyšování kvality života u klientů v substituční léčbě

Řešitel: Bc.Hana Skořepová, studium Adiktologie, 1.LF UK

Vedoucí diplomové práce: Mgr. et Mgr. Amalie Lososová, Ph.D.

Etická komise ve složení MUDr. Vanda Valentová, PhDr. Ilona Preslová a Mgr. Štěpánka Čtrnáctá prozkoumala žádost i její přílohy, vedoucí EK Mgr. Štěpánka Čtrnáctá projednala výzkumný záměr s řešitelkou i ústně. Výstupy byly per rolam předloženy jednotlivým členkám EK, které rovněž per rolam vyjádřily svá stanoviska k zamýšlenému výzkumnému záměru. Na základě posouzení všech těchto skutečností Etická komise SANANIM z.ú. dospěla k následujícímu závěru:

Etická komise souhlasí

s provedením výzkumu v Centru ambulantní detoxifikace a substituce SANANIM z.ú. pro účely diplomové práce „Účinné faktory zvyšování kvality života u klientů v substituční léčbě“, tak jak je popsán ve výzkumném záměru a za dodržení postupů uvedených v příloze žádosti, Informovaném souhlasu. Informovaný souhlas a jeho obsah je tedy nedílnou součástí tohoto stanoviska (především s ohledem na zachování bezpečí pro klienty centra CADAS: možnost bez sankcí

odmítnout výzkum, anonymizace získaných dat, smazání nahraných rozhovorů, využití získaných poznatků pouze pro potřeby diplomové práce).

Za Etickou komisi SANANIM z.ú. Mgr. Štěpánka Čtrnáctá, vedoucí

V Praze dne 1.6.2020