

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE FILOZOFICKÁ FAKULTA

KATEDRA SOCIÁLNÍ PRÁCE

Miroslava Kalužiková
Kvalita života pacientů v substituční léčbě

Obor:

Sociální práce

Forma studia:

Magisterské navazující, prezenční

Akademický rok:

2007/2008

Vedoucí diplomové práce:

Doc. PhDr. Oldřich Matoušek

Oponent diplomové práce:

Mgr. Blanka Petrošová

Datum obhájení:

Obsah

Úvod.....	3
1. Drogová závislost opiátového typu	5
1.1 Opioidy a opiáty	6
1.1.1 Heroin	7
1.2 Drogová závislost	8
1.2.1 Závislost na heroinu.....	11
1.2.2 Zdravotní a sociální rizika závislosti	12
1.3 Léčba závislosti.....	16
1.3.1 Systém drogových služeb	17
2. Substituční léčba	22
2.1 Cíle substituční léčby.....	24
2.2 Metadon.....	26
2.3 Buprenorfin (Subutex).....	28
2.4 Metadon vs. buprenorfin	29
2.5 Historie a vývoj substituční léčby v České republice	31
2.6 Aktuální situace a trendy	32
2.6.1 Zneužívání Subutexu	37
2.6.2 Kritické poznámky k aktuální situaci	41
3. Kvalita života	44
3.1 Definice kvality života.....	44
3.2 Přístupy ke kvalitě života.....	46
3.3 Měření kvality života	49
3.3.1 Nástroje měření	50
3.4 Kvalita života drogově závislých.....	51
4. Kvalita života pacientů v substituční léčbě.....	56
4.1 Cíl výzkumu.....	57
4.2 Metodika sběru dat	57
4.2.1 Výběr a charakteristika vzorku	60
4.2.2 Popis zařízení, kde probíhalo dotazníkové šetření	62
4.3 Hypotézy.....	64
4.4 Postup a metody výzkumu	64
4.5 Výsledky výzkumu	67
4.6 Závěry výzkumu	80
Závěr.....	87
Seznam použité literatury	90
Seznam příloh	95

Úvod

Drogová závislost na opiátech je celospolečenským fenoménem, kterému dnes musejí čelit téměř všechny světové země. Závislost na heroinu, nejvíce zneužívaném opiátu, radikálním způsobem destruuje osobnost závislého jedince, jak po stránce zdravotní, tak po stránce sociální. Heroin způsobuje vedle fyzické závislosti i těžkou závislost psychickou, která může být důvodem dlouhodobého, někdy i celoživotního boje o život bez drog. U jedinců, kteří opakovaně selhávají v pokusech o léčbu, jejíž cílem je abstinence od návykových látek, existuje možnost jiné léčby, která nevyžaduje abstinenci, a přesto jedinci umožňuje žít důstojný a kvalitnější život nežli při užívání drog. Touto léčbou je léčba substituční, která snižuje rizika spojená s drogovým stylem života jak pro závislé jedince, tak pro společnost, taktéž snižuje náklady státní správy na řešení drogové problematiky a zároveň usiluje o zvyšování celkové kvality života substituovaných pacientů.

Cílem této práce je přiblížit problematiku substituční léčby metadonem a buprenorfinem, na základě kvantitativního výzkumu podat základní informace o pacientech substituční léčby a pokusit se popsat a zhodnotit jejich kvalitu života, a to na vzorku pacientů vybraných pražských substitučních programů. Ráda bych touto prací i poukázala na nedostatky substituční léčby.

Tématem kvality života se zabývá velké množství kvantitativních výzkumů, které k jejímu měření využívají různých nástrojů. Na rozdíl od výzkumů, literatura zabývající se kvalitou života jako celostním pojmem je relativně skoupá. Česká literatura navíc zůstává té zahraniční mnohé dlužna. Při psaní o kvalitě života jsem v této práci vycházela z velké míry z prací Evy Dragomirecké, která se zabývá již dlouhou dobu výzkumem kvality života v našich podmínkách a podílí se také na mezinárodních studiích. Vedle těchto pramenů vycházím ze sborníku Kvality života, jejímž autorem je Payne a kolektiv dalších autorů. Pokud jde o drogovou tematiku, k dispozici

je množství statistik i literatury, která nabízí široké penzum objektivních informací.

Důvodem pro zpracování tématu kvality života a substituční léčby byla má téměř tři a půl letá zkušenost s lidmi závislými na tlumivých látkách, kterou jsem získala díky působení v Kontaktním centru a Terénních programech občanského sdružení Sananim, a mimo to i můj celkový zájem o drogovou problematiku a jakási potřeba vyjádřit vlastní názor a zabývat se daným tématem z pohledu pracovníka nízkoprahových služeb pro drogově závislé. O praxi na pražské otevřené drogové scéně se opírám ve svých úvahách, názorech a návrzích řešení. Často také pro zajímavost a dokreslení představy čtenáře používám slangové výrazy, které jsou běžně užívané v komunikaci mezi drogovými uživateli.

Práce se skládá ze dvou částí. První teoretickou část tvoří tři samostatné kapitoly, ve kterých postupně vysvětluji pojmy, které považuji za důležité pro komplexnější pochopení drogové problematiky a tématu práce. V první kapitole se věnuji objasnění základních pojmů, jež se týkají drogové závislosti opiátového typu, důsledků této závislosti, její léčby, a které jsou podstatné pro snadnou orientaci v následujícím textu.

Druhá kapitola pojednává o substitučním typu léčby drogové závislosti a jejích cílech, o používaných substitučních látkách, o výhodách a nedostacích této léčby a o jejím zneužívání. Věnuji se také popisu aktuálního stavu v oblasti substituce se zaměřením na situaci v Praze, který jsem doplnila vlastními kritickými poznámkami.

V kapitole třetí uvádím přehled definic kvality života a přístupů k ní, způsoby měření kvality života, a také se zde zamýšlím nad kvalitou života lidí s drogovou závislostí.

Čtvrtá kapitola tvoří druhou, empirickou část práce, jejímž obsahem je popis postupu výzkumu kvality života pacientů v substituční léčbě a jeho výsledky.

1. Drogová závislost opiátového typu

Pojem, který budu v této práci vedle jiných často používat, je pojem droga, proto jej hned v úvodu vysvětlím.

Drogami v této práci rozumím omamné látky, které mají psychotropní efekt, což znamená, že ovlivňují a mění (emoční) vnímání a prožívání reality a mají schopnost vyvolat závislost. (Minařík)

Drogy se dají rozdělit podle rizikovosti na měkké (např. marihuana) a tvrdé (např. heroin, alkohol, pervitin), a také podle převládajícího účinku na drogy tlumivé (např. heroin, benzodiazepiny), stimulační (např. pervitin, kokain), halucinogenní (např. LSD, lysohlávky), konopné (např. marihuana) a těkavé (např. toluen). V literatuře se dají najít i jiná rozdělení drog, pro tuto práci však postačí rozdělení, které uvádím a se kterým souhlasím, protože je dle mých zkušeností nejpřesnější.

V práci budu hojně používat také výrazy klient (ve spojení klient jako uživatel sociálních služeb v systému drogových služeb) a pacient (jako pacient zdravotnických zařízení, které poskytují substituční léčbu – pacient v substituční léčbě, substituovaný pacient), uživatel drog (výraz širšího významu, který zahrnuje všechny uživatele drog – ty, kteří drogy pouze zkoušejí, berou je občas nebo už jsou na nich závislí), drogově závislý (úžeji vymezený výraz, který charakterizuje takové uživatele drog, kteří jsou již na užívané droze závislí), injekční nebo problémový uživatel drog (užívá drogy injekčně, tedy problémově), toxikoman (člověk, užívající toxické látky – drogy).

Další používané pojmy vysvětlím postupně v následujících kapitolách.

1.1 Opioidy a opiáty

Opiáty jsou podskupinou opioidů, která má strukturu blízkou morfinu. Nejznámějšími zástupci této skupiny jsou heroin, kodein, braun (po domácku, z kodeinu vyráběný opiát), metadon, buprenorfin.

Opioidy jsou prostředky se silným tlumivým účinkem na centrální nervový systém. Mají analgetický, zklidňující a euforizující účinek, při užití dochází k útlumu dýchacího centra (dýchání je mělké, může dojít až k zástavě dechu), k potlačení kašlacího reflexu (proto využití v medicíně jako léku proti kašli), k dráždění centra pro zvracení (takže uživatel zvrací, většinou bez nevolnosti), dále způsobují zácpu (útlum aktivity hladkého svalstva), svědění a pocení, vyvolávají miózu (zúžení zornic, typickou známkou užívání opioidů jsou zorničky velikosti špendlíkové hlavičky), snižují tělesnou teplotu a krevní tlak, zpomalují frekvenci srdeční činnosti a na počátku užívání způsobují příjemné a teplé pocity v oblasti břicha. Po delším užívání způsobují prodloužení až vymizení menstruačního cyklu. (Minařík, 2003)

Vedle útlumu tělesného dochází i k útlumu duševnímu. Uživatel zažívá stav „tichého opojení,“ zklidnění a uvolnění, vzdaluje se realitě, dosavadní problémy se zdají být bezvýznamné, uživatel se stává pouze jakýmsi pozorovatelem dění kolem sebe. Tyto příjemné pocity bývají na začátku užívání hlavním důvodem, proč člověk tento typ drog opakovaně vyhledá.

Mimo zneužívání opioidů často dochází ke kombinaci užívání s dalšími drogami či léky. V tomto případě trpí závislý jedinec tzv. křížovou (či zkříženou) závislostí a vedle své hlavní (primární) drogy, užívá i další. Nejčastější je užívání různých kombinací heroinu, pervitinu (chemicky metamfetamin) a benzodiazepinů, což jsou léky, jež jsou v lékařství užívány jako léky proti úzkosti (tzv. anxiolytika či trankvilizéry) nebo jako léky s hypnotickým účinkem. Nejznámějšími zástupci jsou například léky s těmito obchodními názvy - Valium, Lexaurin, Rohypnol, Neurol, Xanax, Rivotril, Diazepam, Oxazepam, apod.

1.1.1 Heroin

V roce 1874 byl syntetizován diacetylmorfin, v roce 1898 jej začala německá firma Bayer prodávat pod názvem Heroin (zřejmě od německého slova heroisch, „hrdinský“). Po léta byl heroin považován za účinný lék pro závislost na morfinu. Zajímavé také je, že byl zpočátku považován za lék s nulovým rizikem závislosti.

Heroin je polosyntetický opioid, derivát morfinu. „Obohacení“ chemické struktury morfinu o dvě acetylové skupiny zaručuje lepší rozpustnost v tucích a tím i snadnější a rychlejší průnik hematoencefalickou bariérou,¹ což má za následek silnější „nájezd,“ čili „orgastický“ pocit, typický na začátku intoxikace. Z tohoto důvodu je také vysvětlována oblíbenost heroinu mezi jeho uživateli oproti morfinu nebo jiným opiátům. (Minařík, 2003)

Zdrojovou látkou pro výrobu heroinu je morfin nebo přímo opium² (šťáva z nezralých makovic). V Evropě se importovaný heroin objevuje ve dvou formách. Jednak jako běžně dostupný „hnědý“ heroin (jeho základní chemická forma) a méně běžný a obvykle dražší a silnější „bílý“ heroin (ve formě soli), který zpravidla pochází z jihovýchodní Asie. U nás užívaný heroin se vyrábí převážně v Afghánistánu, který zůstává největším dodavatelem nelegálního opia na světě. V roce 2005 představoval 89% celosvětové produkce nelegálního opia, za ním byla Barma se 7%.³

Heroin, neboli v řeči uživatelů drog „herák,“ „héro,“ „kedra,“ nebo také „ejč,“ či v romštině „káló,“ je řadu desetiletí prakticky celosvětově nejrozšířenější drogou této skupiny. Do roku 1994 se v České republice vyskytoval jen sporadicky (jeho místo do té doby zastával braun), od tohoto přelomového roku jeho užívání na drogové scéně mnohonásobně vzrostlo.

Způsobů, jak si heroin aplikovat je několik. Nejčastější a zároveň nejrizikovější je aplikace nitrožilní (intravenózní - i.v.).⁴ Méně rizikové způsoby jsou šňupání nebo kouření a inhalace z aluminiové folie (v drogovém žargonu „hulení z plechu“). Způsob užití záleží také na formě

¹ Hematoencefalická bariéra odděluje krevní oběh od mezibuněčného prostoru mozku.

² Zajímavý článek o historii opia in Zuda, 1999.

³ Výroční zpráva za rok 2006 – Stav drogové problematiky v Evropě. str. 66.

⁴ V Praze je 80-90% i.v. uživatelů ze všech problémových uživatelů drog – dle statistických odhadů pražských nízkoprahových zařízení.

drogy. Hnědý heroin je vhodný ke kouření a inhalaci „z plechu,“ při přípravě k injekční aplikaci je k němu potřeba, z důvodu nesnadného rozpouštění ve vodě, přidat kyselinu askorbovou. V případě bílého heroinu není kyselina pro i.v. aplikaci potřeba, jelikož se snadno rozpustí i bez ní. V poslední době dochází u začínajících uživatelů, kteří zprvu užívali heroin inhalací (druhý nejrozšířenější způsob aplikace heroinu v Praze) či šňupáním, k přechodu na i.v. aplikaci. Důvodem je zejména zvyšování tolerance a potřeba vyšších dávek. Nitrožilní aplikace zajišťuje vyšší účinek za srovnatelnou cenu. Méně rizikové způsoby užívání k nám přicházejí ze západu, kde i.v. aplikace je již známkou celkového úpadku uživatele. (Minařík, 2003)

1.2 Drogová závislost

Drogová závislost je komplexní stav, který zahrnuje sociální, psychologické a biologické komponenty. V této subkapitole uvedu některé definice drogové závislosti, se kterými se ztotožňuji, protože dle mého názoru nabízí relativně ucelený a postačující pohled na danou problematiku, který je nutný pro lepší pochopení tématu.

První definici drogové závislosti nabízí tzv. biomedicínský model závislosti, který říká, že drogová závislost je *„nemocí v lékařském slova smyslu (v zásadě chorobnou poruchou mozkových funkcí, do jisté míry s dědičnými dispozicemi).“* Tento model považuje závislost za nemoc *„chronickou, obtížně léčitelnou, s častými recidivami a nejspíše vůbec nevyléčitelnou“* (Kalina, 2003). Přesto, že dle biomedicínského modelu není závislost úplně vyléčitelná, je léčitelná a může dojít k úpravě stavu za podmínky trvalé abstinence od drog.

Druhou definici poskytuje bio-psycho-sociální model závislosti, který v dnešní době částečně překrývá přístup biomedicínský a rozšiřuje jej o rozměr *„psychických funkcí, mezilidských vztahů, jejich dynamického vývoje a vzájemného podmiňování.“* Drogová závislost vzniká *„v průběhu vývoje osobnosti ve vzájemné interakci biologických, psychologických a vztahových faktorů“* (Kalina, 2003). Na rozdíl od modelu předešlého, model bio-psycho-

sociální věří, že člověk může svoji závislost za jistých příznivých vnitřních a vnějších podmínek „přerůst,“ tedy se uzdravit a být nadále zdravým jedincem.

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN, 2006) při popisu syndromu závislosti na psychoaktivních látkách říká, že *„při závislosti má pro jedince užívání nějaké látky přednost před jiným jednáním, kterého si dříve cenil více.“* Jako ústřední charakteristiku onemocnění označuje *„touhu (často silnou, přemáhající) užívat psychoaktivní látku.“* Odpovídajícím pro označení síly touhy by mohlo být slovo „žádostivost“ nebo „chtíč.“ Touhu užívat drogy si jedinec uvědomuje (i když ji nemusí přiznávat) a snaží se často užívání kontrolovat, nebo i zastavit, často však neúspěšně. Samotný syndrom závislosti MKN definuje jako *„seskupení behaviorálních, kognitivních a fyziologických fenoménů, které se vyvinou po opakovaném užívání psychoaktivní látky. V typickém případě zahrnují silnou touhu získat látku, obtíže s kontrolou jejího užívání, trvalé užívání i přes nebezpečné konsekvence a dávání značné přednosti užívání látky před jinými aktivitami a povinnostmi, zvýšená tolerance a někdy somatický odvykací stav.“*

Mezi příznaky, dle kterých se diagnostikuje závislost patří: silná touha užívat látku, potíže v kontrole užívání látky, užívání látky k odstranění tělesných odvykacích příznaků, tolerance (potřeba vyšších dávek drogy k dosažení stejného účinku jako při dávkách nižších), zanedbávání jiných zájmů a povinností ve prospěch užívané látky, zvýšené množství času k získání, užívání nebo zotavení se z účinků dané látky a pokračování v užívání i přes jasný důkaz škodlivých následků užívání. (Minařík, 2007)

Závislost na drogách má dvě složky - psychickou a fyzickou. Ve společenském povědomí dochází často k nepřesnému chápání tohoto dělení. Lidé psychickou závislost bagatelizují (když vezmeme například návykové užívání alkoholu nebo cigaret), mají dojem, že když překonají fyzickou závislost, stačí už jen mít pevnou vůli a vše je vyřešeno. Tak jednoduché to bohužel není, psychická závislost je totiž tím hlavním problémem v procesu závislosti.

Fyzická složka závislosti nutí uživatele k dalšímu užívání dané drogy, protože jeho tělo si již zvyklo na její přítomnost a bez drogy dochází k abstinenčnímu syndromu (viz další subkapitola). Organismus člověka, který je fyzicky závislý na droze, se jí již natolik přizpůsobil, že ji zahrnul do svého metabolismu. V takovém případě si člověk drogu dát „musí“ aby jeho tělo fungovalo „normálně.“

Psychická závislost je stav, který se projevuje nutkáním brát si drogu opakovaně pro příjemné stavy. Může jít o pouhé přání, kterému lze odolat, či o dychtivé, neodolatelné a opakující se „bažení“ (tzv. craving) po droze. I když člověk vlastně ani drogu požit nechce, něco jej k tomu stále nutí. Různé okolnosti v něm pak mohou vyvolávat „chutě“ na drogu. Mezi tyto okolnosti patří například společnost lidí, kde se drogy užívají (drogové prostředí), nebo subkultura, kde je braní drog běžné a „módní,“ různé rituály spojené s užíváním drogy apod. U každého jedince vyvolávají chutě jiné podněty. Typickým znakem psychické závislosti je také ztráta kontroly nad užíváním, která bývá často nečekaná.

Každopádně právě psychická závislost je příčinou recidiv i po několikaleté abstinenci. Její zvládnutí může trvat mnoho měsíců či let a často vyžaduje zásadní změnu myšlení, vztahů, prostředí a životního stylu vůbec.

Závislost je velmi rozšířené onemocnění a závislost na legálně distribuovaných drogách, zejména tabáku a alkoholu, je velmi častá a také má nejméně dopady na zdraví uživatelů. Závislost na nelegálních drogách je díky někdy rychlejšímu rozvoji, ale zejména díky černému trhu, kriminalizaci uživatelů a dalším přidruženým rizikům více viditelná, ovšem z hlediska celé společnosti a zatížení zdravotního systému se jedná o problém spíše okrajový, přesto vyžadující řešení.

1.2.1 Závislost na heroinu

Heroin má vysoký potenciál pro vznik závislosti somatického typu. Je typickým příkladem drogy s tzv. „neakceptovatelným“ rizikem. Závislost na heroinu se rozvíjí již po několika týdnech pravidelného užívání, v některých případech i dříve, pokud například uživatel začne ihned s nitrožilní aplikací. Psychická složka závislosti se vyznačuje ztrátou kontroly nad užíváním a neovladatelným „dychtěním“ po droze, somatickou součástí je prudký vzestup tolerance, a tedy potřeba stále vyšších dávek (s čímž je spojena přímou úměrou také zvyšující se potřeba peněz). Pravidelní dlouhodobí uživatelé se dostávají na takové dávky, které by byly pro prvouživatele mnohonásobkem smrtelné dávky. Tak jak tolerance rychle roste, stejně tak i rychle klesá, proto v případě, kdy začne uživatel odvykat a nějakou dobu to vydrží, ale pak si dá heroin znovu (opětovné užití drogy po určité době abstinence – relaps), může se pro něj dávka, na kterou byl do té doby zvyklý, stát smrtelnou. (Minařík, 2003)

Člověk závislý na heroinu jej musí užívat několikrát denně. Pokud tak neučiní (například když drogu nemůže sehnat apod.), již po několika hodinách po poslední dávce u něj dojde k rozvoji odvykacího stavu, neboli abstinenciímu syndromu (mezi uživateli se říká „absták“, „áčko“). Abstinencií příznaky jsou nepříjemné a na heroinu dramatické, odeznívají však postupně po několika dnech (přibližně po týdnu až dvou je tělo zbaveno fyzické závislosti). Mezi tyto příznaky patří bolest břicha, zvracení, průjem, pocení, zvýšení teploty, zimnice, bolesti svalů a křeče, nechutenství, neklid, úzkost, nespavost (poruchy spánku mohou přetrvávat i několik měsíců po vysazení heroinu) a další příznaky fyzické nebo psychické. V některých případech může dojít také k ohrožení života postiženého, pokud ovšem závislý užíval pouze heroin (v přijatelných dávkách), riziko kolapsu či smrti je nepravděpodobné, komplikace u uživatelů heroinu při odvykání nebývají časté, za předpokladu dodržení lékařem doporučeného postupu. Jiný případ je, pokud závislý užívá vedle heroinu ještě jiné látky, například alkohol nebo benzodiazepiny. V takovém případě potom dochází k vážným komplikacím, odvykací stav je nebezpečný a vyžaduje hospitalizaci.

Při chronickém abusu (nadměrné užívání) heroinu je nejvíce postižena oblast charakterových vlastností, intelekt nebývá postižen (narozdíl od těkavých látek), dochází k „sociální a etické degradaci“ individua. Závislý je líný, bez vůle, ztrácí zájem o sexuální aktivity a potenci, může být depresivní. Častá bývá nespavost, únava a podrážděnost, střídající se s apatií. Nezdravá životospráva vede k celkovému vyčerpání a chátrání organismu a extrémní vyhublosti. Často také dochází k infekcím, které souvisejí s oslabením imunitního systému a nesterilní injekční aplikací drogy (viz dále). (Minařík, 2003)

1.2.2 Zdravotní a sociální rizika závislosti

Drogová závislost s sebou po delší době přináší negativní důsledky jak zdravotní, tak sociální.

Závislost na heroinu je závažný stav, který je především spojen s vážnými nemocemi, jako jsou virus HIV a rozvoj onemocnění AIDS, a jinými infekčními nemocemi, jako jsou hepatitidy, nejčastěji typu B a C, které jsou mezi uživateli velmi rozšířené a v případě závislých osob problematicky léčitelné. Případy onemocnění hepatitidou typu B nebo C u injekčních uživatelů drog jsou oproti infekci HIV několikanásobně častější.⁵ Injekční užívání drog proto patří mezi problémové, z důvodu rizika přenosu infekčních chorob. I přesto, že uživatel dodržuje zásady tzv. „bezpečného braní“ drog, stále existuje riziko přenosu infekce, a to pouze z toho důvodu, že je uživatelem injekčním, tedy problémovým. Infekce se u problémových

⁵ Výskyt HIV mezi injekčními uživateli je téměř nulový, ročně je evidováno 5-7 nových případů HIV mezi injekčními uživateli. Výskyt virové hepatitidy typu C (VHC) je pod úrovní většiny zemí EU (v ČR je VHC infikováno cca 35 % klientů nízkoprahových center – údaj dle NMS, ve většině evropských zemích je to 60 - 70 %). Sama bych ovšem řekla, že žloutenku typu C má více lidí než uvádí zpráva, protože za prvé, ne všichni uživatelé se nechávají pravidelně testovat na infekční nemoci a za další je toto pouze údaj z nízkoprahových center, tedy lidé, kteří je nenavštěvují a představují tzv. skrytou populaci uživatelů drog, nejsou do statistiky zahrnuti. Odhaduji tedy počet nakažených „céčkem“ na více než 1/3 i.v. uživatelů drog, jak uvádí NMS, alespoň pokud jde o Prahu.

uživatelů⁶ drog přenáší převážně nesterilním injekčním náčiním, nedodržíváním hygienických zásad při aplikaci látky a při společném používání téhož injekčního náčiní mezi více lidmi (toto je vůbec největší problém mezi uživateli), méně častý je přenos při nechráněném sexuálním kontaktu a přenos z matky na dítě.

Vedle infekčních chorob je dalším rizikem abusu drog předávkování (někdy končící smrtí). Právě u problémových uživatelů opiátů k němu dochází nejčastěji, často kvůli kombinaci s jinou látkou.

Mimo tato výše zmiňovaná rizika může mít uživatel drog také další zdravotní komplikace, mezi nejčastější patří problémy s cévami, abscesy,⁷ různé záněty, kožní infekce (impetigo) a různé další infekce způsobené znečištěnou drogou nebo nedodržíváním hygienických zásad při injekční aplikaci. V některých případech může dojít také k rozvoji nějakého závažnějšího onemocnění v souvislosti s užíváním drog, a to jak fyzického, tak psychického.

Mezi psychické problémy závislých na opiátech patří například úzkosti, deprese nebo psychózy, které mohou vyústit v sebevražedné jednání. Přítomnost tzv. duálních diagnóz (výskyt dvou a více psychických poruch u jednotlivce), kdy základní diagnózu tvoří užívání návykové látky a diagnózu vedlejší pak jiná psychiatrická porucha nebo naopak, není nikterak neobvyklá. Nejčastějšími vedlejšími poruchami jsou poruchy osobnosti, neurotické a afektivní poruchy, u žen pak poruchy příjmu potravy. Mezi poruchami osobnosti převažují smíšené, specifické a impulzivní poruchy osobnosti.⁸ Léčba lidí s duální diagnózou je u nás komplikovaná, jelikož zde nefunguje zařízení, které by se na ně přímo specializovalo, proto dochází k tomu, že takové jedince odmítají jednak některá psychiatrická pracoviště, z důvodu kontraindikace drogové závislosti a v některých zařízeních pro uživatele drog si pro změnu neumí vždy poradit se závažným psychiatrickým onemocněním.

⁶ Počet problémových uživatelů drog v ČR v roce 2006 byl odhadován na 30,2 tisíce osob, z toho 10,5 tisíce osob užívalo opiáty – údaj dle Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti.

⁷ Lokálně ohraničené ložisko hnisavého zánětu.

⁸ *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2003*, str. 41.

Závislost na opiátech časem vede u většiny závislých ke stejným sociálním změnám a problémům. Hierarchie hodnot se u závislého mění, mění se také životní styl, který se stává stereotypním. Život závislého je naplněn pouze aktivitou zaměřenou na získání další dávky drogy, její užití, a tak stále dokola. V hodnotovém žebříčku má nejvyšší význam droga a ostatní hodnoty na významu pozbývají. Obstarat dostatečné množství drogy každý den, stojí stále více času a peněz. Hrozící abstinenční syndrom způsobuje, že uživatel musí sehnat drogu za každou cenu, ostatní věci jsou druhořadé. Člověk opouští své staré zájmy a přátele, jejich místo nahrazují drogy a lidé kolem nich, člověk už se neumí pohybovat jinde než v drogovém prostředí. Začínají problémy v práci či ve škole, které často končí odchodem (mnoho uživatelů nemá z důvodu závislosti dokončené vzdělání, nejčastěji střední školu) a ztrátou legálního příjmu což vede nejdříve k vyčerpání úspor, zadlužení, člověk začne rozprodávat svoje věci, poté začne krást peníze doma, prodávat majetek rodičů, či příbuzných, dělat doma různé podvody, což vede ke konfliktům v rodině, které často končí odhalením závislosti člena rodiny, „vyhozením“ z domova a narušením rodinných vztahů a vazeb. Tak končí mnoho závislých na ulici (stávají se bezdomovci, či bydlí po různých kamarádech, nebo na squatech), propadají se na samé dno závislosti. Finanční náročnost⁹ závislosti s sebou přináší riziko kriminálního chování. Většina toxikomanů si peníze začne obstarávat prostřednictvím trestné činnosti, mezi kterou patří podvody, krádeže, distribuce nebo výroba drog, loupežná přepadení, prostituce atd. Drogově závislí jsou zadlužení kde to jen jde a vzhledem k tomu, že dluhy nemají z čeho splácet (i když spíše je dluhy v době závislosti vůbec nezajímají a nijak je neřeší), dochází k jejich narůstání, někdy do závratných výšek. Závislí často nedělají nic krom shánění a užívání drog, nepracují, nejsou registrováni na úřadech práce, neplatí si zdravotní pojištění atd.

⁹ Cena hnědého heroinu se na českém trhu pohybuje kolem jednoho tisíce korun za gram. Závislý člověk potřebuje tedy denně sehnat peněžní částku v rozmezí od několika set korun, do několika tisíc, v závislosti na užívaném množství.

„Dělání peněz“ (jak se říká v drogovém prostředí jejich obstarávání) má pak za následek různé formy trestu, mnoho závislých končí ve vězení,¹⁰ nebo s podmíněnými a alternativními tresty, někdo dostane nařízenou soudní léčbu apod.

V takovém stadiu závislosti již člověk ztrácí všechny zábrany, nekontroluje své chování, je neschopen se ovládat, je ovládán pouze drogou, je nespolehlivý, prohlubuje se u něj egocentrismus a nezájem o okolí a potřeby jiných lidí, projevuje se také schopnost velmi obratně lhát (a to takřka za všech okolností) a manipulovat s lidmi a dochází k celkové změně osobnosti člověka. Závislý najednou zjišťuje, že nemá kolem sebe nikoho, na koho se dá spolehnout, jelikož „všichni“ kolem vlastně zneužívají drogy stejně jako on. V takovém případě potom nedostatek sociálních kontaktů s lidmi mimo drogové prostředí zvyšuje riziko recidivy, za předpokladu, že se toxikoman rozhodne pro léčbu.

Člověk přestává respektovat určité společenské normy a pravidla, jeho chování je pro společnost nepřijatelné, po delší době takového života má člověk problém vůbec si představit, že by neměl brát drogy a měl by se opět přizpůsobit danému společenskému systému a životu v něm. Kumulace uvedených sociálních problémů může v určitých případech vést k tzv. sociální exkluzi, tedy vyloučení jedince ze společnosti. Fakt, že se závislý ocitá na okraji společnosti způsobuje další negativní důsledky, jakými je například stigmatizace uživatelů drog. Průzkumy¹¹ ukazují, že uživatelé drog se stávají jednou ze skupin společnosti, která není veřejností příliš tolerována (85% lidí by nechtělo mít uživatele drog za své sousedy). Pohrdání a odpor společnosti závislého jedince nutí setrvávat v drogovém prostředí, jelikož je to jediná skupina, která jej neodmítá. Negativní společenské postoje představují riziko i pro toxikomany, kteří se do společnosti pokoušejí znovu zařadit. Jsou i po podstoupené léčbě a abstinenci spojováni s drogami, lidé k

¹⁰ Ve velkém množství věznic však má uživatel další možnost užívat drogy, což představuje další problém, a tedy když vězení opustí, pouze pokračuje v užívání, ani v tomto případě tak nemá věznění pachatele žádný výchovný efekt a význam. I v lepším případě, když pachatel ve vězení nemá přístup k drogám, stejně se k nim ihned po ukončení výkonu trestu odněti svobody vrací. Toto je častá praxe, samozřejmě, že neplatí stoprocentně.

¹¹ Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2003. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2003.*

nim nemají důvěru, takoví lidé pak mají problém se uplatnit v zaměstnání (pokud ovšem přiznají svou předchozí závislost) apod.¹²

Sociální exkluze je ještě větší u romských uživatelů, kdy jsou časté případy zneužívání drog v celých rodinách a v mnoha romských komunitách v České republice. Exkluze je prohlubována tím, že romští uživatelé drog většinou nevyhledávají žádná drogová zařízení, je s nimi problematičtější kontakt i spolupráce, nejsou schopni dodržovat zásady bezpečného užívání drog, málokdy dokončují léčbu (pokud ji podstoupí), páchají ve větší míře trestnou činnost spojenou s drogami (například distribuci drog mají na otevřené drogové scéně z velké míry na starost právě Romové) atd.

1.3 Léčba závislosti

Léčbu je možné vymezit jako „*odbornou, cílenou a strukturovanou práci s klientem, jež vychází především z bio-psycho-sociálního modelu.*“ Při léčbě je užívána řada metod a přístupů v různé kombinaci. Cílem léčby je „*prostřednictvím celé škály intervencí dosáhnout abstinence nebo redukce užívání drog, snížit frekvenci a závažnost relapsu, zapojit klienty do produktivního života v rodině, v práci a ve společnosti a zvýšit tedy kvalitu jejich života na nejvyšší možnou míru.*“¹³

V mnoha zemích zůstává heroin hlavní drogou, kvůli níž uživatelé vyhledávají léčbu. Závislost na heroinu patří k nejzávažnějším a nejúpornějším. Přesto se dá léčit a dokonce vyléčit, nejlepším výsledkem je samozřejmě abstinence od drog. Proces léčby je zdlouhavý, a náročný nejen na psychiku závislého, ne vždy se ovšem abstinence dosáhne, to je ovlivněno mnoha faktory.

V této práci se ale celkově problematice léčby a faktorům, které ji ovlivňují věnovat nebudu, zmíním se pouze o systému léčby a typech zařízení, které u nás léčbu poskytují, podrobněji se pak budu věnovat jednomu typu nabízených služeb v samostatné kapitole.

¹² Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2003, str. 47.

¹³ Tamtéž, str. 28.

1.3.1 Systém drogových služeb

V dnešní době již u nás existuje celá řada možností léčby závislosti na opiátech, některé jsou účinnější než ostatní, některé méně. Důležitou roli má provázanost a návaznost jednotlivých služeb.

Zcela dole pomyslné pyramidy drogových služeb stojí tzv. nízkoprahové služby, které si sice nekladou za cíl abstinenci klienta od drog, ale mají nenahraditelnou pozici v systému péče o drogově závislé, z toho důvodu, že jsou ve většině případů prvním místem, které uživatel vyhledává (a setkává se tak vůbec poprvé s drogovou službou) a díky nim se dostává dál na vyšší příčky zmiňované pyramidy. Bez nízkoprahových zařízení by zařízení navazující měla s největší pravděpodobností podstatně méně klientů než nyní, a jelikož je cílem drogových služeb mít v kontaktu co nejvíce drogových uživatelů, které je třeba motivovat ke změně rizikového chování, absence tohoto typu služeb by byla kontraproduktivní.

Nízkoprahové služby (snadno dostupné všem, bez dalších požadavků) zahrnují terénní kontaktní práci (forma sociální služby poskytovaná přímo na ulici) a tzv. kontaktní centra. Hlavním principem práce obou typů nízkoprahových služeb je přístup „ochrany veřejného zdraví“ (public health) a „minimalizace poškození“ (harm reduction).

Přístup public health nesleduje individuální zájem klienta, ale ochranu populace především před přenosem infekčních chorob. Základem tohoto přístupu je proto výměna injekčních stříkaček a jehel, distribuce sterilního materiálu, kondomů, poskytování sociálního a zdravotního poradenství, zprostředkování léčby atd.

Přístup harm reduction využívá stejných metod jako public health, je ale zaměřen na individuální potřeby klienta. Jak už jsem uvedla výše, tento model nemá za cíl abstinenci klienta od drog (i když tuto možnost nevyklučuje), a „nepokládá za nutné a účelné její okamžité, prvořadé a výlučné prosazování“ (Kalina, 2003). Akceptuje, že klient v dané době užívá drogy a nechce nebo nemůže přestat (nemá dostatečnou motivaci pro nástup do léčby a setrvání v ní), proto se snaží o „udržení“ klienta při životě a o

zachování jeho zdraví. (Kalina, 2003) Snižování rizik vedle výše uvedených služeb zahrnuje také rady, návody a vysvětlení, jak správně a bezpečně drogy aplikovat, aby nedocházelo ke zdravotním komplikacím,¹⁴ důležité jsou také informace o bezpečném sexu, jako prevence sexuálně přenosných chorob. Pokud se klient rozhodne pro léčbu, pracovníci terénních služeb jej většinou delegují do kontaktních center, které stojí v nízkoprahových službách nad těmi terénními a poskytují další služby.

Do rámce harm reduction (HR) patří v podstatě také podávání náhradní drogy (substituce) nebo původní drogy pod lékařským dozorem (o tom v následující kapitole).

Když pomineme nízkoprahové služby, které nenabízí přímou léčbu, pouze ji zprostředkovávají, následuje několik možností léčby v různých typech zařízení, kterou si klient volí dle toho jak mu který typ vyhovuje. Pro každého se hodí něco jiného, záleží na okolnostech, které by měl zvážit zkušený pracovník a doporučit tak klientovi vhodný typ léčby.

Žadatel o léčbu by měl nejprve podstoupit tzv. detoxifikaci, což je proces zvládnání odvykacího stavu, kdy se tělo zbavuje drog (délka trvání je zhruba týden až několik týdnů, dle typu a množství užívané látky). Ta probíhá nejčastěji hospitalizací v ústavním zařízení (na detoxifikačním oddělení nemocnic nebo psychiatrických léčeben) nebo také ambulantní formou (pravidelné docházení pacienta do ambulance), kdy se detoxifikace dosahuje postupným snižováním určité substituční látky (podrobněji v další kapitole). Ještě předtím než je uživatel přijat na ústavní „detox,“ je vyžadováno, aby měl již předem zajištěnou nějakou následnou péči (protože detox sám o sobě závislého nevyлéčí).¹⁵

Po detoxifikaci následuje samotná léčba, která zahrnuje opět více možností. Rozlišujeme léčbu ambulantní nebo rezidenční, tedy pobytovou. Mezi ambulantní typy léčby patří léčba v AT (alkohol – toxikomanie)

¹⁴ Poněkud rozporupným a kontroverzním přístupem v některých zemích zůstává rozvoj aplikačních místností pro injekční aplikaci drog pod dohledem personálu, které fungují například v Německu a jsou tak další součástí systému HR.

¹⁵ Pokud jde o místa, kde se dá detoxifikovat, například v Praze je na počet uživatelů žádajících o detoxifikaci, stále málo detoxifikačních jednotek (PL Bohnice, FN Apolinář, Dětské a dorostové detoxikační centrum v Nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského), proto musí žadatelé zkoušet i nemocnice mimo Prahu.

poradnách pro prevenci a léčbu závislostí, v ambulantních zařízeních, ve stacionárních programech a v zařízeních substituční léčby. V AT poradnách probíhá psychoterapie, v denních stacionářích intenzivní strukturovaný program pro klienty, kteří nechtějí být v průběhu léčby izolováni od původního sociálního prostředí. Stacionární typ zařízení představuje vlastně jakýsi mezistupěň mezi klasickou ambulantní léčbou a léčbou ústavní.¹⁶ Obecně by se dalo říci, že ambulantní péče tohoto typu není určena pro všechny, vyhovuje těm lidem, kteří za sebou nemají těžkou a dlouhodobou drogovou „kariéru“ a nemusí být hospitalizováni a izolováni. Takoví jedinci mají předpoklad zvládnout léčbu za kratší dobu a zařadit se tak opět do přirozeného lidského společenství a žít v něm. Náročnost této léčby zajišťuje to, že klient se už během léčby učí žít v přirozeném prostředí tak, aby se vyhnul rizikovým situacím. Klienti, kteří se ovšem potřebují dostat z původního prostředí, z tlaku okolí a dostupnosti drog, značně nezralí klienti nebo klienti problémoví se v takové léčbě většinou neudrží a potřebují léčbu ústavní (nebo v terapeutické komunitě, viz níže). Vhodné je taktéž doplňování stacionární léčby o krátkodobou nebo střednědobou ústavní léčbu, kdy stacionární léčba následuje po té ústavní a nejlépe pak klient ještě postupuje na doléčování. (Kalina, 2003)

Léčba rezidenční, která probíhá na oddělení psychiatrických léčeben (nebo na specializovaných psychiatrických odděleních nemocnic) je krátkodobá (4 – 6 týdnů) nebo střednědobá (3 – 6 měsíců) ústavní léčba, což znamená, že si vlastně člověk pouze „prodlouží“ detox přímo na oddělení psychiatrie. Cílem rezidenční léčby je trvalá a důsledná abstinence od všech návykových látek, dosahuje se ho pomocí pravidelného režimu, který zahrnuje pracovní terapii a volnočasové aktivity a psychoterapeutické skupiny a komunitní sezení.

Další možností rezidenční léčby je léčba dlouhodobá (6 – 18 měsíců), která je realizována v terapeutických komunitách, kterých už je v dnešní době v České republice velký počet, ovšem stále dochází k tomu, že

¹⁶ Například Denní stacionář o.s. Sananim provozuje v Praze tříměsíční léčbu, která zahrnuje intenzivní ambulantní léčbu skupinovou formou, s každodenní docházkou (intenzivní psychoterapie, kontroly abstinence pomocí testů z moči, nácvik denního režimu, změna životního stylu).

v některých jsou čekací doby (někdy i pár měsíců). Léčba v komunitě je zaměřena na léčbu vedoucí k abstinenci, na sociální rehabilitaci a změnu životního stylu prostřednictvím osobnostního růstu. Je rozdělena do několika fází a hlavním terapeutickým prostředkem je sociální učení a samotný život v komunitě, který zahrnuje strukturovaný program formou skupinové psychoterapie, pracovní terapie, arteterapie, zátěžových programů, sportu, volnočasových aktivit, tréninku odpovědnosti a sociálních dovedností. (Adameček, a kol. 2003) Typické pro komunity je to, že se nachází mimo hlavní města a místa, která připomínají drogy, nejčastěji někde na vesnici či na samotě, kde klienti žijí jiný život, než na který byli zvyklí, často se starají o zvířata a hospodářství.

Všechny typy rezidenční léčby by měly být využívány až tehdy, pokud selžou jiné způsoby léčby.

Poslední fází v systému léčby a procesu změny chování závislého člověka je následná péče, která má udržet navozené změny chování. „Doléčovací“ programy navazují na základní léčbu (viz výše), přijímají tedy abstinující klienty (doléčování trvá 6 – 12 měsíců). Doléčovací centra jsou situována do měst a mají zajistit pozvolný návrat klienta do podmínek normálního života bez drog. Stabilizace životního stylu klienta se jeví jako klíčový faktor, ovlivňující efektivitu léčby závislosti. Dalším důležitým úkolem je prevence relapsu a zvládání cravingu (což jsou v této fázi zcela běžné jevy a relaps je dokonce důležitou součástí změny) v již přirozeném prostředí, nikoliv jako doposud pod ochranou léčebného zařízení. Právě v tomto období léčby závislosti se projevují všechny klientovy problémy v plné síle (traumatické zážitky, poruchy osobnosti a jiné psychické problémy, zaměstnání, bydlení, dluhy, právní problémy, zdravotní komplikace, nevyhovující sociální život), jejichž řešení braním drog odsouval. Mezi hlavní složky programu patří psychoterapie, sociální práce, práce s rodinou a také poskytování chráněného bydlení, zajištění rekvalifikace nebo práce, možností jsou chráněné dílny, nebo chráněná pracovní místa. (Kuda, 2003)

V České republice je bohužel nedostatečný přístup k doléčování, doléčovacích programů je v celé republice stále málo, přitom se ukazuje, že doléčovací fáze má největší vliv pro udržení abstinence. Pro to, aby byla

zachována co největší efektivita léčebných programů je potřeba věnovat doléčování větší pozornost. (Kalina, 2000)

2. Substituční léčba

Jak jsem již uvedla výše, substituční (tedy náhražková) léčba je další z možností léčby závislosti na návykových látkách a v dnešní době již standardním léčebným postupem, který je zaveden a uznáván ve všech členských státech Evropské unie.

Jedna z možných definicí říká, že substituční léčba je *„jednou z forem lékařské péče pro závislé na opiátech (především na heroinu), při níž se používá látka stejná nebo podobná té, která byla užívána nelegálně. Léčba se nabízí ve formě udržovací a detoxifikační.“* (Zábranský, 2003)

Jinou definici nabízí Popov (2003), který popisuje substituci jako *„terapeutický postup, při kterém je původně užívaná návyková látka nahrazena látkou s výhodnějším bezpečnostním profilem.“*

Detoxifikační forma substituční léčby znamená, že se pacientovi množství podávané látky postupně snižuje až na nulu (z důvodu omezení abstinčních příznaků), takže by se tento typ léčby dal nazvat také léčbou krátkodobé nebo přechodné substituce, neboli ambulantní detoxifikace (viz výše), vedoucí k abstinenci (vynechá se tedy ústavní detox nebo se substituce poskytuje krátkodobě při ústavní detoxifikaci).

Udržovací neboli dlouhodobá forma substituční léčby představuje časově neomezenou terapii, která odkládá splnění konečného cíle (tj. trvalé abstinence) na dobu, kdy bude pacient objektivně i subjektivně schopen abstinčně orientovanou léčbu podstoupit. Do té doby je cílem udržet a zlepšit pacientův somatický a psychický stav. Pro některé pacienty může být konečným cílem samotná substituční terapie (která se pak stává terapií celoživotní), podstatně zlepšující kvalitu jejich života. Pacient, který je tímto způsobem léčen a abstinuje od všech ostatních návykových látek, je považován z klinického hlediska za abstinujícího. Dlouhodobá stabilita sociální, psychická i zdravotní, dosažená díky substituci, může být spouštěčem pro následné změny, které mají za následek to, že léčený prakticky přestane mít potřebu být substituován. (Popov, 2003)

Základním principem substituce je „náhrada ilegálně a draze získávané, intravenózně aplikované a krátkodobě účinné drogy jinou látkou s obdobným účinkem, ovšem podávané pravidelně, legálně a zdarma či cenově dostupnou a v čisté formě“ (Popov, 2003), (tedy nikoli s neznámými a nebezpečnými příměsemi, které obsahuje heroin).

Nejčastějšími indikacemi pro substituční léčbu je dlouhodobá závislost a rizikové užívání opioidů (v případě jiné závislosti, například na stimulantech, je tato léčba kontraindikována), zdravotní komplikace, opakované a neúspěšné pokusy o jinou léčbu a také závislost opiátového typu v kombinaci se zneužíváním jiné látky (pervitin), apod. Obecně se jedná o léčbu pro ty závislé uživatele, pro které je obtížné přestat drogu zcela užívat.

V České republice je substituční léčba prováděna dvěma schválenými látkami, podobná situace je i v zahraničí. Jedná se o metadon, připravovaný ve formě vodného roztoku z dovážené generické substance, a o hromadně vyráběný léčebný přípravek s obchodním názvem Subutex (buprenorfin), přičemž Subutex je v preskripci uvolněn pro všechny lékaře, tedy i lékaře praktické. Oba preparáty jsou podávány pouze orální formou (podrobněji o obou lécích dále).

V České republice jsou pravidla pro substituční léčbu a její provádění souhrnně zpracována ve Standardu substituční léčby,¹⁷ který upravuje charakter léčby a ustanovuje základní pravidla a podmínky, za kterých substituční léčba může a má být prováděna, určuje podmínky pro přijetí pacientů atd.

Pokud jde o problematiku přijímání pacientů do substitučních programů dle Standardu, v této podobě není nastaven na situaci, kdy se již objevuje klientela s rozvinutou závislostí na opioidech, která není nikde registrovaná, nebyla opakovaně léčena a nesplňuje tak výše uvedené kritérium. Jedná se například o bývalé, neléčené uživatele heroínu nebo uživatele s vyšším sociálním standardem, kteří sami stabilizovali svou situaci užíváním Subutexu získávaného nelegální formou (v pražských terénních

¹⁷ Standard substituční léčby. Věstník MZ ČR, částka 4, 2001.

programech se objevuje spousta klientů, jejichž základní drogou v rámci opiátů nebyl nikdy heroin, ale objevuje se ihned užívání Subutexu, což je novodobým trendem, viz dále). Pro tyto osoby bez doložené anamnesy užívání opioidů je vstup do substitučního programu problematický. (Randák, 2005)

V posledních letech se poskytování substituční léčby rozšířilo. Nikdy předtím systém péče neobsáhl tak vysoké počty uživatelů drog jako dnes. V Evropě v zásadě panuje shoda, že tento přístup k léčbě problémových uživatelů opiátů je přínosný.¹⁸ Například v Itálii podstupuje substituční léčbu 27 – 29% pacientů, ve Španělsku 41 – 86%, v Německu 33 – 63%, v Nizozemí 40 – 47% uživatelů heroinu. (Verster, Buning, 2003)

Tento typ léčby by měl být chápán jako další ze složek komplexního spektra péče o problémové uživatele nealkoholových drog. Existují pevné důkazy svědčící o hodnotě substitučních programů využívajících metadon a buprenorfin. Nicméně se ovšem stále objevují názory, že substituční léčba problémy neřeší, že jde jen o zneužívání jedné drogy místo druhé nebo dokonce, že jde o distribuci drog.

2.1 Cíle substituční léčby

Ačkoli dlouhodobým cílem může být pomoci závislým přestat brát drogy úplně, krátkodobé cíle vycházejí z koncepcí public health a harm reduction, aby zlepšily tělesné, duševní a sociální zdraví pacienta. Tyto cíle zahrnují snížení nebo zastavení užívání nelegálních drog, snížení rizik plynoucích z injekčního užívání drog (nebo sdílení injekčního náčiní), tedy snížení přenosu infekčních onemocnění, včetně HIV a hepatitid, snížení úmrtnosti (zvláště spojenou s předávkováním), snížení nemocnosti a zlepšení zdravotního stavu, snížení trestné činnosti za účelem obstarávání si drogy, snížení euforie, která znemožňuje uživatelům normální komunikaci s okolím, zkrácení celkové doby zneužívání nelegálních návykových látek, zlepšení

¹⁸ Dle údajů, které uvádí Verster a Buning, byly prokázány pozitivní účinky na snížení spotřeby nelegálních drog, zdravotně rizikové chování a kriminalitu a zlepšené sociální fungování.

celkové kvality života pacienta a jeho rodiny, zlepšení pacientovy integrace do společnosti, snížení veřejných výdajů na zdravotní péči a trestněprávní systém. (Verster, Buning, 2003, Popov, 2003)

Různé studie¹⁹ ukázaly, že pokud je substituční léčba poskytována správně, je dosažení daných cílů možné. Přínos substituční léčby je zvyšován udržением klientů v terapii (čím déle je pacient léčen, tím větší je přínos léčby pro něj i pro společnost), předepisováním dostatečně vysokých dávek (poddávkování poskytované substituční medikace může být jedním z důvodů proč dochází k selhání v substituční léčbě), spíše dostatečně dlouhým obdobím na stabilní dávce léčiva než překotným snižováním a převáděním k abstinenci léčbě, vyšetřením na přítomnost jiných psychiatrických onemocnění a jejich případnou léčbou, a podporou integrace jednotlivých služeb. Součástí efektivní a komplexní léčby by měla být také psychosociální péče, v praxi bohužel často chybí, a tak se klade větší důraz na substituci (tzv. nízkoprahové programy se omezují pouze na poskytování substitute bez další terapie). (Verster, Buning, 2007, Randák, 2005)

Otázka vhodnosti povinného zapojení psychosociální péče je mezi odborníky diskutabilní. Randák (2005) vnímá povinnost psychoterapie v kombinaci se substitucí v nízkoprahových programech jako problematickou. Říká, že *„ačkoliv by psychosociální servis měl podpořit udržení klienta v programu a pomáhat ve změně jeho životních postojů a životního stylu, může vést nakonec k nežádoucímu odchodu pacienta z programu. Domnívám se tedy, že paušální „naroubování“ povinných psychoterapeutických aktivit na substituční programy, není zcela vhodné.“* Kalina (2000) zastává podobný názor, tvrdí, že *„povinné poradenství negativně koreluje s udržením v programu, klienti pravděpodobněji zůstávají v léčbě, jestliže je poradenství dobrovolné.“* Přesto ovšem dodává, že *„pouhé zřizování metadonových „výčepů“ však nemůže požadavky efektivního postupu splnit, dosažení a udržení léčebného účinku se tedy bez psychosociální terapie neobejde.“*

Optimální výsledky závisejí také na včasném nástupu do programu. Díky tomu, že klient v substitučním programu již nemusí trávit veškerý svůj

¹⁹ Podle Verster, Buning (2003): *Informace pro tvůrce drogové politiky o účinnosti substituční léčby závislosti na opiátech.*

čas sháněním drog a prostředků na ně, může tak začít řešit problémy, které byly s jejich užíváním spojeny (např. dluhy, právní problémy, zdravotní problémy, vztahové záležitosti atd.). Také se může zaměřit na běžný život mimo drogové prostředí, a tak se postupně opětovně integrovat do společnosti.

2.2 Metadon

Metadon je syntetický opioid, v centrální nervové soustavě účinkuje podobně jako morfin. Má silné analgetické účinky a centrálně tlumivý efekt (stejně jako jiné opioidy). Jeho účinek nastupuje mimořádně pomalu a trvá déle než u jiných opioidů, doprovází jej jen minimální pocit euforie a proto má nižší potenciál závislosti než heroin. Metadon je návyková látka, během jejíhož užívání dochází ke vzniku závislosti.

Metadon byl poprvé syntetizován v Německu v roce 1937. Po válce se dalším výzkumem této sloučeniny zabývala americká farmaceutická společnost a začala jej komerčně vyrábět. V šedesátých letech jej američtí lékaři Dole a Nyswanderová začali používat k tzv. „substituční“ léčbě závislostí na opiátech a vyvinuli pravidla „Metadonové udržovací léčby.“ Považovali metadonovou léčbu za léčbu somatickou, která upravuje metabolickou poruchu při závislosti na opiátech (stejně jako inzulín u diabetiků) a kombinovali ji s intenzivní psychosociální rehabilitací, která pacientům svědčila. (Preston, 1999)

Jelikož metadon účinkuje dlouho, je možné ho užívat pouze jednou denně a nedojde tak k rozvoji abstinčních příznaků, jako u heroinu, který je nutno užívat vícekrát za den. Jelikož bývá metadon v podobě tekutiny, užívá se ústy, a to tím způsobem, že pacient dostane individuálně odměřenou dávku v kelímku, kterou pod dozorem zdravotní sestry či lékaře vypije (u tzv. vysokoprahových programů může být metadon vydáván také na několik dní domů, v tomto případě jsou ovšem na pacienty kladeny vyšší nároky než u programů nízkoprahových). Metadonová léčba se obecně soustředí kolem specializovaných ambulantních středisek, ale v některých

zemích může být také poskytována v ordinacích praktických lékařů, nebo je metadon vydáván v lékárnách, a může být povoleno jej užívat doma.

Za metadon pacient neplatí nic, je poskytován zcela zdarma. Toto jsou nesporné výhody metadonu, nevýhodou je delší odvykací syndrom po vysazení metadonu než po heroinu. K vedlejším účinkům může patřit pocení, zácpa, poruchy spánku, snížená koncentrace a pokles zájmu o sex, u žen někdy nedojde k obnovení menstruačního cyklu (opioidy potlačují ovulaci), pokud k jeho přerušení došlo v důsledku užívání heroinu.

Optimální dávkování metadonu je 60 – 120 mg denně, kdy 60 mg je uváděno jako minimální dávka pro udržení v programu (v metadonovém nízkoprahovém centru Drop-in je průměrná dávka metadonu 64 mg). U metadonu nedochází ke zvyšování tolerance, takže dávka může zůstat po dlouhou dobu stabilní a nemusí se zvyšovat. V uvedených dávkách je metadon bezpečný a netoxický. Vyšší dávka pak snižuje riziko zneužívání nelegálních opiátů a touhu po drogách. Obecně lze, v případě udržení v programu, vyšší dávky považovat za účinnější a spolehlivější než dávky nižší. (Randák, 2005)

V případě metadonových substitučních programů zhruba 1/3 pacientů z programu vypadne, 1/3 se na metadonu dlouhodobě stabilizuje a 1/3 je schopna po čase zanechat užívání drog úplně a abstinovat i bez metadonu. Úspěšnost metadonové udržovací terapie se udává v rozmezí 55 – 80% v porovnání s 30 – 50% úspěšností abstinčně zaměřených léčeb. Rovněž, pokud jde o náklady, je efektivita metadonových programů větší ve srovnání s rezidenční léčbou. (Popov, 2003)

V Evropské unii se pro substituční léčbu dle údajů EMCDDA²⁰ v 72% případů používá metadon. Celosvětově se metadonová terapie nejvíce poskytuje v Evropě, Severní Americe a Austrálii.²¹

²⁰ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction -

<http://www.emcdda.europa.eu/publications/online/ar2007/en/opioids>

²¹ Výroční zpráva za rok 2006 – Stav drogové problematiky v Evropě (2007), str. 17.

2.3 Buprenorfin (Subutex)

Buprenorfin je syntetický opioid, je to návyková psychotropní látka, vyvolávající závislost, která ovšem nastupuje pomaleji a je mírnější. Pod názvem Subutex je dostupný ve formě sublingválních (tzn. pod jazyk) tablet, ve třech druzích, které se liší množstvím účinné látky (0,4 mg, 2 mg a 8 mg).

Buprenorfin byl objeven v roce 1960, v roce 1978 se začal používat v injekční formě jako lék proti bolesti pod názvem Temgesic. V roce 1995 byl ve Francii zaregistrován poprvé jako lék k detoxifikační a substituční léčbě při závislosti na opioidech. U nás byl registrován v roce 2001.

Účinky buprenorfinu jsou stejné jako u metadonu a jiných opiátů, vyvolává euforii, kterou většina uživatelů vnímá jako slabší v porovnání s heroinem. Buprenorfin účinkuje dlouho, ještě déle než metadon, proto se dá užívat buď jednou denně, obden (užívá se dvojitá dávka) nebo pouze dvakrát až třikrát týdně, kdy se podávají větší dávky. Abstinenční příznaky při odnětí léku jsou mírnější, ale trvají déle, pokud se závislý rozhodne pro ústavní detoxifikaci pro rychlé vysazení buprenorfinu, musí počítat s delší dobou, než příznaky odezní, zhruba dva až tři týdny.²²

Optimální dávka buprenorfinu je 8 – 12 mg denně, což by měla být zaručená dávka pro udržení v programu a omezení chutí na zneužívání dalších drog. Nejčastěji předepisovaná je dávka 8 mg za den (což odpovídá 60 mg metadonu), pokud má pacient zájem detoxifikovat, dávka se postupně snižuje, průměrná doba na vysnižování na nulu je půl roku až rok. V případě léčby udržovací není doba předem určena.

Buprenorfin se dobře vstřebává z dutiny ústní, proto je určen k rozpuštění pod jazyk, v tomto případě má největší účinek. Při užívání nesmí být polknut, protože v trávicím traktu je metabolizován enzymy na neúčinné metabolity ještě ve stěně střevní. Aby nedocházelo k jeho zneužívání, měl by být lék podáván pod dohledem, což ovšem v praxi není vždy pravidlem. Pacienti dostávají lékařský předpis, většinou na jedno balení po sedmi tabletách, které vydrží na týden, a tak dochází do zařízení 1x týdně. Někteří

²² *Subutex – buprenorfin, bezpečná a účinná substituční léčba závislosti na opioidech* (2000). Monografie produktu, Schering-Plough Central East AG.

lékaři ovšem předepisují několik balení léku najednou, což vede k jeho následnému prodeji na černém trhu (o tom viz dále), tato skutečnost je předmětem častých kritik. Jelikož lék není poskytován zdarma, ale pacient si jej musí hradit sám,²³ u pacientů, kteří nemají legální zdroj příjmů, dochází k tomu, že si peníze obstarávají stále nelegální cestou. Dávka subutexu na týden vyjde zhruba něco přes tisíc korun (týdenní balení tablet po 8 mg stojí kolem 1300 Kč, dle lékárny), což je podstatně méně než kolik závislý potřebuje na týdenní dávku heroinu, takže přesto dochází ke snížení trestné činnosti.²⁴

Subutex je předepisován na tzv. opiátové recepty (s modrým pruhem), které podléhají mnohem přísnější kontrole.

Soubor důkazů, týkajících se buprenorfinu je mnohem menší než u metadonu, a to v důsledku jeho krátké historie. V poslední době se však postupně rozšiřují. (Verster, Buning 2003, 2007, Minařík, 2007)

2.4 Metadon vs. buprenorfin

V této kapitole se pokusím o srovnání obou preparátů a uvedení společných charakteristik a rozdílů.

Metadon i buprenorfin mají mírný euforizující účinek, buprenorfin vyvolává slabší závislost než metadon, i abstinенční příznaky jsou mírnější. U buprenorfinu je menší riziko předávkování než u metadonu. Buprenorfin je vhodnější pro těhotné ženy, protože způsobuje méně novorozeneckých problémů než metadon. Kontrola podávání metadonu je snadnější a metadon je levnější než buprenorfin. Není prokázáno, který preparát je účinnější. Buprenorfin i metadon mají svá pro i proti. Je důležité řídit se tím, který lék je pro daného klienta nejlepší. Lékař by to měl rozhodnout dle celkového

²³Vyjimkou jsou dotace poskytované Ministerstvem zdravotnictví ČR některým zdravotnickým subjektům poskytujícím detoxifikaci resp. substituční léčbu (státní i nestátní zdravotnická zařízení). Dotace bývá především určena na substituční léčbu vybraných skupin pacientů (např. gravidní pacientky) v substitučních zařízeních či jako podpora detoxifikačním programům i v rámci státních zařízení (např. PL Bohnice).

²⁴ www.drogovaporadna.cz.

stavu klienta, množství užívaného heroinu a doby závislosti, nebo kombinace drog.

Ve světě a taktéž u nás převažuje podávání metadonu, buprenorfin je druhou nejčastěji předepisovanou látkou. (Verster, Buning, 2003)

Převaha metadonové klientely²⁵ v substitučních programech v ČR je zajímavá, je otázkou proč tomu tak je. Zda z toho důvodu, že metadon má u nás delší tradici než buprenorfin nebo tím, že metadon, z důvodu jeho bezplatnosti, užívají převážně ti pacienti, pro které je metadon zdarma spíše sociální službou, která zcela odpovídá jejich sociálnímu postavení. (Randák, 2005)

Druhá domněnka může být zčásti reálná, jelikož z vlastních zkušeností vím, že někteří klienti, často bezdomovci ve velmi špatném celkovém stavu, kteří již nezvládají získávat tolik finančních prostředků na drogy a žít v náročném drogovém světě, by již neměli kapacitu obstarat si peníze na Subutex a proto volí raději metadon, který je zdarma a tudíž zcela odpadá nutnost pohybovat se v drogovém prostředí (samozřejmě, že existují lidé, kteří přesto zneužívají další drogy a v drogovém prostředí se stále pohybují). Metadon je tedy vhodnější pro klienty, kteří jsou těžce a dlouhodobě závislí a je u nich pomocí substituce nutná celková stabilizace. Tito klienti se také v metadonovém programu často objevují a myslím si, že pro tuto klientelu je substituce určena nejvíce. Otázkou však je, zda-li takových jedinců je takové množství, aby převažovali.

Pokud je spolu se substituční látkou užívána ještě látka jiná (tlumící CNS), například alkohol nebo benzodiazepiny, existuje riziko předávkování, a to jak u metadonu, tak u buprenorfinu. U pacientů, kteří nejsou schopni při podávání substituce abstinovat od jiných drog, je bezpečnější substituce buprenorfinem, přesto zde existuje riziko vzájemných interakcí. Pokud někteří klienti nejsou odhodláni přestat úplně s užíváním heroinu, je pro ně naopak lepší metadon. Mezi nejčastěji zneužívané další návykové látky patří alkohol, benzodiazepiny a marihuana, méně často pervitin a jiné drogy. (Preston, 1999)

²⁵ Ještě v roce 2006 jsou k dispozici údaje, které mluví o převaze lidí na metadonu, ovšem dnes může být situace jiná, vzhledem k nárůstu preskripce buprenorfinu, o čemž však chybí přesné číselné údaje.

V praxi to vypadá tak, že tyto jmenované drogy často užívají navíc někteří klienti „metadonoví i subutexoví“, jednoduše proto, že trpí závislostí a nejsou schopni to přestat dělat, ke svému životu prostě stále potřebují být pod vlivem nějaké drogy a bez zásadní změny, která by vedla k vyléčení a abstinenci, zůstává tento stav neměnný. V tomto případě by se dala substituční léčba nazvat jakýmsi typem léčby paliativní, která má pomoci nemocnému alespoň trochu důstojně žít.²⁶

Po celou dobu substituční léčby buprenorfinem i metadonem by měl být pacient sledován a v závislosti na jeho aktuálním fyzickém a psychickém stavu, průběhu léčby a spolupráci, sociální situaci a vlastních potřebách by měly být upravovány dávky, indikovány další součásti substituční terapie a upravován léčebný plán. Během léčby by měl být pacient také testován na přítomnost návykových látek v moči. Testování dává možnost ověřit si, zda probíhá abstinence od ostatních návykových látek. Někteří pacienti pokračují v užívání dalších drog „navíc.“ Pokud užívání drog neohrožuje léčebné cíle a neohrožuje život pacienta, nemělo by mít na pokračování substituce negativní vliv. Pozitivní toxikologické vyšetření by naopak mělo vést k revizi stávajícího stavu.

Pokud dojde k ukončení léčby, stává se tak většinou v případě zásadního porušení pravidel, mezi které patří agresivní chování, neomluvené absence v docházce, v některých programech opakované porušování abstinence, manipulace personálem apod., nebo se může pacient rozhodnout k dobrovolnému odchodu. (HAMPL, 1999)

2.5 Historie a vývoj substituční léčby v České republice

Rok 1969 je díky Doleovi a Nyswanderové a jejich počátkům s metadonovou léčbou považován za oficiální zahájení nové formy léčby opiátových závislostí, která se během následujících let rozšířila po celém světě.

²⁶ www.drogovaporadna.cz

V České republice má substituční léčba relativně dlouhou tradici. V době zneužívání braunu, se závislost na opioidech řešila předepisováním tzv. „divoké substituce,“ kdy se používal Diolan a Temgesic.

Počátky substituční léčby v pravém slova smyslu u nás sahají do roku 1992, kdy začal příliv heroinu a zvyšovaly se počty jeho uživatelů. V tuto dobu se v Praze objevil ze Švýcarska dovezený metadon, který v množství několika kilogramů přivezl MUDr. Jiří Presl z organizace Drop-In s cílem reagovat na danou situaci a poskytovat tento dovezený metadon nejproblematictějším klientům. Po problematických úředních jednáních byl Ministerstvem zdravotnictví ČSFR nakonec povolen jednorochní experiment s podáváním metadonové substituce. Jelikož tento experiment nebyl vyhodnocen, nebylo povoleno v něm pokračovat a uživatelé se opět navrátili k heroinu, braunu nebo Diolanu. S rostoucím výskytem heroinu se však otázka substituční léčby objevila znovu. V roce 1997 proto MZ ČR rozhodlo o spuštění ročního „pilotního programu“ pro dvacet pacientů, na Oddělení pro léčbu závislostí ve Všeobecné fakultní nemocnici U Apolináře, pod vedením primáře MUDr. Popova. Vzhledem k potřebě zvýšení kapacity sestavilo MZ ČR v roce 1999 pracovní skupinu, která připravila Standardy substituční léčby, Registr substituční léčby a vzdělávací program pro lékaře a zdravotnický personál. Kapacita se sice zvyšovala, ale poptávku pokrýt nestačila, proto byla zřízena další centra a v roce 2002 jich bylo v České republice osm, kdy byly pokryty lokality s největším výskytem problémového užívání opioidů (hlavně Praha – tři centra a Ústí nad Labem). (Randák, 2005, Zábranský, 2003)

2.6 Aktuální situace a trendy

V této subkapitole se zaměřím na aktuální situaci v oblasti substituční léčby, jak u nás, tak v zahraničí, na trendy a praxi a další údaje, abych dokreslila celkovou problematiku a čtenář tak měl možnost vytvořit si ucelenou představu o daném tématu. Ne všechna níže zmíněná fakta na sebe

budou navazovat, jde mi zde hlavně o podání doplňujících, a dle mého názoru, důležitých informací.

Substituční léčba je v České republice v současné době poskytována ve specializovaných zařízeních, akreditovaných jako substituční centra nebo ve zdravotnických zařízeních s jinou specializací (psychiatrické ambulance), nebo praktickými lékaři. V posledních dvou případech jde pouze o předepisování Subutexu, metadon je možno vydávat pouze ve specializovaných zařízeních, protože podléhá přísnější kontrole než Subutex. V roce 2006 bylo v České republice 14 substitučních center, z toho 4 v Praze a 2 ve věznicích Příbram a vazební věznici Pankrác (kde substituční program probíhá jako pilotní), kde se léčilo 949 lidí, z toho 375 Subutexem, další metadonem.²⁷

V ČR funguje od roku 2000 Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek (dále jen Národní registr), do kterého mají specializovaná substituční zařízení povinnost hlásit substituované osoby, a to jak metadonem, tak i buprenorfinem. Registrační povinnost do roku 2006 neměli psychiatři v ambulantní sféře a praktičtí lékaři předepisující substituci mimo tato centra. Tato situace se měla změnit od roku 2006, kdy začala hlásná povinnost platit pro všechny lékaře každého zdravotnického zařízení jakékoliv specializace, poskytující substituční léčbu metadonem a Subutexem. Na tuto hlásnou povinnost reagoval Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, který spustil pilotní verzi elektronického Národního registru, ve kterém by si mohl lékař ověřit, zda pacient není již léčen v jiném zařízení.

V praxi to ovšem stále nefunguje jak by mělo, a proto vlastně neexistují ověřená data o počtu osob, kterým je substituce reálně předepisována, a stejně tak tedy nelze prakticky kontrolovat, zda není souběžně medikace určená k substituci (zde se jedná o Subutex)

²⁷ Situace ve věcech drog v České republice v roce 2006 – údaje pouze ze substitučních center, nejsou zde započítány ordinace praktických lékařů a psychiatrů.

předepisována jedné osobě ve více zařízeních. Taktéž nejsou známy přesné počty zdravotnických zařízení poskytujících léčbu Subutexem.²⁸

Na území České republiky v praxi neexistuje zařízení, které by poskytovalo komplexní typ substituční léčby. Žádné zařízení nenabízí všechny služby, které by dle Standardu substituční léčby měly být, kromě předpisu a výdeje látky, na jednom místě pacientovi k dispozici. Mezi tyto služby mimojiné patří terapie somatických a psychických poruch, skupinová a individuální psychoterapie, rodinná a pracovní terapie (pomoc při hledání práce, rekvalifikace a další se zaměstnáním související věci), následná péče, osobní poradenství. Tyto služby však nemusí být zajišťovány přímo v daném zařízení, ale mohou být poskytovány ve spolupracujících programech.²⁹

Nyní uvedu některé ze souhrnných údajů z České republiky (vycházím z údajů NMS³⁰) a poté také některé informace z dalších evropských států (vycházím z údajů EMCDDA).

Dochází k dlouhodobému poklesu hospitalizací spojených s užíváním opioidů, což pravděpodobně souvisí s rozvojem substituční léčby a odlivem uživatelů a závislých na heroinu z lůžkové do ambulantní péče.

Subutex je ve značném množství distribuován na černém trhu a hojně zneužíván (o tom viz samostatná podkapitola).

Stoupá počet pacientů v substituční léčbě Subutexem (mnoho klientů pražských terénních programů žádá o přijetí do některého substitučního programu poskytujícího Subutex z toho důvodu, že jej začali na drogové scéně užívat nelegálně, kde je dražší než pokud je na předpis, takže důvodem není žádost o lék, ale o Subutex jako drogu).

Metadon se u nás vyskytuje na pouliční drogové scéně v omezené míře, protože není běžně distribuován v lékárnách jako Subutex (já osobně jsem se za moji tříletou praxi s metadonem na černém trhu v Praze nesetkala).

V souvislosti s tímto tématem se na loňské konferenci Substituční léčby³¹ mluvilo o plánu (Mravčík, Plaček, 2007), že by měl být metadon

²⁸ *Situace ve věcech drog v České republice v roce 2006. Souhrn výroční zprávy. Zaostřeno na drogy 5/2007, str. 8., www.drogy-info.cz.*

²⁹ *Standard substituční léčby. Věstník MZ ČR, částka 4, 2001.*

³⁰ *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2003. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti.*

distribuován v lékárnách i u nás (jako tomu je v některých zahraničních státech). Problematika předepisování metadonu a jeho výdej v lékárnách s sebou nese riziko zneužívání, prodeje na černém trhu a i.v. aplikace. Mezi výhody se zahrnuje větší svoboda v běžném životě pacienta, který tak není omezován pravidelným a častým docházením do substitučního střediska, a snížení stigmatu spojeného s klinickým systémem péče o závislé. (Preston, 1999)

Já osobně s tímto návrhem nesouhlasím a doufám, že se nezrealizuje, protože tak by, dle mého názoru, nastala jen další možnost zneužívání jiného preparátu, který má být v první řadě lékem, nikoliv drogou. Dobrý záměr rozšířit nabídku substitučního preparátu by tak mohl být kontraproduktivní (když se podíváme na problém Subutexu).

Pražská léčebná centra pozorují v poslední době zvýšený výskyt otěhotnění u substituovaných pacientek, nebo uživatelék nelegálního Subutexu (tuto informaci potvrzují i ze svých zkušeností na otevřené drogové scéně, kde se v posledních několika letech objevuje stoupající počet těhotných uživatelék a matek v souvislosti se zlepšením jejich zdravotního stavu a tedy obnovením menstruačního cyklu a návratu sexuálních chutí díky Subutexu).

V substituční léčbě jsou jak relativně dobře fungující a často i zaměstnaní lidé, tak i lidé na okraji společnosti či extrémně sociálně znevýhodnění „pouliční“ závislí na drogách.³²

Odhaduje se, že v EU bylo v roce 2003 na substituční léčbě více než půl milionu uživatelů opiátů, což představuje jednu třetinu nyní odhadovaného počtu 1,5 milionu problémových uživatelů opiátů.³³

Společenské náklady (které jsou obtížně vyčíslitelné) na užívání drog vyplývají z léčby předávkování a dalších zdravotních důsledků užívání drog,

³¹ Konference *Substituční léčba*, kterou dne 2.5.2007 pořádal Středočeský kraj ve spolupráci s Centrem adiktologie Psychiatrické kliniky, 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze, Českým adiktologickým institutem, o.s. a sekretariátem Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky.

³² *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2003*, NMS.

³³ *Výroční zpráva za rok 2006 – Stav drogové problematiky v Evropě* (2007), EMCDDA str.30.

šíření nemocí v důsledku i.v. aplikace, ztráty kvality života rodin pacientů závislých, prosazování práva a soudních výdajů, trestné činnosti, ušlé produktivity práce. Každopádně nejvyšší náklady jsou na závislé na ulici a ve vězení, o $\frac{3}{4}$ menší náklady jsou na závislé v pobytové léčbě vedoucí k abstinenci a zcela nejlevněji vyjde udržovací léčba metadonem. Čím je ovšem léčba dlouhodobější, tím je i nákladnější. (Verster, Buning, 2003)

Některé země (Německo, Velká Británie, Španělsko, Švýcarsko, Nizozemí a další) mají, pokud jde o substituční programy, dokonce programy podávání heroinu na předpis (často v nitrožilní podobě, takže jde vlastně o podávání nelegální drogy legálně), i když počet takto léčených pacientů je velmi malý ve srovnání s ostatními formami substituční léčby. Tato forma léčby zůstává spornou a je obecně poskytována na základě vědeckého experimentu dlouhodobým uživatelům, u nichž ostatní terapeutické možnosti selhaly. Výsledky studií ukazují, že pro těžce závislé starší uživatele heroinu je léčba pomocí metadonu a heroinu účinnější než léčba samotným metadonem. (Verster, Buning, 2003)

Hampl (1999) k této problematice říká, že *„není možné pokládat podávání heroinu i.v. za substituční léčbu, protože jde o podávání stejné drogy stejným způsobem, ale zadarmo a za bezpečnějších podmínek. V našich podmínkách bychom měli zůstat u indikovaného podávání metadonu pod dohledem lékaře.“* Preston (1999) k tomu dodává, že *„existuje málo výzkumů, které ukazují, že by šlo o efektivní intervenci.“*

Já osobně s podáváním heroinu na předpis nesouhlasím, protože si myslím, že to popírá většinu cílů substituční léčby, například snížení euforie po užití heroinu, která omezuje normální fungování závislého, nebo podávání látky, která má dlouhodobější a bezpečnější účinek než heroin apod.

Pokud jde o výhled do budoucna v oblasti substituční léčby, stojí před námi některé úkoly, mezi které patří ekonomické zefektivnění léčby (v rámci programů české protidrogové politiky bylo v roce 2006 jednou z priorit financování programů substituční léčby) a zachování nebo zlepšení kvality péče (psychosociální péče jako pevná součást léčby), zvýšení dostupnosti léčby (pro uživatele mimo velká města), což je možné dosáhnout zapojením

místních praktických lékařů, pokud jsou vyškoleni v problematice návykových látek, a dostupnost substituční léčby také v policejním zadržení a vazbě. Efektivní léčba zřejmě totiž závisí na možnosti využívat k léčbě jak specializovaná centra, tak praktické lékaře, což umožní léčbu většímu počtu závislých jedinců. V tomto ohledu účinnost závisí na tom, zda je léčba závislosti považována za specializovanou léčbu nebo za součást primární péče. V různých zemích EU je situace odlišná. (Verster, Buning, 2003)

2.6.1 Zneužívání Subutexu

Samostatnou podkapitolu budu věnovat zneužívání Subutexu, protože je to v poslední době velmi diskutované téma a zaslouží si pozornost i v mé práci.

Většina závislých, kteří si aplikují drogy nitrožilně, trpí tzv. závislostí „na jehle.“ To znamená, že pro ně rituál i.v. aplikace drogy představuje tak mimořádně důležitý zážitek, kterého se nedokáží jen tak lehce zbavit. Při přechodu do substituce, a tedy požadavek na jiné než injekční formy užívání substituční látky, tak může být u některých pacientů opuštění tohoto rituálu stejně těžké, jako dosažení vlastní abstinence. V případě metadonu se tento problém příliš nevyskytuje (a pokud ano, tak jsou známy pouze ojedinělé případy aplikace metadonu do žíly³⁴ nebo nitrožilní užívání další látky vedle metadonu). Pokud jde o Subutex, situace je jiná. Jelikož je Subutex rozpustný také ve vodě, velká většina uživatelů, jak těch, kteří jsou v substituci a užívají tedy legální Subutex, tak těch, kteří užívají nelegální Subutex z černého trhu, si aplikují Subutex nitrožilně.

Pokud má uživatel snahu se tohoto rituálu zbavit, ale je to pro něj těžké, dají se doporučit některé postupy, které zahrnují podporu a postupné odnaučování tohoto stereotypu. Doporučuje se metoda, kdy se souběžně se substituční látkou podávanou ústy, místo účinné látky aplikuje do žíly pouze

³⁴ Což je možné tak, že pacient metadon vydávaný pod dohledem zdravotní sestry nevypije, ale ponechá si ho pod jazykem a když opustí výdejní místo, „přetáhne“ si jej do injekční stříkačky a poté aplikuje.

fyziologický roztok, který sice nenavodí stav euforie, ale napodobí naučený rituál po dobu, než se jedinci podaří od tohoto „neduhu“ upustit.

Podívejme se, jaký byl vývoj a jaké mohly být důvody tohoto trendu.

S rozvojem preskripce a užívání buprenorfinu se začalo souběžně objevovat i jeho zneužívání a postupně jeho rozšiřující se výskyt na černém trhu. Původně byl pouze oblíbenou náhradou heroinu mezi jeho uživateli, což způsobila především čistota látky bez jakýchkoliv příměsí a tedy jeho bezpečnost (nižší riziko předávkování). V roce 2002 a 2003 se rozšířil natolik, že se stal jednou z nejpobulárnějších drog opiátového typu na našem trhu, i v některých zahraničních zemích. Dá se říci, že z většiny drogových scén (v Praze i mimo ni) vytlačil heroin a to i přes to, že účinek Subutexu je možné charakterizovat jako méně „zábavný“ ve srovnání s heroinem. Na oblibě užívání Subutexu se pravděpodobně podílela špatná kvalita heroinu, která zhruba od roku 1998 postupně klesá, a také výpadky v jeho dostupnosti. Dalším důvodem mohla být skutečnost, že do roku 2003 mohl Subutex předepisovat volně kterýkoliv lékař, Subutexu bylo dostatek a až se zavedením přísnějších podmínek preskripce se s ním v masovém měřítku rozproudil černý trh, čemuž měla vlastně vzniklá omezení zabránit.

Subutex zakoupený na černém trhu (jeho cena se odvíjí dle dostupnosti a obsahu účinné látky v tabletě a je asi 4x dražší než cena legálně předepsaného Subutexu) již není lék, ale je zneužíván a stává se z něj pouze droga (v některých případech si někteří uživatelé kupují Subutex na černém trhu proto, že se nedostali do žádného programu, nebo z něj byli vyloučeni). Z důvodu výše zmíněné závislosti na jehle a toho, že je Subutex brán jako droga, si jej uživatelé aplikují nitrožilně (způsob tohoto podání nemá z farmakologického hlediska přinášet žádný výraznější efekt než podání pod jazyk, účinek nastoupí sice rychleji, ale je kratší a ne tak intenzivní). V mnoha případech uživatelé ani netuší, pro jaký typ podání je Subutex určen, neví, že si i.v. aplikací vlastně snižují účinek a dobu působení a navíc s sebou tato aplikace nese rizika injekčního užívání drog, plus některá další rizika, která souvisí se složením léku, který nepatří do žíly. Injekční aplikace tablet tak může způsobit specifické poškození, protože obsah plnidel a jiných pevných, případně nerozpustných látek (rozpustných

ve slinách, pomocí enzymů) může zhoršit průtok krve plicemi, kde se pevné částičky mohou zachytit a způsobit tak různé krevní sraženiny. Výsledkem je zhoršená průchodnost cév, otoky, opakované infekce vedoucí k poškození orgánů, například ledvin či srdce, abscesům na různých místech, v játrech, v mozku, oku atd. (Minařík, Randák, 2005)

Klienti pražských terénních programů zneužívající Subutex mají více poškozené žíly, častější abscesy, flegmóny³⁵ a flebitidy,³⁶ natékají jim ruce a nohy, často mají necitlivé končetiny a registrujeme již pár případů amputace končetiny z důvodu krevních sraženin v důsledku i.v. aplikace Subutexu. Naši klienti často nejsou schopni dodržovat alespoň důslednější přípravu Subutexu před injekční aplikací, která by mohla alespoň snížit ucpávání cév pevnými částicemi a následné záněty.

Na otevřenou drogovou scénu se dostává Subutex legálně opatřený jako medikace, která je předepisována v ordinacích lékaři a následně prodáváný na černém trhu. Neexistuje tedy s největší pravděpodobností žádný organizovaný zločin se Subutexem (a pokud ano, pak v ojedinělých případech). Praxe je taková, že uživatel závislý na Subutexu se snaží získat předpis na Subutex od co největšího počtu lékařů (z důvodu nefunkčnosti Národního registru je toto možné, viz výše), aby jej pak mohl za zvýšenou cenu prodat na černém trhu a tak si sám vydělat peníze.

Vedle uvedených rizik, které jsou spojeny s i.v. aplikací, má Subutex i určitý pozitivní efekt na otevřené drogové scéně, a to ten, že došlo k poklesu úmrtnosti v souvislosti s předávkováním opioidy. Jak dokládají praktické zkušenosti pracovníků pražských terénních programů, před objevením Subutexu docházelo na scéně k častější nutnosti poskytovat klientům neodkladnou resuscitaci a volat záchrannou službu. Mimo snížení rizik spojených s předávkováním se klientům celkově zlepšil zdravotní stav a mezi pracovníky a klienty došlo ke zlepšení možnosti kontaktu, protože Subutex klientům nedovoluje být mimo realitu v tak velké míře jako heroin.

Mimo tyto výhody a nevýhody nelegálního Subutexu se ještě vyskytují případy, kdy jeho užívání u klientů snižuje motivaci k výraznějším změnám,

³⁵ Neohraničený hnisavý zánět šířící se do okolí.

³⁶ Zánětlivé onemocnění žil.

směřujícím k abstinenci, protože jsou díky Subutexu se svým stavem vlastně spokojeni a nemají potřebu to měnit.

Jak už jsem se krátce zmínila výše, na drogové scéně paralelně s objevením Subutexu vznikla nová skupina subutexových uživatelů, kteří za sebou nemají žádnou opiátovou kariéru, a Subutex se tak pro ně stal první zneužívanou drogou opiátového typu. Takových lidí je sice menšina, ale na scéně se objevují, a mezi ostatními uživateli drog mají z tohoto důvodu nižší status. Často se jedná o ženy, které bez předchozí drogové kariéry (maximálně mohly být ve fázi rekreačního užívání drog) začaly užívat Subutex proto, že jej užíval jejich závislý partner, a samy si tak vytvořily závislost. Tento častý jev (kdy žena začne zneužívat drogy kvůli svému partnerovi) však nepatří do tématu této práce.

Dle statistických údajů nízkoprahových terénních služeb o.s. Sananim je na opiátové drogové scéně mezi klienty 17% uživatelů heroinu a 83% uživatelů Subutexu.³⁷

V důsledku dané situace, kdy je injekční aplikace a zneužívání Subutexu považováno za problém, se diskutuje o možných změnách, které by tuto problematiku pomohly vyřešit. Jedním z takových pokusů je postupné uvedení nového preparátu na trh.

Tento nový preparát s názvem Suboxone (původní buprenorfin nově v kombinaci s naloxonem³⁸), který se na našem trhu začíná objevovat od začátku letošního roku (v zahraničí byl uveden v roce 2005), funguje jako buprenorfin při sublingvální aplikaci, avšak naloxon v něm obsažený vyvolává akutní abstinenci příznaky, jestliže se aplikuje nitrožilně. Přidáním naloxonu k buprenorfinu se očekává, že se podaří zamezit zneužívání a injekční aplikaci buprenorfinu (dle informací klientů však zřejmě účinky budou v praxi trochu odlišné a k nástupu abstinenci příznaků zřejmě nemusí dojít za všech okolností u všech klientů stejně, a přesně tak jak zaručují farmaceuti). V porovnání se Subutexem je Suboxone asi o stokrát levnější. Některá zařízení tedy začínají Subutex nahrazovat

³⁷ Výroční zpráva o.s. Sananim za rok 2006.

³⁸ Naloxon – látka, která se používá při předávkování, ruší všechny účinky opioidů, u závislých jedinců vyvolává abstinenci příznaky.

Suboxonem, ovšem Subutex z trhu nebude zcela stažen, a oba preparáty budou tedy na trhu souběžně a není proto jasné, jak se bude situace nadále vyvíjet a zda-li bude mít očekávaný efekt, tedy snížení zneužívání buprenorfinu. Půjde hlavně o to, jaký lék budou lékaři upřednostňovat.

Mezi pracovníky pražských terénních programů panuje názor, že pokud dojde k převážnému nahrazení Subutexu Suboxonem, na černém trhu klesne nabídka Subutexu a pro uživatele tedy bude jednodušší, z důvodu zamezení abstinčních příznaků a z nedostatku jejich drogy na scéně, opětovně přejít na heroin. Ti uživatelé, jejichž počáteční drogou byl právě Subutex na něj zřejmě přejdou taktéž, což přinese mnohem větší riziko předávkování a opětovné zhoršení celkového stavu uživatelů opioidů, který se díky Subutexu stabilizoval.

Na to, co Suboxone způsobí za změny si budeme muset ještě nějakou dobu počkat.³⁹ Na černém trhu je stále k máni dostatek Subutexu a já osobně si myslím, že situace se rapidně měnit nebude, protože stále budou existovat lékaři, kteří budou předepisovat Subutex. Úplná náhrada Subutexu za Suboxone zatím proběhla od jeho uvedení na náš trh velmi rychle v CADASu a Drop-inu, v Prev-centru si mohou klienti sami zvolit zda-li chtějí Subutex či Suboxone.

2.6.2 Kritické poznámky k aktuální situaci

Na tomto místě bych si dovolila vyjádřit některé vlastní názory a zkušenosti z praxe na problematiku systému substituční léčby a skutečnosti, které se jí bezprostředně týkají.

Vzhledem k tomu, že Národní registr nefunguje jak bylo zamýšleno (nyní probíhá fáze rozbíhání elektronické verze Národního registru s čímž souvisí povinnost hlásit preskripci buprenorfinu), tedy tak, aby do něj všichni lékaři, kteří předepisují Subutex nahlašovali potřebné údaje všech

³⁹ První informací, kterou mám ze zařízení CADAS o.s. Sananim, kde došlo k úplnému nahrazení preskripce Subutexu Suboxonem je to, že došlo tímto krokem ke snížení počtu klientů. Je však otázkou, zda k úbytku klientely nedošlo jen shodou okolností a například poklesem zájmu o substituci.

klientů, kterým ho předepíše, aby byli daní klienti identifikovatelní a bylo tak možno zkontrolovat, že již není klient registrován jinde, dochází k tomu, že klienti mají možnost získat předpis na Subutex ve více zařízeních a následně jej prodávat na černém trhu (protože tak dostane více balení na týden, než potřebuje pro své vlastní užití). Vedle toho tak zároveň neexistují ani žádné statistiky, pokud se jedná o předepisování Subutexu, počet míst, kde se dá získat předpis, počet subutexových klientů atd. (viz výše). Nefunkčnost systému tak umožňuje jednoduchými kličkami jeho obcházení. Pokud by fungovala kontrola, nemuselo by docházet k tak masivnímu výskytu Subutexu na černém trhu. A přitom by řešení nebylo nikterak složité, stačilo by pouze zodpovědné respektování a dodržování hlásné povinnosti u všech pacientů. Doufejme tedy, že Národní registr díky své elektronické verzi přinese tak dlouho očekávané změny.

S metadonem problém v tomto ohledu není, protože ten je vydáván pouze pod dohledem. Také systém vydávání jednotlivých tablet Subutexu každý den pod dohledem zaručuje, že ke zneužívání nedochází. Takto například funguje výdej Subutexu (nyní již Suboxonu) ve střediscích Drop-in. Klient zaplatí u výdejního „okénka“ potřebný obnos na svoji denní dávku léku a dostane jednu pilulku, kterou musí v centru „vycucát“ a teprve potom může odejít. Naopak v ambulantních zařízeních nebo u praktických lékařů, kde je klientům předepisováno balení na celý týden, nebo jak je zvykem u některých lékařů, kteří předepíše několik balení dopředu, třeba i na měsíc a více, dochází ke zneužívání Subutexu, k i.v. aplikaci či následnému prodeji na černém trhu. Tuto situaci může vyřešit buď přechod všech lékařů, aktuálně předepisujících Subutex, na Suboxone, nebo preskripce maximálně týdenního balení Subutexu postačující konkrétnímu pacientovi (který ovšem neomezí i.v. aplikaci).

„Zakopaný pes“ je zde ovšem u praktických lékařů. Ti z velké části nemají potřebné informace o návykových látkách a problematice závislosti celkově, proto jejich práce končí předepsáním Subutexu (často již zmiňovanými nevhodnými dávkami). Mnohdy klient nedochází nikam jinam, aby podporoval své fungování v substituční léčbě a tak stále žije drogovým stylem života (což je také problém u některých pacientů v nízkoprahových

metadonových programech). Další „zlo,“ které praktiční lékaři mohou napáchat z neznalosti nebo z jiného důvodu, na který jsem já osobně bohužel ale ještě nepřišla (napadá mě snad jen možnost udělat drogově závislým pacientům „dobře“), je současná preskripce benzodiazepinů pacientům užívajících metadon nebo buprenorfin. S touto praxí jsem se při práci s klienty pražských nízkoprahových programů setkala mnohokrát. Někteří z těchto lékařů předepisují značně velké množství benzodiazepinů společně se Subutexem, a to klidně po dobu několika let, bez náznaku pokusu o omezení či postupné snižování. Jak jsem již uváděla výše, tito pacienti jsou tak vystaveni rizikům plynoucích z kombinací těchto léků a mají tak vlastně neomezenou možnost čerpat léky, na kterých jsou závislí, od lékařů. Smutné na tom je, že v Praze existuje několik takových lékařů, kteří jsou již proslule známí mezi klienty i mezi pracovníky a lékaři drogových služeb a přesto se doposud nic nezměnilo, žádný kompetentní lékař neučinil nějaké kroky k zastavení těchto praktik.

V rámci Akčního plánu⁴⁰ dochází sice průběžně k plnění úkolu týkajícího se zajištění vzdělávání praktických lékařů v substituční léčbě, ovšem probíhá zřejmě nedostatečně nebo se vyhýbá právě problematickým lékařům.

⁴⁰ Výroční zpráva ČR za rok 2006 – Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog. Hygienická stanice hl. města Prahy (2007).

3. Kvalita života

Pojmy jako „kvalita života,“ „štěstí“ a „well-being“ jsou v dnešní době velmi frekventované a v posledních deseti letech prodělává jejich studium svůj „boom.“ O kvalitě života se hodně mluví v různých vědních oborech, jako jsou psychologie, sociologie, medicína, kulturní antropologie, politika, ekonomie či ekologie, pojem kvality života se stal jejich nedílnou součástí. Ovšem názory a definice uvnitř vědy a uvnitř různých kultur ve vztahu k chápání pojmu kvality života se rozcházejí, neexistuje mezi nimi jednoznačná shoda. (Křížová, 2005)

Do povědomí moderní společnosti vnesli tento pojem v první polovině minulého století kritici politiky neomezeného ekonomického růstu, v souvislosti s rozmachem průmyslu a jeho budoucího dopadu na podmínky „dobrého života.“ Po druhé světové válce se zmiňované pojmy staly cílem sociálních programů. (Dragomirecká, Bartoňová, 2006)

Začal vznikat nový interdisciplinární obor, výzkum kvality života, který měl poskytnout podklady pro návrh a hodnocení účinné sociální politiky. (Musschenga, 2006)

Kvalita života se dříve chápala jako objektivní kritérium, které může být hodnoceno zvenčí jako míra nezávislosti a normálního fungování v běžném životě. Postupně se důraz přesouval na subjektivní stránku a kvalita života se začala používat pro hodnocení zdravotních a sociálních intervencí u širokého spektra onemocnění a nepříznivých životních okolností. (Dragomirecká, Bartoňová, 2006)

3.1 Definice kvality života

V literatuře najdeme velké množství rozmanitých definic kvality života (Quality of Life, dále jen QOL), které se liší dle vědních oborů, či jednotlivých autorů, přitom jsou některé velmi podobné. Uvedu zde pouze zlomek z nich.

Pro medicínu a zdravotnictví jsou relevantní definice opírající se o pojetí zdraví Světové zdravotnické organizace (WHO), kdy zdraví je definováno jako „stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, nikoli pouze nepřítomností nemoci nebo tělesné chyby.“ Kvalita života je pak podle WHO definována jako „to, jak jedinec vnímá své postavení v životě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žije a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům.“(WHO, 1998)

Velký lékařský slovník (Vokurka, Hugo, 2007) definuje kvalitu života podobně jako WHO a dále uvádí, že někdy bývá pojímána jako „rozdíl mezi skutečností a individuálním očekáváním a je do značné míry podmíněna fyzickým zdravím, psychickým stavem, stupněm nezávislosti, ekonomickými okolnostmi, sociálními vztahy i celkovým životním prostředím.“

Nagpal (1997) definuje kvalitu života jako „komplexní měření fyzické, psychické a sociální pohody, štěstí, spokojenosti a naplnění tak, jak je vnímána každým jedincem nebo skupinou.“

Zannotti (2005) chápe QOL jako „veškeré vnímání spokojenosti či nespokojenosti jedince v celém jeho životě, přičemž spokojenost s různými aspekty má také různou důležitost.“

Kirby (1997) říká, že QOL je „stupeň, v němž prožívání života uspokojuje individuální psychologická a fyzická přání a potřeby, a je výsledkem osobních hodnot a životního stylu, skrze něž se je jedinec snaží naplnit.“

Další definici nabízí Skantze (1997), který popisuje QOL jako „subjektivní hodnocení vlastní životní situace.“

Bluden (1997) vymezuje QOL „v rámci čtyř oblastí spokojenosti, a to fyzické pohody, materiální pohody, kognitivní pohody (pocit spokojenosti) a sociální pohody (sounáležitost ke společnosti).“

Dále pak Hornquist (2005) popsal QOL jako „intenzitu pocitu spokojenosti v oblasti uspokojování fyzických, psychických, sociálních a materiálních potřeb a aktivit.“

American Thoracic Society (Vařurová, Mühlpachr, 2005) chápe QOL jako „nejdůležitější koncept, zahrnující veškeré oblasti života, které ovlivňují

jeho bohatost, plnost a složitost.“ Tato definice také upozorňuje na to, že *„jedincova spokojenost se životem má dvě subjektivní složky, a to jakou důležitost jedinec dané oblasti přikládá a jak je s danou oblastí spokojen.“*

A jako poslední uvedu Ferransovo (2005) pojetí, které QOL vnímá *„jako jedincův pocit spokojenosti, pramenící z pocitu uspokojení či neuspokojení v oblastech života, které jsou pro něj důležité.“*

3.2 Přístupy ke kvalitě života

Kvalitu života můžeme vnímat z mnoha pohledů. Některá pojetí přistupují ke konceptu kvality života z objektivního a subjektivního hlediska, jiná pojetí pak zahrnují v zásadě tři přístupy ke zkoumání sociálních indikátorů kvality života, a to přístup psychologický, sociologický a medicínský. Tato pojetí od různých autorů se často překrývají a spolu s definicemi kvality života vytváří relativně nepřehledný celek. Já si zde dovoluji uvést výčet některých z nich a nechám už na čtenáři samotném, aby se rozhodl, která varianta pro něj bude nejsrozumitelnější a nejvíce přehledná.

Psychologické pojetí kvality života zahrnuje subjektivně prožívanou životní pohodu, spokojenost s vlastním životem a štěstí. Nejvíce se pracuje s termínem subjektivní pohody, která má kognitivní (racionální hodnocení vlastního života) a emocionální (citové prožívání a emoce) dimenzi.

V sociologickém pojetí je QOL chápána jako produkt souhry sociálních, zdravotních, ekonomických a environmentálních podmínek, ovlivňujících rozvoj lidí. (Hnilicová, 2005)

Sociologické aspekty QOL zahrnují životní úroveň, způsob života, životní styl, potřeby a hodnoty. (Vaňurová, Mühlpachr, 2005) Sociology jednoduše zajímá nikoliv individuální prožívání, nýbrž stav úrovně kvality života celé společnosti.

V medicínském pojetí se nejčastěji pracuje s pojmem kvality života týkající se zdraví (Health Related Quality of Life – dále HRQOL), který se dá zjednodušeně vysvětlit jako subjektivní pocit životní pohody, který je

ovlivněn nemocí nebo léčbou.⁴¹ (Hnilicová, 2005) HRQOL můžeme brát také jako cestu k efektivnímu hodnocení QOL ve vztahu ke zdravotnímu stavu.

Objektivní kvalita života znamená splnění požadavků týkajících se sociálních a materiálních podmínek života, sociálního statusu a fyzického zdraví.

Subjektivní QOL se týká lidské emocionality a všeobecné spokojenosti se životem. (Hnilicová, 2005)

V současnosti se odborníci přiklánějí k subjektivnímu hodnocení QOL.

Hnilica (2005) tyto přístupy doplňuje podobným pojetím, jako jsou výše jmenované, které zahrnuje přístup skandinávský, americký a německý. Skandinávský přístup je zaměřen na zjišťování objektivních podmínek, životní úrovně nebo podmínek života, které jsou pokládány za nezbytné pro dobrý život. Přístup americký je zaměřen na zkoumání subjektivní dimenze (praxe dobrého života) a německý přístup je pokusem o spojení těchto dvou přístupů.

Dle Křížové (2005) zahrnuje kvalita života tři hlavní domény, a to *„fyzické prožívání, psychickou pohodu a sociální postavení jedince a jeho vztahy k druhým lidem.“* I když kvalita života a její hodnocení vyjadřují dle autorky *„individuálně zakotvenou a subjektivně prožívanou skutečnost, je mimo pochybnost, že se do této reflexe promítá sociální minulost, současnost i budoucnost daného jedince, jeho vztahy k druhým lidem, skupinám, kultuře, politice apod.“*

Fyzické prožívání bývá charakterizováno hlavními ukazateli zdravotního stavu, především přítomností zdravotních potíží (zda vyžadují léčbu, nakolik jsou omezující a provázeny nepříjemnými vedlejšími efekty, jako je bolest apod.). Psychické prožívání bývá charakterizováno přítomností pozitivních a absencí negativních emocí. Mezi sociologické proměnné, které jsou nejčastěji sledované ve výzkumech kvality života, patří vzdělání, ekonomická situace, profese, rodinný stav atd. (Křížová, 2005)

Zásadním způsobem přispěla ke kategorizaci konceptů QOL Veenhovenová (2000) ve své teorii „čtyř kvalit života.“ Za tyto čtyři kvality

⁴¹ Pokud je zjišťování QOL zaměřeno na oblast zdravotního stavu (na přítomnost či nepřítomnost symptomů), celkový funkční stav a stupeň postižení.

považuje „životní šance neboli předpoklady, životní výsledky, vnější kvality neboli charakteristiky prostředí včetně společnosti a vnitřní kvality neboli charakteristiky individua“ (viz Tabulka č. 1).

Takto vymezené „kvality života“ pak dovolují kategorizovat koncepty dobrého života podle toho, kterým aspektem QOL se zabývají.

Kvadrant A zahrnuje ekologické, sociální, ekonomické a kulturní podmínky, které studuje ekologie, sociologie a sociálně-politické vědy.

Do kvadrantu B patří fyzické a duševní zdraví, znalosti, schopnosti a umění života a je předmětem zájmu lékařství, psychologie a pedagogiky.

Kvadrant C zahrnuje vnější užitečnost člověka pro jeho blízké okolí, pro společnost a jeho vnitřní cenu v termínech morálního vývoje a dokonalosti a je předmětem zájmu filozofie.

A konečně kvadrant D představuje to pojetí kvality života, které ve vědách o člověku zažívá v současné době značný rozmach, je široce aplikováno v medicíně a vytváří vlastní metodologické postupy. Patří sem hodnocení spokojenosti s jednotlivými životními oblastmi, hodnocení převažující nálady a celkové spokojenosti se životem. (Dragomirecká, Bartoňová, 2006)

Tabulka č. 1: Kategorizace konceptů kvality života.

	vnější kvality	vnitřní kvality
předpoklady	A. vhodnost prostředí životní prostředí, sociální kapitál, prosperita, životní úroveň	B. životaschopnost jedince psychologický kapitál adaptivní potenciál, zdraví
výsledky	C. užitečnost života vyšší hodnoty než přežití, transcendentální koncepce	D. vlastní hodnocení života subjektivní pohoda spokojenost, štěstí, pocit smysluplnosti

Zdroj: Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života WHO (Dragomirecká, Bartoňová, 2006).

Pojetí QOL se také může měnit v závislosti na jejím účelu. Například pojetí Dragomirecké a Škody (1997) se neshoduje s žádnou zdravotní,

sociální nebo psychologickou charakteristikou, ale autoři se pokoušejí o komplexní a subjektivní charakteristiku. Uvádějí souhrn všech oblastí, měřených dostupnými metodami (viz dále). Jejich dané oblasti jsou zdravotní stav (např. fyzické zdraví, nezávislost, psychické zdraví, celkové zdraví), každodenní aktivity (např. bydlení, denní režim, sebeobsluha, práce, jídlo), sociální oblast (např. blízké a širší vztahy, socioekonomické pozice) a vnitřní realita (např. spokojenost, vnitřní zkušenost, seberozvoj, bezpečí, sebehodnocení, kontrola).

3.3 Měření kvality života

Kvalita života se v současné době považuje za vhodný indikátor fyzického, psychického a sociálního zdraví.

Dle Dragomirecké a Bartoňové (2006) bývá QOL měřena ze tří perspektiv, a to jako „*objektivní měření sociálních ukazatelů, jako subjektivní odhad celkové spokojenosti se životem a jako subjektivní odhad spokojenosti s jednotlivými životními oblastmi.*“

První perspektiva (bezpečí, vzdělání apod.) se více hodí pro účely měření kolektivní QOL, pro porovnání různě definovaných skupin populace a pro mezikulturní srovnání než pro jednotlivce.

Druhá perspektiva, tedy celková spokojenost, se považuje za výsledek osobních hodnot a životního stylu, jehož prostřednictvím se je jedinec snaží naplnit. Předpokládá se, že celková spokojenost nesouvisí s pouhým počtem oblastí, ve kterých je jedinec spokojen, ale se spokojeností v oblastech, které on sám hodnotí jako důležité.

Pokud jde o třetí perspektivu, existují rozmanité výčty oblastí života, které zahrnují například fyzickou kondici, prožívání, vztahy s blízkými lidmi a širším sociálním okolím nebo prostředím ve kterém člověk žije atd.

Zjišťování kvality života v medicíně je doplňkem objektivních ukazatelů zdravotního stavu. Kvalita života popisuje dopad nemoci a léčby na každodenní život pacienta, přináší informace o subjektivním pohledu pacienta a hodnotí účinnost terapie, při které nemusí docházet k úplnému

vyléčení. Kvalitu života lze sledovat na individuální úrovni, kde slouží především k sestavení terapeutického plánu a posléze k vyhodnocení aplikovaných postupů, nebo je možné sledovat skupiny pacientů s určitým typem potíží, kde je měření kvality života indikátorem efektu léčby, dopadu vedlejších účinků léků nebo prostředkem k hodnocení komplexních programů a jiných zdravotních či sociálních intervencí. (Dragomirecká, Bartoňová, 2006)

Hodnocení kvality života by se mělo stát jedním z rozhodujících faktorů při přijímání zásadních strategických rozhodnutí o léčbě a celkovém přístupu.

3.3.1 Nástroje měření

Ke sledování a měření kvality života vznikají různé hodnoticí škály, které dovolují definované položky kvality života kvantifikovat, a tak dlouhodobě sledovat jejich vývoj.

Nejobvyklejší metodou zjišťování kvality života je využití dotazníků (všeobecných nebo speciálních) nebo strukturovaných rozhovorů. Všeobecné dotazníky jsou použitelné pro jakýkoli soubor pacientů nebo zdravé populace. Většinou pokrývají oblast zdraví, prožívání, mezilidských vztahů, životních podmínek a prostředí, případně i spirituální stránku života. Speciální dotazníky jsou určeny pro pacienty s určitými obtížemi a obsahují položky, které zjišťují dopad těchto obtíží na život pacienta. (Dragomirecká, Bartoňová, 2006)

Zdrojem informací o instrumentech kvality života je databáze ProQolid,⁴² kterou provozuje mezinárodní výzkumný ústav pro měření kvality života MAPI Research Institute.

Pokud se zaměříme na dělení nástrojů měření QOL, Krivohlavý (2001) uvádí rozdělení podle objektivnosti nebo dle zaměření.

⁴² Databáze je rozšířením původní databáze QOLID (Quality of Life Instruments Database) o instrumenty podchycující další subjektivní indikátory zdraví, označované jako PRO (Patient Reported Outcome), www.proqolid.org.

Rozdělení dle objektivnosti rozčleňuje metody měření QOL na tři základní skupiny, kdy první skupinou jsou metody objektivní, druhou metody subjektivní a třetí pak metody smíšené.

Objektivní metoda měření znamená, že QOL hodnotí druhá osoba, dle různých objektivních ukazatelů. Mezi tyto metody patří instrumenty APACHE II (Acute Physiological and Chronic Health Evaluation System), VAS (Visual Analogue Scale), ILF (Index QOL), QL (Spitzer Quality of Life Index), The Karnofsky Performance Scale.

Subjektivní metoda měření naopak znamená, že hodnotitelem je sama daná osoba, v tomto případě je hodnocení situace samotné osoby často diametrálně odlišné od hodnocení druhou osobou.

Sem patří instrumenty SEIQoL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life), LQoLP (Lancashire Quality of Life Profile), SQUALA (Subjective QUALity of Life Analysis).

Smíšená metoda je kombinací obou předchozích metod. Zde uvedu instrument MANSA (Manchester Short Assessment of Quality of Life) a LSS (Life Satisfaction Scale).

Rozdělení nástrojů dle jejich zaměření pak zahrnuje nástroje pro měření funkčního stavu, nástroje pro měření QOL vzhledem ke zdraví (sem patří WHOQOL - World Health Organization Quality of Life Assessment), nástroje pro měření psychické pohody, nástroje zaměřující se na sociální síť a sociální podporu a nástroje měřící životní spokojenost a morálku.

3.4 Kvalita života drogově závislých

Lidé v pokročilém stadiu drogové závislosti, kteří užívají heroin již několik let, žijí zjevně jiný život než lidé, kteří na drogách závislí nejsou. Tato skutečnost asi napadne každého i bez toho, aby přesně věděl jaké důsledky s sebou drogová závislost vlastně přináší. O rizicích a změnách spojených s „bohatou“ drogovou kariérou jsem psala již v první kapitole této práce. Některé však uvedu znovu, a to již v souvislosti s kvalitou života.

Když shrnu všechny definice a pojetí kvality života, napadá mne otázka, zda-li může mít člověk závislý na drogách kvalitní život? Pokud bych se měla pokusit o objektivní posouzení a zhodnocení takového způsobu života, na základě svých zkušeností a uváděných definic, musela bych odpovědět, že nikoliv.

Jak vyplývá ze souhrnné studie kvality života z roku 2000 pod vedením Dagmar Dzúrové (výzkum za použití dotazníku SQUALA), osoby se závislostí na psychoaktivních látkách charakterizuje významně vyšší nespokojenost v oblastech psychické pohody, prostředí a domova, spánku, rodiny, mezilidských vztahů, lásky, zálib, bezpečí a svobody. Dále také vyšší míra nezpůsobilosti, což znamená problémy s vykonáváním běžných životních rolí.

Zdravotní stav u uživatelů heroinu je ve většině případech špatný a s delší dobou užívání se nadále zhoršuje. Není pochyb o tom, že různé zdravotní komplikace, které vznikají důsledkem drogové závislosti, ať už jsou to infekční choroby, poškození orgánů, psychické onemocnění či nespočet dalších negativních zdravotních důsledků, ovlivňují určitou měrou celkové fyzické a psychické zdraví a tedy i subjektivně vnímanou pohodu a následně kvalitu života injekčních uživatelů drog, o kterých je zde hlavně řeč.

Za svoji dosavadní praxi jsem se setkala s velkým počtem klientů, kteří si stěžovali na své zdraví, měli různé zdravotní problémy a bolesti, které často ale nijak neřešili, takže docházelo k jejich zhoršování. Běžným jevem bylo, že klienti přicházeli se svými zdravotními obtížemi do K-centra, kde jim pracovníci často ošetřovali „škody“ na těle vzniklé nešetrným užíváním drog a některé klienty s nimi museli následně odesílat k lékaři (případů, kdy klient s problémem k lékaři opravdu dorazil bylo spíše méně než více). Nikterak výjimečné nebyly ani případy akutní toxické psychózy a těžké deprese, které narušovaly běžné (pokud se to tak dá nazvat) „fungování“ klientů.

Vedle fyzické a psychické pohody je dále v oblasti kvality života důležitá pohoda sociální a jakýsi pocit životní spokojenosti. Způsob života a životní styl drogově závislých asi zcela neodpovídá společenským představám

o dobře vedeném životě. Závislí často nepracují, protože jim to neustálé shánění drogy zabírající veškerý čas, nedovoluje. Vzdělání, které Možný (2002) považuje za nevyhnutelnou součást kvality života, a které je sociology nejčastěji sledováno, mají drogově závislí často nižší, protože jim závislost znemožnila jeho dokončení. Někteří uživatelé drog mají dokončenou pouze základní školu, jsou nízkokvalifikovaní a pokud mají chuť pracovat, může to pro ně být problematické, jelikož jim stereotyp drogové závislosti poněkud pozměnil životní režim a vyplnil veškerý čas a mají tak problém dodržovat pracovní dobu a pracovní řád nebo jim jednoduše může užívání drog samo o sobě zabránit nějaké zaměstnání vykonávat (z všemožných příčin). Jak dále uvádí Možný, další důležitou komponentou kvality života je spokojenost s prací. Místo legálního zaměstnání však toxikomané spíše volí kriminální činnost a nelegální formu vydělávání peněz, systém sociálních dávek využívají málokdy, protože v mnoha případech nemají v pořádku osobní doklady apod. Materiální a ekonomické podmínky mají často tito lidé neadekvátní, protože jakýmkoli způsobem získané finanční prostředky jdou na nákup drog a někdy tak, pro většinovou společnost, zásadní záležitosti (potřeby) jako bydlení (potřeba bezpečí) a uspokojivá životní úroveň nejsou saturovány. Obecně celkové životní podmínky a prostředí, ve kterém toxikomané žijí, není nikterak kvalitní.

Ve skupině drogově závislých se každopádně dají najít rozdíly způsobené různými okolnostmi. Mezi toxikomany jsou i tací, kteří i po několika letech pravidelného užívání heroínu pracují, mají zajištěné bydlení, nemají nijak velké zdravotní potíže způsobené drogami, téměř se neobjevují v drogovém prostředí a možná jsou se svým životem spokojeni a nepotřebují na něm nic měnit (jako v některých případech u užívání nelegálního Subutexu). Tento typ závislých je často zcela integrován do společnosti, někdy ani nejbližší okolí neví o závislosti daného člověka. Rozhodně mezi těmito dvěma popsány extrémů najdeme i takové jedince, kteří jsou jednoduše „někde uprostřed.“

V žebříčku hodnot drogově závislého (na rozdíl od zdravého člověka) má výsadní postavení droga a jiné hodnoty přestávají být tolik důležité. K výše zmiňovaným hodnotám jako je zdraví, vzdělání, práce a volný čas, které

nehrají u závislých tak významnou roli, můžeme přičíst taktéž oblast mezilidských vztahů. Blízké i širší vztahy k druhým lidem a emocionální prožívání, které jsou u zdravé populace nezbytnou součástí spokojeného a kvalitního života, u drogově závislých nelze považovat za spokojené a šťastné.

Přátelství je často postaveno pouze na droze, tedy není nikterak pevné a obohacující, o vzájemné důvěře a podpoře nemůže být vždy řeč, na drogové scéně je běžné, že se vzájemně okrádají, podvádějí a zneužívají i rádobý přátelé. Toxikoman se totiž pohybuje v drogovém prostředí, kde se nevyskytují lidé „zvenku,“ tedy takoví, kteří nejsou na drogách závislí, proto jsou uživatelé odkázáni být uzavřeni v jakési drogové „bublině,“ kde se vše točí stále kolem drog a věcí s nimi spojenými, a to všechno pouze v okruhu dalších drogově závislých.

Partnerské vztahy mezi drogově závislými jsou ve velké většině případů patologické a nezdravé, kde má droga opět hlavní slovo, stejně jako v případě přátelství, sexuální život na opiátech prakticky přestává být atraktivním (jiná situace je u Subutexu, viz výše).

Často emoční útočiště nepřináší ani rodina, která svému členu po dlouhé době drogové kariéry již nemusí důvěřovat a má problém najít k němu znovu cestu. O to více to platí v případech, kdy závislý své blízké opakovaně zklamal a narušil tak „normální“ rodinné fungování.

Pokud jde o celkovou spokojenost se životem, hraje roli to jakou důležitost jedinec přikládá různým oblastem života a jak je s danými oblastmi spokojen anebo nespokojen. Proto se může subjektivní a objektivní pohled na kvalitu života drogově závislých lišit.

Další roli hraje také to, jak se dokáže závislý jedinec se závislostí vyrovnat a vnímat tak na základě toho kvalitu svého života, což výrazně ovlivňují *„jeho individuální charakteristiky, jako motivace, typ osobnosti, rodinné vztahy, přátelé, životní prostředí a společenské klima.“* (Libigerová, Müllerová, 2001)

Životní situace uživatelů drog je mnohem problematičtější a nebezpečnější než v obecné populaci. Proto v posledních dvou protidrogových akčních plánech Evropské unie bylo opětovné začlenění uživatelů drog do

společnosti jedním z hlavních cílů pro zlepšení jejich zdraví a sociálního statusu.

Protidrogový akční plán na období 2005 – 2008 vyzývá členské státy k tomu, aby „zlepšily přístup k rehabilitačním programům a programům pro opětovné začlenění do společnosti a zlepšily jejich rozsah.“ Ačkoli sociální opatření nadále zůstávají méně zavedenou odezvou na problémové užívání drog než léčba, zásahy kombinující léčbu, zdravotní a sociální opatření uznávají odborníci jako nejlepší cestu k dosažení rehabilitace uživatelů drog.⁴³

Léčba drogové závislosti, a tedy i léčba substituční, by měla tyto výše jmenované skutečnosti pomoci začít měnit a tak vlastně postupně zlepšovat celkovou kvalitu života léčených klientů (lidí s drogovou závislostí opiátového typu) a zajistit tak jejich reintegraci do většinové společnosti (viz cíle substituční léčby).

Ve výzkumné části mé práce se pokusím zjistit jaká je tedy ve skutečnosti kvalita života pacientů v substituční léčbě a jakými činiteli je ovlivněna.

⁴³ Výroční zpráva za rok 2006 – Stav drogové problematiky v Evropě, str. 34.

4. Kvalita života pacientů v substituční léčbě

Zkoumáním populace uživatelů drog se zabývá mnoho výzkumů, které jsou využívány pro nejrůznější účely. Sledování kvality života u drogově závislých, kteří jsou aktuálními uživateli drog, není tak běžným jevem jako v případě jiných diagnóz, kdy se v klinické praxi užívá měření QOL před zahájením léčby, v jejím průběhu nebo při ukončení léčby (velké využití má měření QOL například v oblasti duševních onemocnění).

Pokud jde o jedince závislé na drogách, kteří se již z této závislosti nějak léčí, pak je měření kvality života běžnější, i když se stále nepraktikuje všude tam, kde by to bylo užitečné. Často dochází ke sledování QOL pouze v rámci rozsáhlejších výzkumných studií (nebo naopak menších studií), nikoliv v rámci jednotlivých zařízení, jehož smyslem má být pravidelné individuální sledování pacienta a následné posouzení nebo případné zefektivnění daného typu léčby.

Jen ve stručnosti zmíním vybrané výzkumy, které se zabývaly kvalitou života u drogově závislé klientely různých zařízení.

Výzkumem kvality života se zabývala například Doležalová (2005), která provedla studii mapující subjektivní vnímání kvality života drogově závislých v terapeutických komunitách v České republice (128 respondentů) a pokoušela se analyzovat rozdíly s kontrolní skupinou respondentů za použití sebeposuzovacího dotazníku SQUALA.⁴⁴ Výsledky její práce ukazují, že celkový index QOL skupiny klientů terapeutických komunit není statisticky významně nižší než celkový index kvality života u kontrolní skupiny respondentů.

Dalším výzkumem QOL u dané populace (mimojiných zařazených v souboru) se zabývala Džúrová (2000), při projektu hodnocení terapie pacientů v psychiatrických zařízeních. Při výzkumu byl použit dotazník SQUALA. Stručné výsledky zmiňuji v předchozí subkapitole.

⁴⁴ Dotazník SQUALA sleduje hodnocení důležitosti a spokojenosti u těchto položek – zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda, prostředí a bydlení, spánek, rodinné vztahy, vztahy s ostatními lidmi, děti, péče o sebe sama, láska, sexuální život, odpočinek, koníčky, pocit bezpečnosti, práce, spravedlnost, svoboda, krása a umění, pravda, peníze, jídlo – tento instrument má podobné využití jako instrument WHOQOL.

Randák (2005) se ve své atestační práci přímo zabýval výzkumem kvality života uživatelů substituční léčby Subutexem, kterou sledoval pomocí dotazníku SQUALA na souboru 64 respondentů (kteří pocházejí ze třech typů zařízení poskytujících substituční léčbu, a to ze substitučního centra, z ambulance praktického lékaře a psychiatra). Z jeho výsledků vycházím v případě doplnění některých mých zjištění.

4.1 Cíl výzkumu

Hlavním cílem mého empirického výzkumu je pokus o popis a zhodnocení kvality života populace substituovaných osob na sledovaném vzorku pacientů vybraných pražských substitučních programů.

Prvním dílčím cílem je srovnání vlivu substituční léčby metadonem a buprenorfinem na subjektivně vnímanou kvalitu života drogově závislých. Druhým je vliv vybraných činitelů na celkovou kvalitu jejich života. Třetím dílčím cílem je pak srovnání klíčových oblastí kvality života u vzorku pacientů v substituční léčbě a u vzorku běžné pražské populace ve věku od 18 do 59 let.

4.2 Metodika sběru dat

Pro splnění výzkumných cílů jsem zvolila techniku kvantitativního výzkumu. Jako nástroj pro kvantitativní sběr dat jsem použila dva typy dotazníků. Prvním z nich je standardizovaná forma dotazníku WHO hodnotící subjektivně vnímanou kvalitu života a druhým dotazníkem je mnou vytvořený anamnestický dotazník, zjišťující další vybrané údaje.

Při výběru standardizované verze instrumentu pro zjišťování kvality života jsem se rozhodovala mezi dotazníkem SQUALA (který je hojně používán) a dotazníkem WHOQOL. Vzhledem k tomu, že vyplnění dotazníku SQUALA trvá respondentovi průměrně 15 – 20 minut a vyplnění dotazníku WHOQOL-BREF (zkrácená verze plné verze dotazníku WHOQOL-100) pouze

5 – 10 minut, rozhodla jsem se vzhledem ke zkoumané cílové skupině pro druhý typ instrumentu.

Světová zdravotnická organizace vyvinula obecný typ dotazníku zaměřený na měření kvality života WHOQOL-100 (World Health Organization Quality of Life Assessment), který obsahuje sto položek. Tento nástroj měření HRQOL slouží k sebehodnocení kvality života jedince. Jelikož se stopoložková verze instrumentu WHOQOL ukázala v klinické praxi jako příliš dlouhá (zvláště je-li používána s dalšími dotazníky), byla vytvořena jeho zkrácená verze WHOQOL-BREF, která z WHOQOL-100 vychází, a se kterou se v praxi pracuje častěji a je pro ni účelnější.

Dotazník WHOQOL-BREF se skládá z 24 položek (otázek), které jsou rozděleny do čtyř oblastí (domén) a dvou samostatných položek hodnotících celkovou kvalitu života a spokojenost se zdravím (celkový zdravotní stav), celkem tedy 26 položek. Jednotlivé domény jsou fyzické zdraví, prožívání (duševní zdraví), sociální vztahy a prostředí (oblast fyzická, psychologická, sociální a oblast životních podmínek), kdy se každá doména skládá z několika položek. Výběr položek byl proveden tak, aby dotazník pokrýval široké spektrum aspektů kvality života (znění dotazníku WHOQOL-BREF viz Příloha č. 1). Pro větší přehlednost přikládám tabulku s rozdělením jednotlivých položek do příslušných domén (viz Tabulka č. 2). Položky se hodnotí na pětibodových Likertových škálách vyjadřujících množství, kapacitu, četnost, hodnocení a spokojenost, kde krajní polohy tvoří protikladně postavená tvrzení, přičemž stupeň tři představuje neutrální polohu, kterou jedinec volí v případě, kdy není schopen se přiklonit ani k jednomu z nabízených tvrzení.

Důležitým aspektem při zjišťování kvality života pomocí dotazníků WHOQOL je časové rozmezí. Výsledky měření se totiž mohou lišit, budeme-li se ptát na poslední týden nebo měsíc života respondentů. V instrukcích k dotazníku WHOQOL-BREF je uveden časový horizont posledních dvou týdnů.

Oba dotazníky jsou určeny pro hodnocení kvality života skupin nebo populací do 65 let. Umožňují mezinárodní nebo regionální srovnání nebo

srovnání skupin s různými sociodemografickými charakteristikami. Jsou standardizované na českou populaci. Mají testovanou reliabilitu (spolehlivost) a validitu (správnost), ale nebyly validizovány přímo pro oblast závislostí.

Mohou být využity k zjišťování rozdílů kvality života zkoumaných skupin (často se používá u skupin osob s určitou diagnózou) vzhledem k běžné populaci nebo k hodnocení sociálních a zdravotních intervencí u zkoumané skupiny. (Dragomirecká, Bartoňová, 2006)

Tabulka č. 2: Přehled domén a položek WHOQOL-BREF.

Domény		Položky	
Dom1	fyzické zdraví	ot. 3	bolest a nepříjemné pocity
		ot. 4	závislost na lékařské péči
		ot. 10	energie a únava
		ot. 15	pohyblivost
		ot. 16	spánek
		ot. 17	každodenní činnosti
		ot. 18	pracovní výkonnost
Dom2	prožívání	ot. 5	potěšení ze života
		ot. 6	smysl života
		ot. 7	soustředění
		ot. 11	přijetí tělesného vzhledu
		ot. 19	spokojenost se sebou
Dom3	sociální vztahy	ot. 20	osobní vztahy
		ot. 21	sexuální život
		ot. 22	podpora přátel
		ot. 8	osobní bezpečí
Dom4	prostředí	ot. 9	životní prostředí
		ot. 12	finanční situace
		ot. 13	přístup k informacím
		ot. 14	záliby
		ot. 23	prostředí v okolí bydliště
		ot. 24	dostupnost zdravotní péče
2 samostatné položky		ot. 25	doprava
		ot. 1	kvalita života – Q1
		ot. 2	spokojenost se zdravím – Q2

Zdroj: Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života WHO (Dragomirecká, Bartoňová, 2006).

Druhá část dotazníků zjišťuje další potřebné údaje, na základě nichž jsem vytvářela korelace s údaji ze standardizované části dotazníku WHOQOL-BREF. Do dotazníku jsem zařadila dvacet otázek, zjišťujících základní sociodemografické údaje, jako pohlaví, věk, nejvyšší dokončené vzdělání, typ legálního zaměstnání a další otázky týkající se klinických údajů, které by dle mého názoru mohly mít určitý vliv na kvalitu života drogově závislých pacientů v substituční léčbě. Mezi tyto údaje jsem zařadila mimo jiné otázky na přítomnost infekčních a duševních onemocnění a dalších zdravotních potíží, délku užívání drog, užívání dalších návykových látek vedle substituční látky a dobu po kterou je pacient v substituční léčbě (celé znění dotazníku viz Příloha č. 2). Při formulování otázek jsem použila převážně uzavřený typ otázek, který nabízel odpovědi ano – ne, nebo výběr odpovědí, v několika případech jsem využila otevřených otázek.

4.2.1 Výběr a charakteristika vzorku

Sběr dotazníků probíhal v průběhu ledna a února 2008, a to ve čtyřech pražských specializovaných zařízeních, které poskytují substituční léčbu. Hned zpočátku příprav průzkumu jsem byla rozhodnuta zařadit mezi sledovaná zařízení přímo specializovaná substituční centra. Ta jsem postupně jedno po druhém obešla a ve čtyřech z pěti zařízení mi byl sběr dotazníků umožněn. Bylo to v Centru metadonové substituce I. a II. Drop-in o.p.s., v CADASu o.s. Sananim, a v Centru poradenství pro mládež a rodiny o.s. Prev-centrum. Chtěla jsem sbírat další data ještě v ambulantní části Oddělení pro léčbu závislostí ve VFN U Apolináře, které zajišťuje vysokopražový program metadonem a buprenorfinem, ale tam mi to z důvodu právě probíhajícího dotazníkového šetření MUDr. Jana Bečky, nebylo umožněno.

Ve všech čtyřech zařízeních, kde sběr dotazníků probíhal mi zaměstnanci vyšli vstříc. Pracovníky, se kterými jsem průběh sběru v zařízeních domlouvala, jsem informovala o účelu mého průzkumu a

instruovala je, jak má výběr respondentů probíhat, že mají dotazníky vyplňovat pacienti sami bez dohledu pracovníků, a také jsem je požádala o kontrolu dotazníků potom co je pacienti vyplní. Poté pracovníci sami distribuovali dotazníky pacientům, já osobně jsem se podílela na sbírání dotazníků v Centru metadonové substituce I., což někteří pacienti využívali k tomu, že se mě ptali na nejasnosti.

Výběr vzorku jsem se rozhodla provést na základě dostupnosti, dobrovolnosti a ochotě respondentů dotazník vyplnit (pracovníci i já jsme jednoduše zkoušeli oslovovat příchozí pacienty, zda mají čas a ochotu vyplnit anonymní dotazník o kvalitě jejich života). Kritériem pro účast ve vzorku bylo pouze to, že respondent musel být pacientem substituční léčby některého uvedeného programu, tedy metadonového nebo buprenorfinového, žádnou další podmínku výběru respondentů jsem si nestanovila.

Respondenti vyplňovali dotazníky sami, a to ihned na místě, protože v případě, že by si je donesli na vyplnění domů, by se značně snížila pravděpodobnost jejich návratnosti. V několika případech jsem metodu „vyplnění až doma“ vyzkoušela, ovšem jak jsem předpokládala, s žádným takto vyplněným dotazníkem jsem se již nesešla.

Všichni respondenti byli seznámeni s informací, že dotazník je anonymní a že výsledky využiji pouze pro účely této práce. Tyto informace se pacienti dozvěděli z úvodní strany dotazníků (kterou jsem přiložila jako součást tištěných dotazníků), kde jsem účel a povahu výzkumu vysvětlovala. Na úvodní straně dotazníků byly také uvedeny instrukce, jak dotazníky vyplňovat.

Často se mi na základě mé prosby o vyplnění dotazníku dostalo odpovědi typu: „nemám zrovna čas,“ „právě velmi spěchám,“ apod. Jinak probíhala spolupráce s klienty bez problémů, ti kteří byli ochotni dotazník vyplnit jej vyplnili, ti kteří nechtěli, jednoduše odmítli.

Bylo nutné, aby dotazníky pracovník zařízení po klientovi ihned zkontroloval a případně jej požádal o doplnění některých odpovědí, které klienti přehlíželi. Tato kontrola tak v převážné většině případů zaručila

kompletní vyplnění dotazníků (což bylo žádoucí především u standardizované části dotazníků).

Při vyplňování standardizované části dotazníku jsem u klientů zaznamenala, že celkem často docházelo k tomu, že měli problém s pochopením některých otázek v tom smyslu, že si je každý vykládal jinak. Rozhodování bylo v těchto případech ponecháno na jejich vlastním chápání a vyložení dané otázky, proto se důvody zvolení konkrétních odpovědí mohou u klientů lišit. Standardizovaná verze dotazníků nešla nijak měnit a ani nebylo mým záměrem klientům podsouvat mé vlastní chápání jednotlivých otázek, což by mohlo vést k ovlivnění odpovědí respondentů. Každý si to tedy udělal „po svém.“

4.2.2 Popis zařízení, kde probíhalo dotazníkové šetření

Organizace Drop-in o.p.s. provozuje dvě centra metadonové substituce. Z nichž jedno je tzv. nízkoprahové a druhé vysokoprahové.

Centrum metadonové substituce I. Drop-in o.p.s., je centrem nízkoprahovým. Poskytuje substituci metadonem a buprenorfinem, provoz centra je denní, metadon je vydáván v dávkách na den, buprenorfin někdy v dávce na dva dny, přímo v centru je nutné oba léky ihned užít. V případě buprenorfinu musí klient přinést potřebný obnos peněz (150 Kč za 8 mg Suboxonu) a potom může dostat individuální dávku léku. Podmínky účasti v programu jsou ošetřeny pravidly a terapeutickou smlouvou. Terapie je poskytována pouze individuální formou a jedná se o nepovinnou aktivitu (skupinová psychoterapie byla pro opakované selhávání kvůli nespolupráci klientů zrušena). Toxikologická vyšetření probíhají namátkově na sledované látky, mezi kterými jsou pervitin, benzodiazepiny a opiáty, marihuana se nesleduje, v případě podezření na akutní intoxikaci alkoholem se provádí test na alkohol. Pokud je toxikologie pozitivní, klient dostane výstrahu. Když pak následují další dvě pozitivní toxikologie, klient dostává tzv. „stopku,“ což znamená, že je vyřazen z programu na jeden měsíc a poté má možnost opět nastoupit a začít užívat počáteční dávku metadonu. „Stopku“ dostane klient

i v případě neomluvených absencí, které jsou delší než jeden den. „Stopky“ dostávají klienti relativně často z obou uvedených důvodů.

Centrum metadonové substituce II. Drop-in o.p.s., je vysokoprahové. Svou strukturou navazuje především na výše zmíněné nízkoprahové centrum. Substituce (taktéž metadon a buprenorfin) je zde poskytována na místě, s možností výdejů s sebou, klienti dochází 2x nebo 3x do týdne. Podmínky přijetí jsou přísnější než u nízkoprahového centra, je vyžadována abstinence od návykových látek (sleduje se stejně jako v případě nízkoprahového centra - v případě pozitivních toxikologických testů dostává klient „stopku“ a je na jeden měsíc přeřazen do nízkoprahového programu) a legální zaměstnání, kdy se zájemce o přijetí prokazuje pracovní smlouvou, nebo doklad o studiu. Jelikož je počet míst omezen (cca 50), je vytvořen pořadník čekatelů na vstup do programu.⁴⁵

CADAS o.s. Sananim – centrum ambulantní detoxifikace a substituce, nabízí specializované ambulantní služby, které zahrnují psychiatrickou péči pro uživatele drog s duševními problémy, ambulantní detoxifikaci a substituční léčbu osobám závislým na heroinu a jiných opiátech, individuální a skupinovou psychoterapii pro klienty v substitučním programu, rodinnou terapii, sociální práci a poradenství. Cílem služeb je pomoci vysadit drogu a detoxifikovat klienty, kteří mají zájem abstinovat, pomoci těm, kteří abstinovat nedokážou nebo nemohou, abstinovat od nelegálních drog pomocí substitučního preparátu **Suboxone a** u klientů, kteří mají sociální problémy či problémy se zaměstnáním nastartovat proces, který bude vést ke změně takového stavu. Konečným cílem je stabilizace a vyšší kvalita života, k níž je abstinence potřebnou podmínkou, ne však jedinou a postačující.⁴⁶

Centrum poradenství pro mládež a rodiny o.s. Prev-centrum, je odborné zařízení poskytující ambulantní poradenské, terapeutické a sociální služby osobám ohroženým důsledky užívání návykových látek. Poskytuje rodinnou terapii, ambulantní léčbu, substituční program a následnou péči. Substituční program je komplexní ambulantní léčebný program, tzn.

⁴⁵ www.dropin.cz

⁴⁶ www.sananim.cz

kombinuje medicínskou složku se složkou psychosociální. Cílem programu je postupné snižování substituční látky a dosažení abstinence. Psychosociální složka má jiné cíle, které směřují ke stabilizaci klientovy životní situace. Tyto cíle si stanovuje klient ve spolupráci se svým garantem v Individuálním plánu. Jedná se o cíle v oblasti užívání substitučního preparátu a dalších návykových látek, zdravotního stavu, práce, sociální oblasti, volného času a vztahů. Základní metodou práce je case management, tj. případová sociální práce, doplňkovou metodou je psychoterapie. Poradenství a terapie probíhá individuálně i ve skupině. Klienti mají možnost využít projekt podporovaného zaměstnávání Restart 2006, rodinné poradenství či psychodiagnostiku.⁴⁷

4.3 Hypotézy

1. Kvalita života substituovaných pacientů užívajících metadon se výrazně neliší od kvality života pacientů užívajících buprenorfin.

2. Kvalita života a spokojenost se zdravím pacientů v substituční léčbě je ovlivněna těmito proměnnými: pohlaví, věk, vzdělání, zaměstnání, doba užívání heroinu, typ substituční látky, užívání dalších drog, duševní a infekční onemocnění a zdravotní stav.

3. Kvalita života u vzorku pacientů v substituční léčbě je nižší (horší) než u vzorku pražské populace ve věku 18 – 59 let.

4.4 Postup a metody výzkumu

Vyplnění dotazníku WHOQOL-BREF trvá přibližně 5-10 minut, u formy WHOQOL-100 je potřeba počítat zhruba s 20-30 minutami. Vyplnění

⁴⁷ www.prevcentrum.cz

anamnestického dotazníku trvá přibližně stejně jako vyplnění zkrácené verze WHOQOL. Z důvodu velké časové náročnosti, která by byla potřeba k vyplnění WHOQOL-100 a dotazníku zjišťujícího další údaje, by nebylo snadné najít dostatečný počet respondentů, kteří by byli ochotni tak dlouhý dotazník vyplnit. V mnoha případech se totiž substituovaní klienti rozhodovali pro vyplnění dotazníku na základě informace o časovém údaji, který je k tomu nutný. Klienti v substituční léčbě mohou být méně soustředění a více unavení a proto může být obtížné udržet jejich pozornost příliš dlouho. Z těchto důvodů a na základě předvýzkumu (dotazník jsem nejprve dala na zkušební vyplnění dvěma klientům terénních programů, o kterých jsem věděla že jsou v substituční léčbě a díky nim jsem „dopilovala“ některé otázky v mé části dotazníku a ověřila si, že i kratší verze dotazníku WHOQOL je pro tuto klientelu náročná na čas) jsem se rozhodla pro kratší verzi dotazníku WHOQOL.

Získala jsem data od 63 pacientů v substituční léčbě, z nichž jsem se ovšem rozhodla zcela vyřadit dotazníky od čtyř respondentů, protože v jejich standardizované části chyběla více než jedna odpověď. Zbylo mi tedy 59 dotazníků, z nichž sice v dalších čtyřech chybělo ve standardizované části po jedné odpovědi, tyto dotazníky jsem se ovšem rozhodla v souboru ponechat a při zpracování dat jsem pouze chybějící odpovědi vyfiltrovala.

Pokud jde o chybějící odpovědi u dotazníků, které sledují další údaje, nejčastěji chyběly odpovědi na otázky týkající se dalších užívaných drog vedle substitučního preparátu. I když pacienti uvedli, že další návykové látky užívají, již potom neuvedli, jaké látky to jsou, nebo jak často je užívají. Důvodem mohl být strach z důsledků při uvedení pravdivé odpovědi, tedy přiznání užívání dalších návykových látek vedle metadonu či buprenorfinu. I přesto však většina dotazovaných tyto otázky zodpověděla upřímně, což bylo dle mého názoru docíleno tím, že respondenti vyplňovali dotazníky sami a nikoliv za přítomnosti odpovědného pracovníka zařízení.

Podobný vývoj jsem očekávala i u otázky, která zjišťovala intravenózní aplikaci substitučního preparátu. Zde si myslím, že pacienti opět odpovídali převážně upřímně, ovšem odpovědi zřejmě ovlivnilo to, že právě v průběhu

šetření probíhalo nahrazení Subutexu Suboxonem, což asi rapidně omezilo výskyt i.v. aplikace mezi respondenty v souboru a tedy označení kladné odpovědi na tuto otázku.

Snažila jsem se o poloviční zastoupení jak metadonových, tak buprenorfinových pacientů ve výzkumném vzorku, což se ovšem přesně nepodařilo, a proto pacienti užívající metadon mírně převažují.

Ze získaných 59 dotazníků, jich bylo vyplněno 23 (2 – buprenorfin, 21 – metadon) v Centru nízkoprahové metadonové substituce Drop-in, 12 ve vysokoprahovém centru Drop-in, 18 v CADASu a 6 v Prev-centru.

Při zpracovávání získaných dat a jejich vyhodnocování jsem postupovala dle návodu Příručky pro uživatele české verze dotazníků kvality života WHO (Dragomířská, Bartoňová, 2006), přičemž jsem využívala statistický program SPSS a počítačovou aplikaci Excel.

Dotazník WHOQOL-BREF neposkytuje souhrnný skór nebo index kvality života, ale jeho výsledkem je profil kvality života. Výsledky WHOQOL-BREF se vyjadřují jako čtyři doménové skóry (průměrný hrubý skór spočtený z příslušných položek vždy v rámci jedné domény) v rozmezí hodnot od minima 4 do maxima 20 a hodnoty (taktéž průměrné hrubé skóry) odpovědi dvou samostatných položek, které hodnotí již zmiňovanou celkovou kvalitu života a celkový zdravotní stav, a to v rozmezí hodnot od 1 do 5, přičemž vyšší skór vždy představuje vyšší (lepší) kvalitu života. Tyto hrubé skóry mohou být transformovány na škálu o rozpětí 1 - 100, kde opět vyšší skór znamená vyšší kvalitu života, já jsem ovšem tuto možnost transformace nevyužila a uvádím pouze skórování při rozpětí skórů 4 - 20 a 1 - 5.

Při korelování údajů ze standardizované části dotazníku s údaji z anamnestického dotazníku, jsem použila metodu vztahové analýzy, jejíž výsledkem jsou koeficienty standardizované kontingence (C_N), dle jejichž hodnot jsem vyvozovala těsnost vztahů mezi zvolenými proměnnými.

Získané výsledky ze souboru substituovaných pacientů jsem jednak srovnávala s výsledky reprezentativního souboru pražské populace ve věku 18 – 59 let (studie zkoumala vzorek 308 lidí), dále jsem srovnávala výsledné

skóry u pacientů, kteří jsou v substituci metadonem a kteří jsou v substituci buprenorfinem a také jsem korelovala dvě samostatné položky standardizované části dotazníku, tedy subjektivně vnímanou kvalitu života a spokojenost se zdravím, s některými údaji z anamnestického dotazníku.

Jak jsem zjistila v průběhu vyhodnocování dat, ne všechny otázky v mnou vytvořeném dotazníku byly vhodně položené, a neposkytly zamýšlené informace, proto jsem se rozhodla některé nepoužít, šlo o sociodemografický údaj bydlení, dále jsem nepoužila všechny získané údaje o užívaných drogách v minulosti, ani údaje o případné léčbě infekčních nebo duševních chorob, ani údaje o tom, jak často užívají respondenti další drogy vedle substituční látky. Ke korelaci jsem použila deset údajů, a to pohlaví, věk, vzdělání, práci, dobu užívání heroinu, typ užívané substituční látky, další užívané drogy, přítomnost duševního nebo infekčního onemocnění a zdravotní stav. Jako další zajímavé informace (nikoliv ovšem již ke korelování), u kterých mi přišlo, že by byla škoda je nezmínit, jsem použila délku doby strávenou v substituční léčbě, počty pokusů o substituční léčbu, i.v. aplikace substitučního preparátu, typy dalších užívaných drog, typy infekčních onemocnění a přítomnost dalších zdravotních problémů ve sledovaném souboru.

4.5 Výsledky výzkumu

Z celkového počtu 59 respondentů je 33 (56%) z nich substituováno metadonem a 26 (44%) buprenorfinem.

V souboru převažují muži nad ženami, mužů je 40 (68%), žen 19 (32%).

Průměrný věk respondentů je 30,9 let, pohybuje se v rozmezí 21 - 53 let. Přitom průměrný věk sledovaných žen je 28,7 let, a průměrný věk sledovaných mužů je 31,9 let.

V případě nejvyššího dokončeného vzdělání u sledovaných klientů převažuje střední vzdělání s maturitou s 46%, následované středním

vzděláním bez maturity s 31%. Pouze základní vzdělání má 20% respondentů a vyšší odborné či vysokoškolské vzdělání mají 3% respondentů.

Pokud jde o otázku, zda mají substituovaní klienti legální zaměstnání, 57% respondentů odpovědělo, že mají hlavní nebo vedlejší pracovní poměr nebo pracují jako OSVČ, 20% pracuje brigádně a 22% dotazovaných legálně nepracuje vůbec, což ukazuje, že nadpoloviční většina substituovaných pacientů ve sledovaném vzorku je ekonomicky aktivní a má stále zaměstnání. Někteří z nepracujících mohou být studenty, matkami v domácnosti, či invalidními důchodci, takto podrobně jsem ovšem dané skutečnosti nesledovala.

Průměrná doba užívání heroinu u pacientů, kteří využívají substituční formu léčby je 9,4 let. Nejdelší uvedená doba užívání je 37 let, mezi respondenty se objevila dokonce jedna osoba, která uvádí pouze experimentální užívání heroinu, ale tříleté užívání Subutexu. V převážné většině odpovědí se objevovalo souběžné užívání heroinu s pervitinem nebo benzodiazepiny (nebo užívání pervitinu před započítáním užívání heroinu), ve třech případech také užívání Subutexu mimo substituční léčbu.

Průměrná doba, po kterou jsou klienti v substitučním programu je 42 měsíců, tedy 3,5 roku. Z tohoto údaje lze částečně vyčíst, zda jde u sledovaného vzorku pacientů spíše o léčbu udržovací nebo substituční, za účelem postupného vyabstinování, z čehož vyplývá častěji první varianta. Výsledky ukazují, že celkově déle jsou v substitučním programu pacienti v metadonovém programu. Mnoho z pacientů v substituci jak metadonem tak buprenorfinem nejsou v programu zcela poprvé (pouze 7 lidí uvedlo, že jsou v programu poprvé), ale opakovaně, průměrně je to 2 – 3x, přičemž několik jedinců uvádělo i údaj 3x a více. Z toho vyplývá, že klienti ze substituční (nebo udržovací) léčby z nějakých důvodů vypadávají a nastupují do ní znovu.

Na otázku, která sledovala intravenózní aplikaci substitučního preparátu, odpovědělo 8 uživatelů buprenorfinu (z celého počtu 26 tedy 31%) kladně, u všech uživatelů metadonu byla odpověď záporná.

Další návykové látky vedle substitučního preparátu užívá 22 uživatelů metadonu z celkového počtu 33 (tedy 67%), a 22 uživatelů buprenorfinu z 26

(tedy 85%). Z celého souboru další návykové látky užívá 33 lidí a 26 nikoliv. Mezi návykovými látkami, které dále pacienti zneužívají (často je to více než jedna látka na jednoho pacienta) se objevil alkohol (17x), benzodiazepiny (15x, nejčastěji byl uváděn Rivotril, Diazepam a Rohypnol), pervitin (12x), marihuana (12x) a heroin (2x).

Duševní onemocnění bylo lékařem diagnostikováno u 44% pacientů sledovaného vzorku a u 53% pacientů nikoliv.

Přítomnost některého typu infekčního onemocnění uvedlo 54% respondentů, dalších 39% respondentů uvedlo, že žádné nemá (nebo již nemá, protože několik jedinců úspěšně ukončilo léčbu infekčního onemocnění) a 7% zvolilo možnost nevím. U pacientů, kteří zvolili kladnou odpověď na otázku, zda mají nějaké infekční onemocnění, jsem také konkrétně zjišťovala přítomnost žloutenky typu A, B nebo C a viru HIV. Mezi respondenty se neobjevil nikdo, kdo by uvedl HIV pozitivitu. Nejvíce respondentů (28) má hepatitidu typu C, následuje hepatitida typu B (10 respondentů) a nejméně se ve vzorku vyskytují pacienti s hepatitidou typu A (7). U některých respondentů se objevilo více typů hepatitid souběžně.

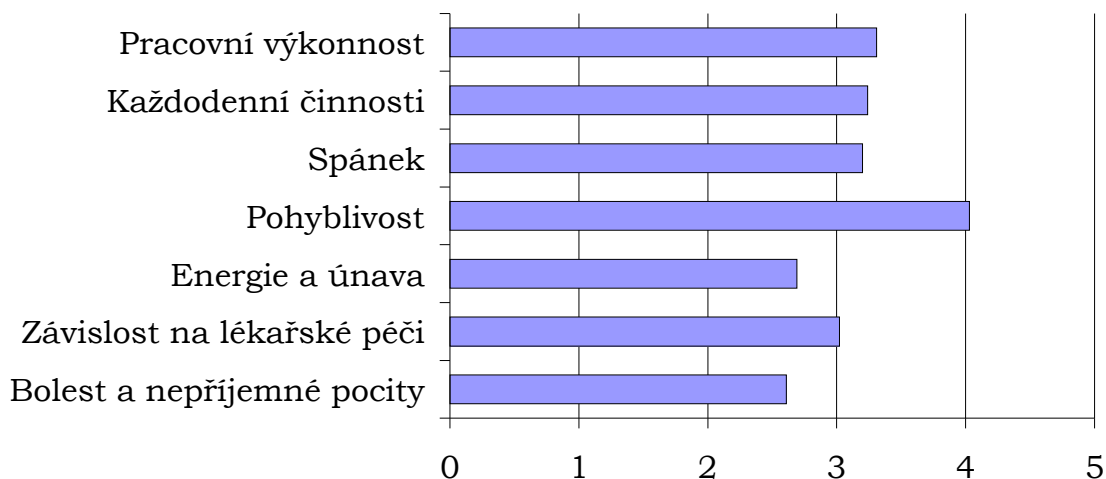
U otázky, která zjišťovala jaký je zdravotní stav respondentů, většina respondentů (42%) volila neutrální odpověď (ani špatný, ani dobrý), 37% pacientů uvedlo, že jejich zdravotní stav je dobrý. Jeden respondent uvedl, že jeho zdravotní stav je velmi dobrý, 15% respondentů uvedlo špatný zdravotní stav a dva velmi špatný.

V případě otázky, která zjišťovala, zda mají dotazovaní v současné době nějaké zdravotní problémy, respondenti často uváděli, že mají, ovšem v některých případech již neuvedli jaké zdravotní problémy to konkrétně jsou. Zdravotní problémy v současné době uvedlo 34 respondentů.

Mezi nejčastěji uváděnými zdravotními potížemi byly problémy s chrupem, migrény a bolesti hlavy, problémy s cévami, bolesti zad a páteře, žaludeční vředy, bolesti kloubů, kožní vyrážky a další potíže, objevily se také potíže se spánkem, deprese a únava nebo blíže nespécifikované obtíže s játry a ledvinami. Zajímavé je, že si na zdravotní potíže nestěžují všichni pacienti s infekčními chorobami, z čehož lze usuzovat, že pouhá vlastní přítomnost nemoci nemusí být vnímána jako zdravotní komplikace současného stavu.

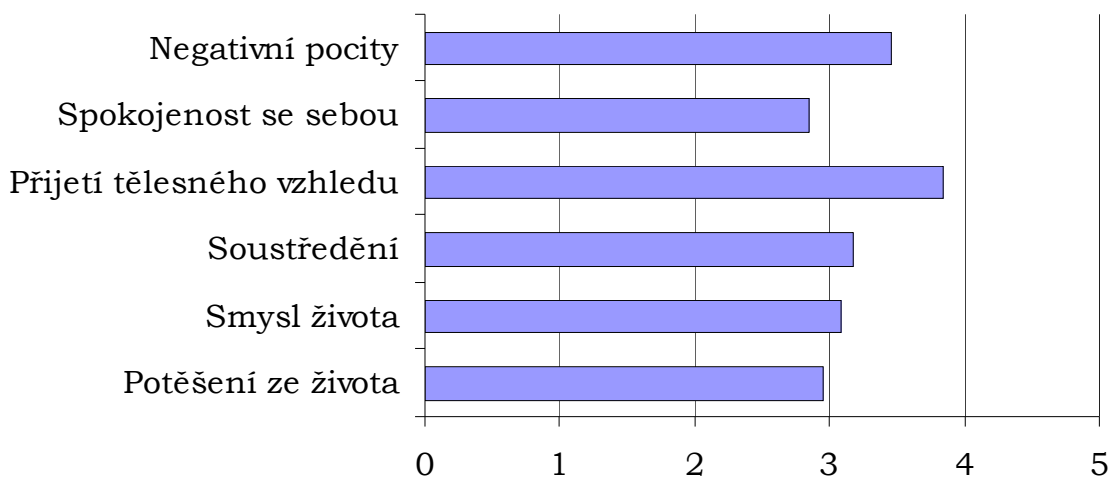
Pomocí grafů nyní znázorním výsledky všech položek u jednotlivých domén a výsledky dvou samostatných položek u substituovaných pacientů.

Graf č. 1: Výsledné skóry u Dom1 – Fyzické zdraví.



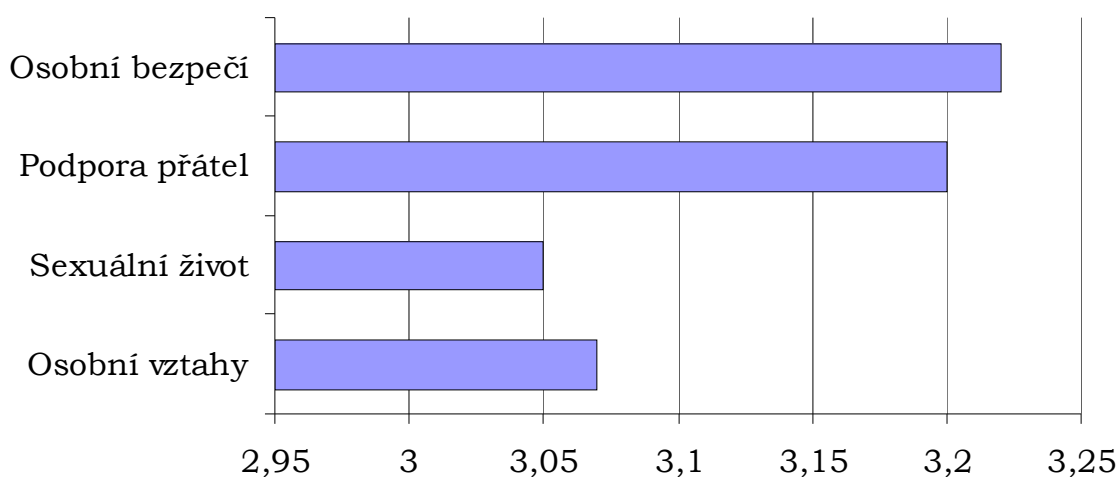
Jak vyplývá z grafu, nejlépe jsou na tom pacienti v substituční léčbě v oblasti fyzického zdraví s pohyblivostí, kterou průměrně hodnotí (na škále 1 – 5) hodnotou 4, což znamená, že se dokáží pohybovat dobře. Nejhůře jsou na tom pacienti průměrně s energií a únavou a ještě o trochu hůře s bolestí a nepříjemnými pocity.

Graf č. 2: Výsledné skóry u Dom2 – Prožívání.



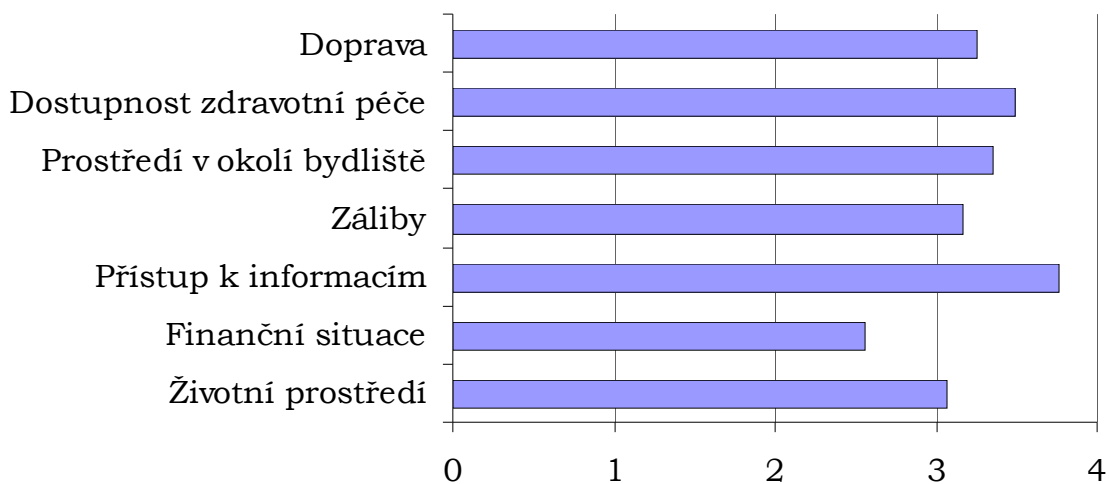
V oblasti prožívání dosahuje nejnižších průměrných hodnot u pacientů oblast spokojenosti se sebou. Naopak nejvyšších hodnot dosahuje položka přijetí tělesného vzhledu.

Graf č. 3: Výsledné skóry u Dom3 – Sociální vztahy.



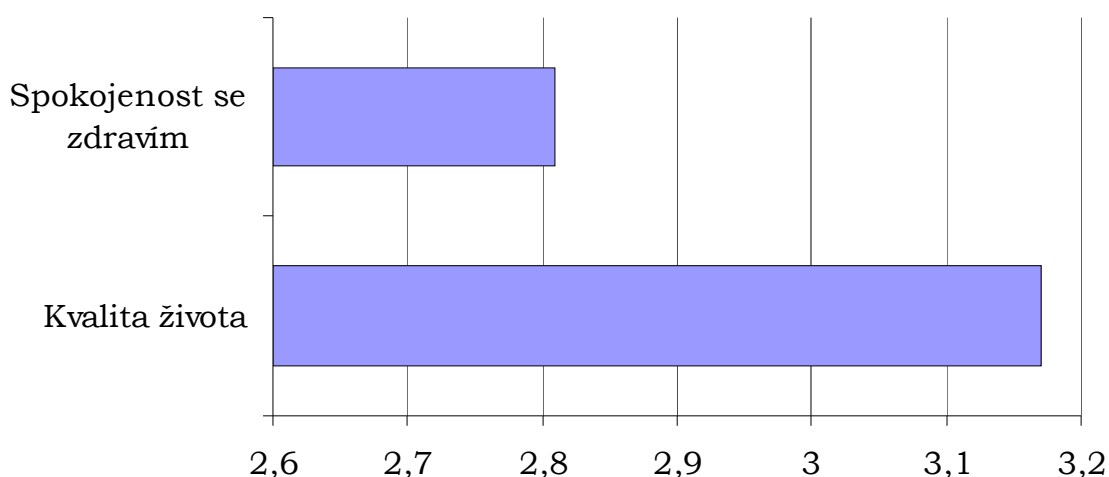
U domény sociálních vztahů se průměrné hodnoty jednotlivých položek téměř neliší. S minimálním rozdílem má nejvyšší hodnotu osobní bezpečí a hodnotu nejnižší pak sexuální život.

Graf č. 4: Výsledné skóry u Dom4 – Prostředí.



Nejvyšší průměrné hodnoty v doméně prostředí dosahuje položka přístup k informacím, za ní se nachází dostupnost zdravotní péče. Nejnižší hodnoty dosahuje položka finanční situace.

Graf č. 5: Výsledné skóry u dvou samostatných položek.



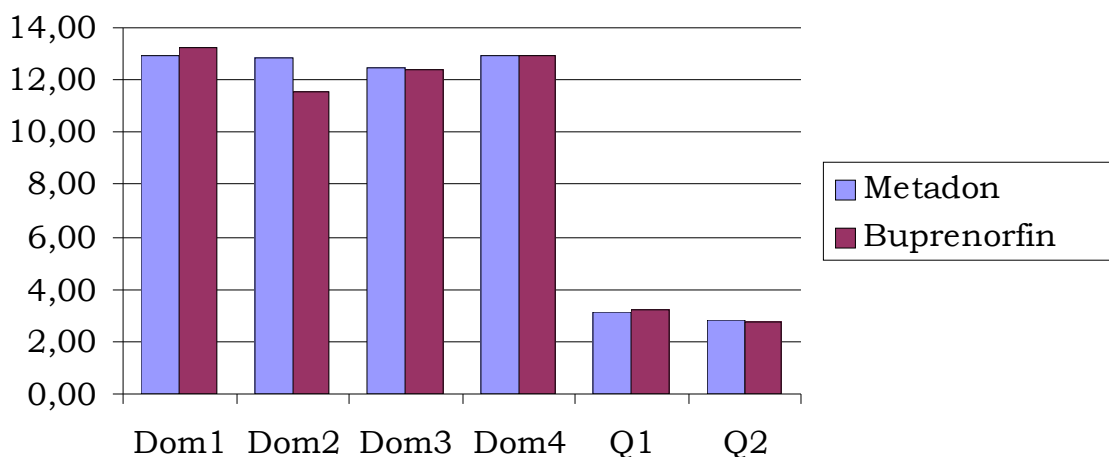
V případě průměrného hodnocení kvality života a spokojenosti se zdravím nejsou výrazné rozdíly. Hodnota položky kvalita života je 3,17, tedy dle škály 1 - 5 mírně přesahuje její střední hodnotu (ani špatná, ani dobrá) a hodnota položky spokojenost se zdravím je 2,81, tedy mírně pod hranicí střední hodnoty na dané škále (ani spokojen/a, ani nespokojen/a).

Dále nabídnu srovnání čtyř domén a dvou samostatných položek ze standardizované části dotazníku WHOQOL-BREF u pacientů, kteří jsou substituováni metadonem a pacientů, kteří jsou substituováni buprenorfinem, a to uvedením výsledků jednotlivých hrubých skóru domén a položek v tabulce (Tabulka č. 3) a pro větší přehlednost i v grafu (Graf č. 6).

Tabulka č. 3: Výsledné skóry WHOQOL-BREF.

	Dom1	Dom2	Dom3	Dom4	Q1	Q2
Metadon	12,94	12,85	12,44	12,95	3,12	2,85
Buprenorfin	13,21	11,59	12,41	12,92	3,23	2,77

Graf č. 6: Výsledné skóry WHOQOL-BREF.



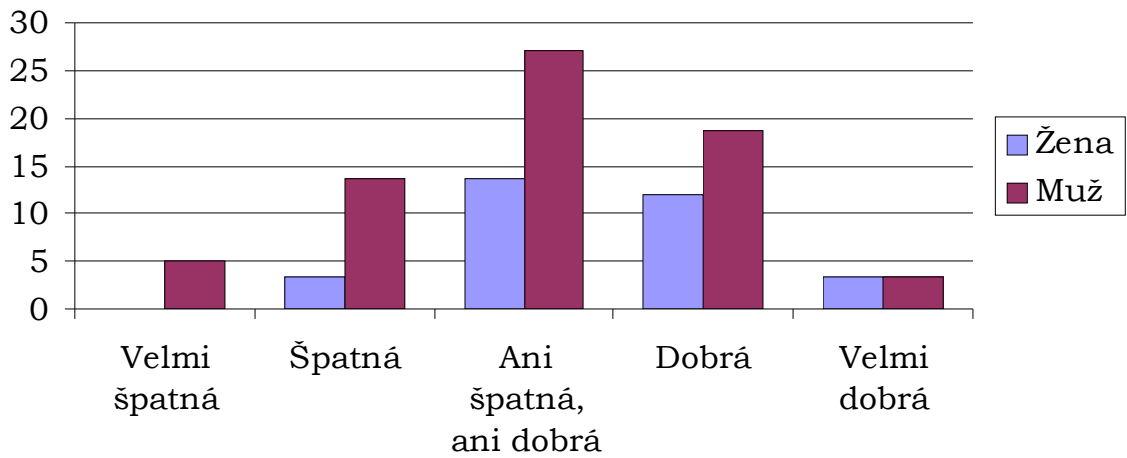
Jak ukazují výsledné doménové skóry a hodnoty obou samostatných položek, mezi pacienty na metadonu a pacienty na buprenorfinu nejsou v hodnocení kvality života výraznější rozdíly. Částečný rozdíl se dá zaznamenat u domény prožívání.

V následujících grafech popíšu výsledky vzájemných vztahů dvou samostatných položek dotazníku WHOQOL-BREF (kvality života a spokojenosti se zdravím) a vybraných nezávisle proměnných (z anamnestického dotazníku), které jsou statisticky významné. Vycházela jsem z předpokladu, že kvalitu života a spokojenost se zdravím bude ovlivňovat značná část zvolených nezávisle proměnných (pohlaví, věk, vzdělání, zaměstnání, doba užívání heroinu, typ substituční látky, další užívané návykové látky, duševní a infekční onemocnění a zdravotní stav), ale vzhledem k malým výsledným četnostem u některých skupin odpovědí v souboru (a vyšším hodnotám C_N), které brání plnému zobecnění zjištěných výsledků, jsem nemohla použít všechny výsledné vztahy mezi závisle a nezávisle proměnnými.⁴⁸ Proto zde uvedu jen ty nezávisle proměnné, které mají určitou vypovídací hodnotu a ovlivňují kvalitu života a spokojenost se zdravím u zkoumaného vzorku.

U položky kvalita života pacienti často „utíkají“ do neutrální kategorie (ani špatná, ani dobrá).

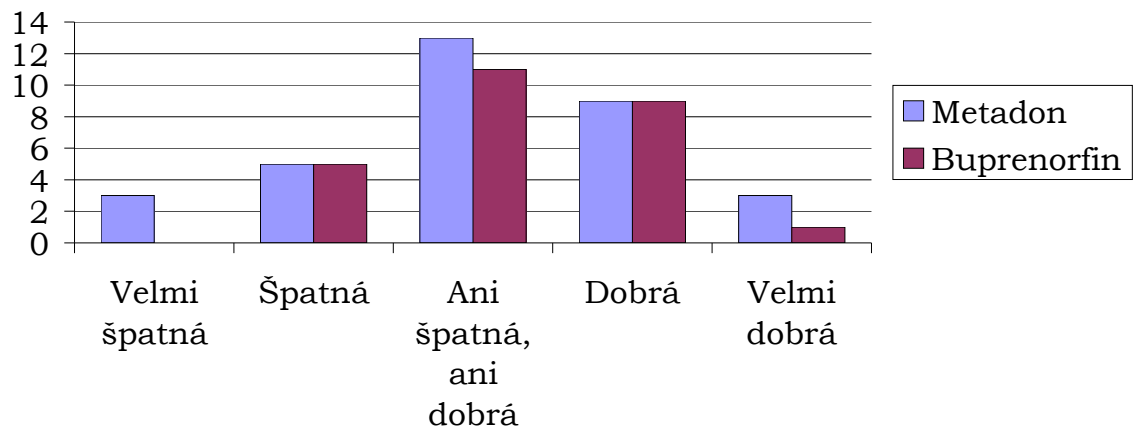
⁴⁸ Všechny korelace jsou signifikantní na hladině významnosti 0,01 (při dvoustranné hypotéze).

Graf č. 7: Vliv pohlaví na kvalitu života.



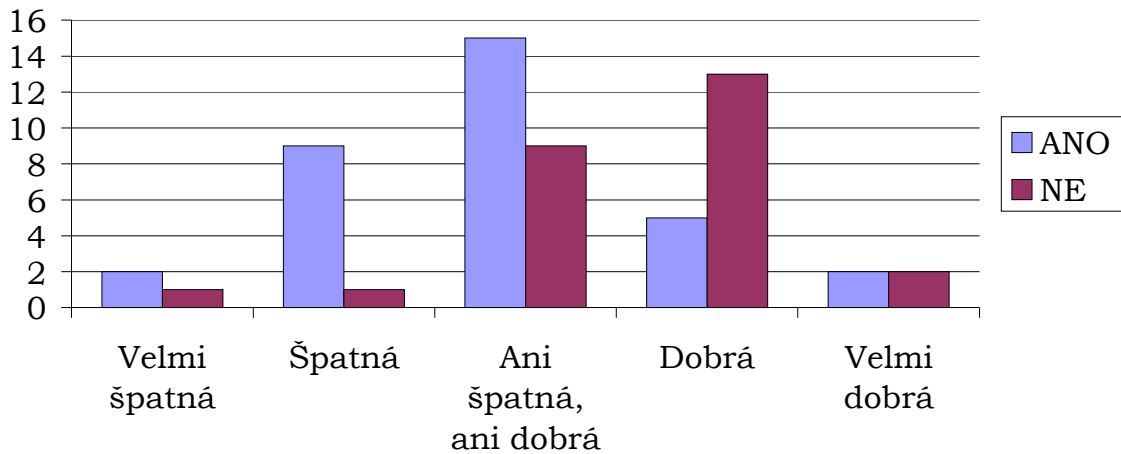
Z hlediska pohlaví dosahují horších výsledků při hodnocení kvality života muži než ženy ($C_N = 0,222$).

Graf č. 8: Vliv typu substituční látky na kvalitu života.



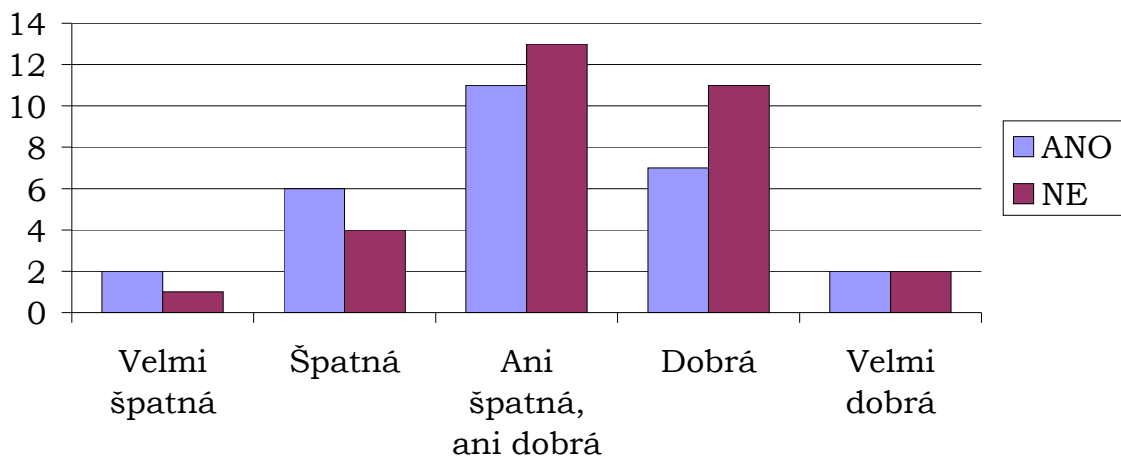
Dle výsledků vychází o trochu lepší kvalita života u vzorku pacientů substituovaných buprenorfinem než metadonem ($C_N = 0,233$).

Graf č. 9: Vliv dalších užívaných návykových látek na kvalitu života.



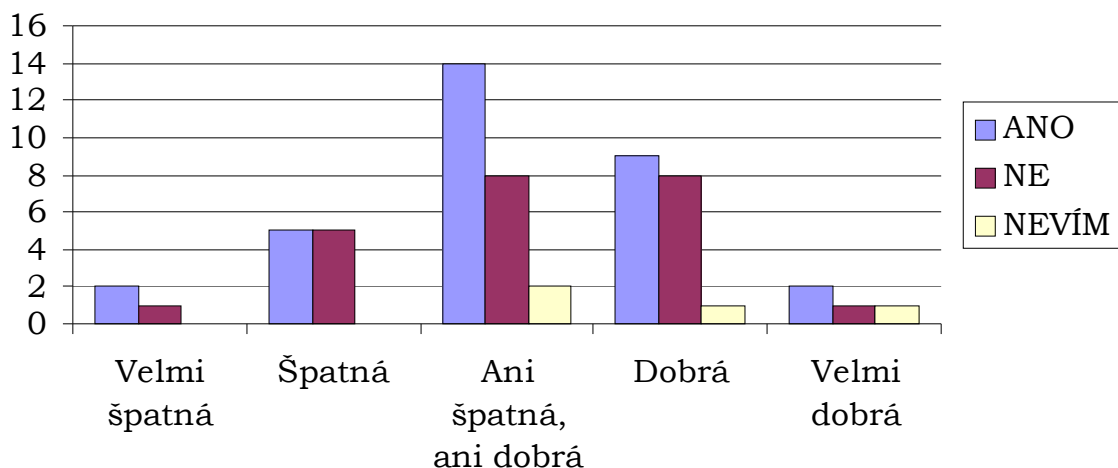
Z výsledků vyplývá, že užívání dalších návykových látek vedle látky substituční má vliv na kvalitu života. Pacienti, kteří uvedli, že užívají další návykové látky vnímají kvalitu svého života jako nižší oproti pacientům, kteří užívání dalších návykových látek neuvedli ($C_N = 0,398$).

Graf č. 10: Vliv duševního onemocnění na kvalitu života.



Pacienti substituční léčby, kteří uvedli, že jim bylo diagnostikováno nějaké duševní onemocnění hodnotí kvalitu svého života jako nižší než pacienti bez diagnózy duševního onemocnění ($C_N = 0,164$).

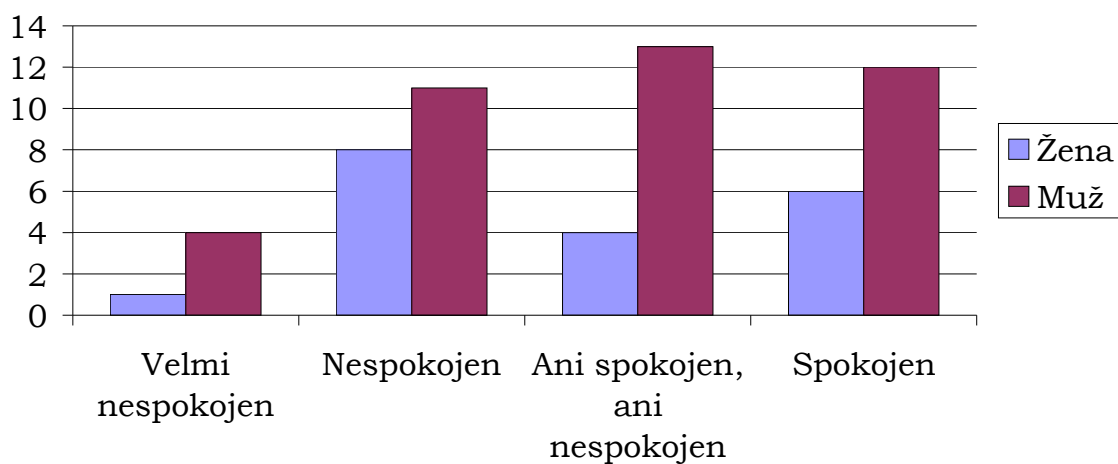
Graf č. 11: Vliv infekčního onemocnění na kvalitu života.



Pacienti bez infekčního onemocnění hodnotí kvalitu svého života poněkud lépe než pacienti s infekčním onemocněním ($C_N = 0,255$).

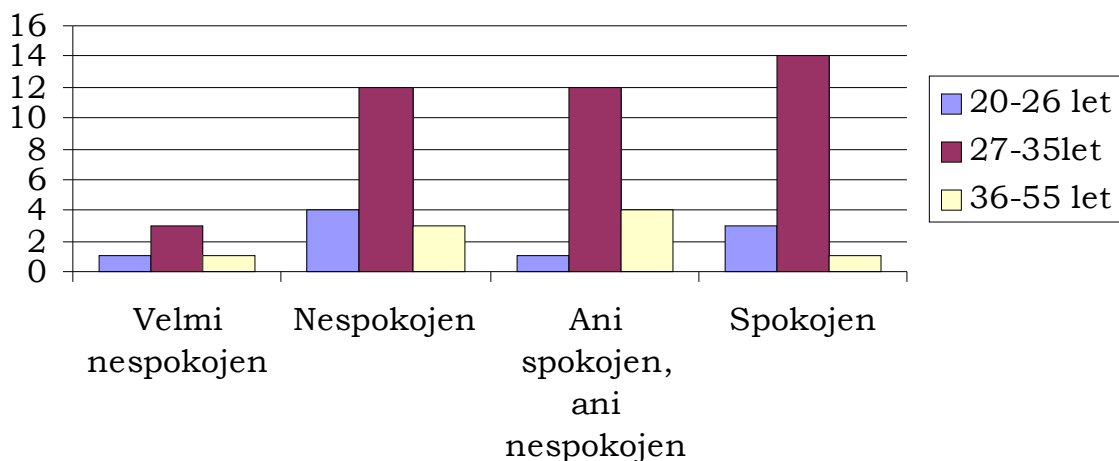
Při hodnocení spokojenosti se zdravím pacienti ve vzorku ani v jednom případě neuvodli, že jsou se svým zdravím velmi spokojeni. Pacienti volili své odpovědi maximálně do hodnoty 4 na škále, tedy spokojen/a.

Graf č. 12: Vliv pohlaví na spokojenost se zdravím.



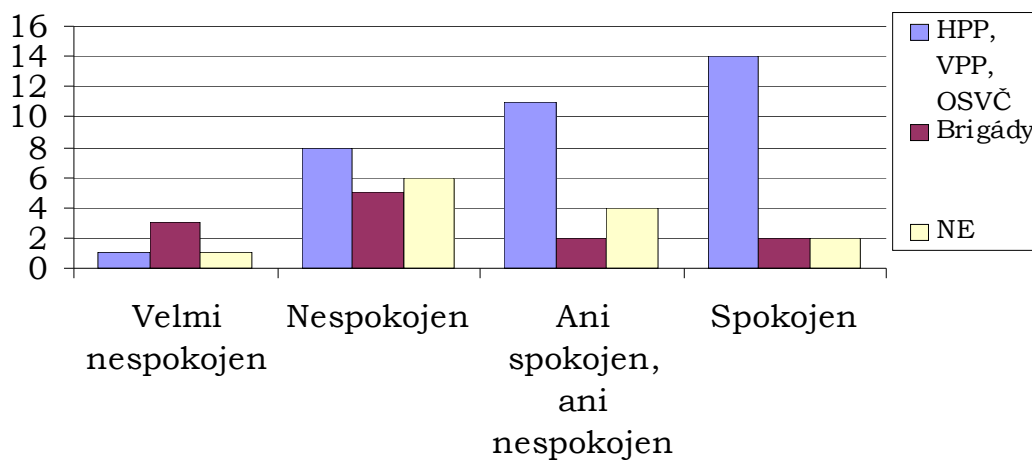
Se svým zdravím jsou v daném vzorku více spokojeni muži než ženy ($C_N = 0,172$).

Graf č. 13: Vliv věku na spokojenost se zdravím.



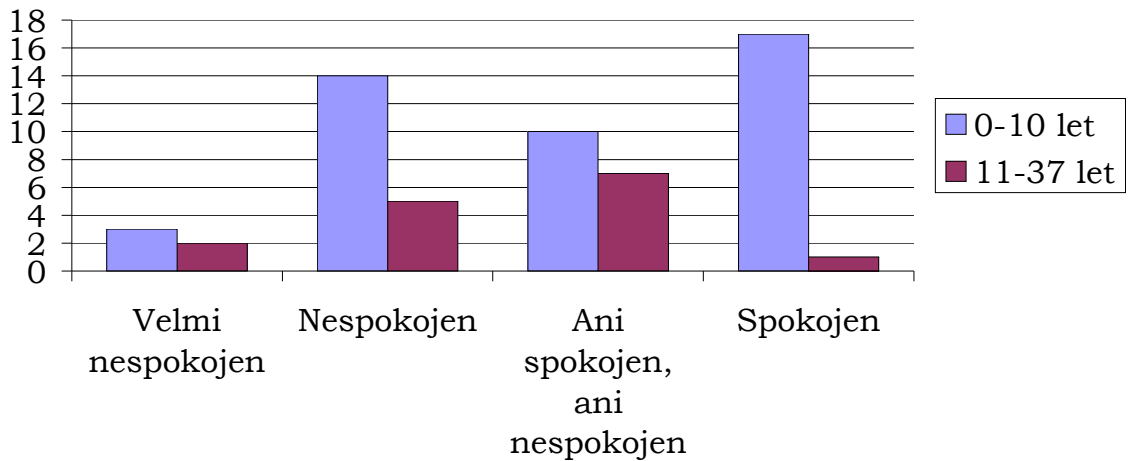
Po rozčlenění věku do tří kategorií (20 – 26 let, 27 – 35 let, 36 – 55 let), kdy nejvíce byla zastoupena kategorie druhá, ukázaly výsledky větší nespokojenost se svým zdravím spíše u starších pacientů z druhé a třetí věkové kategorie ($C_N = 0,246$).

Graf č. 14: Vliv zaměstnání na spokojenost se zdravím.



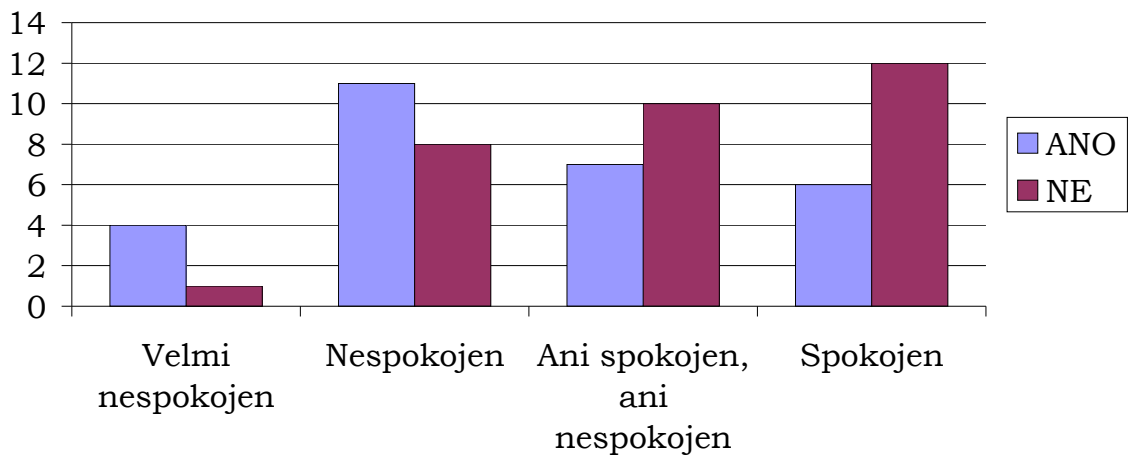
Pacienti, kteří uvedli že nepracují, nebo pracují brigádně jsou více nespokojeni se svým zdravím než pacienti, kteří uvedli, že mají stálý pracovní poměr ($C_N = 0,393$).

Graf č. 15: Vliv doby užívání heroinu na spokojenost se zdravím.



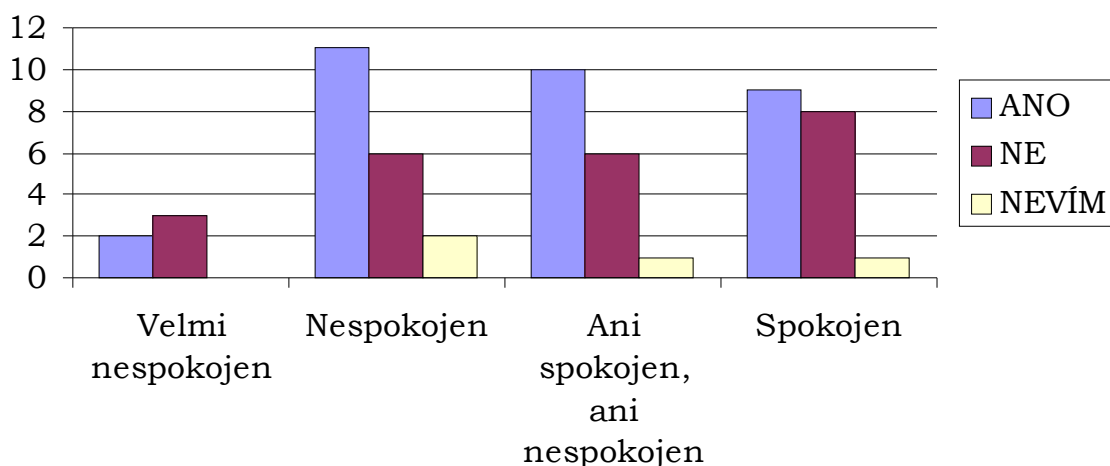
Po rozřazení doby užívání heroinu do dvou skupin (0- 10 let, 11 – 37 let), výsledky ukazují, že více nespokojeni se svým zdravím jsou pacienti ve druhé skupině, tedy ti, kteří užívají heroin deset let a více ($C_N = 0,316$).

Graf č. 16: Vliv duševního onemocnění na spokojenost se zdravím.



Se svým zdravím jsou více spokojeni pacienti, kterým nebylo diagnostikováno nějaké duševní onemocnění, než pacientům, kterým takové onemocnění diagnostikováno bylo ($C_N = 0,271$).

Graf č. 17: Vliv infekčního onemocnění na spokojenost se zdravím.



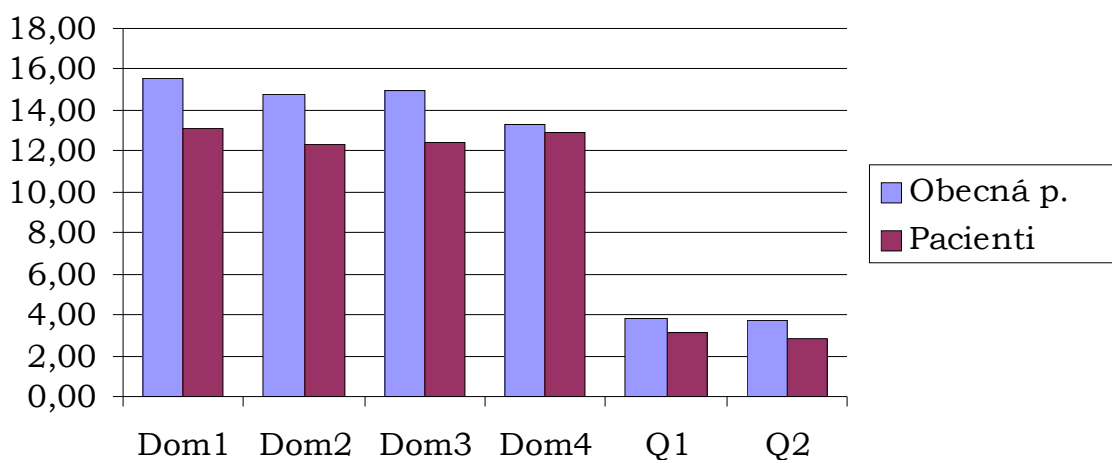
Pacienti, kteří nemají žádné infekční onemocnění jsou se svým zdravím poněkud více spokojeni než pacienti, kteří mají některý typ infekčního onemocnění ($C_N = 0,189$).

Nakonec pomocí tabulky (Tabulka č. 4) a grafu (Graf č. 19) srovnám kvalitu života vzorku pacientů v substituční léčbě s kvalitou života vzorku pražské obecné populace pomocí výsledků jednotlivých domén a dvou samostatných položek.

Tabulka č. 4: Výsledné skóry WHOQOL-BREF u běžné populace a pacientů v substituční léčbě.

	Dom1	Dom2	Dom3	Dom4	Q1	Q2
Obecná p.	15,55	14,78	14,98	13,30	3,82	3,68
Pacienti	13,06	12,29	12,43	12,94	3,17	2,81

Graf č. 18: Výsledné skóry WHOQOL-BREF u běžné populace a pacientů v substituční léčbě.



Jak ukazují hodnoty v tabulce i samotný graf, lze usuzovat, že vzorek pražské populace má lepší (vyšší) kvalitu života než vzorek pacientů v substituční léčbě. Tento výsledek lze vysledovat ve všech čtyřech doménách i dvou samostatných položkách. Rozdíl je nejvíce patrný u domény sociální vztahy (rozdíl je 2,55), nejmenší rozdíl (0,36) lze pak vidět u domény prostředí. U položky kvalita života činí rozdíl 0,65 a u položky spokojenost se zdravím 0,87, větší rozdíl je tedy u položky spokojenost se zdravím.

4.6 Závěry výzkumu

Ve zkoumaném vzorku pacientů substituční léčby převažují muži nad ženami. Toto nepoměrné zastoupení mužů a žen v souboru přesně kopíruje složení české drogové populace využívající systém drogových služeb, kdy na jednu ženu připadají zhruba dva muži (v léčbách je tento poměr jiný, a to zhruba 3 – 4 muži : 1 ženě).

Ženy ve zkoumaném vzorku jsou průměrně mladší než muži, což odpovídá normální situaci v jiných léčebných zařízeních. Pokud jde o průměrný věk substituovaných pacientů, zjištěné výsledky se nijak výrazně neliší od průměrného věku klientů pražských nízkoprahových drogových služeb (který je 26 let u klientů terénních služeb a 27 let u klientů

kontaktního centra). V případě terapeutické komunity Němčice o.s. Sananim je průměrný věk klientů 32 let (muži – 33 let, ženy – 29 let).⁴⁹

V případě vzdělání lze vysledovat u vzorku substituovaných pacientů průměrně vyšší úroveň vzdělanosti než je tomu u pacientů nízkoprahového terénního programu o.s. Sananim, kde je více případů klientů se základním vzděláním (které je nejvyšší dokončené) než u sledovaného vzorku.⁵⁰ Je možné, že někteří substituovaní pacienti si mohli doplnit vzdělání v průběhu substitučního programu, který jim umožnil celkovou stabilizaci. Roli zřejmě hraje i fakt, že klientelu substitučních programů tvoří také ti drogově závislí, kteří nemuseli využívat nízkoprahových služeb, a taktéž ti, kterým drogová závislost neznemožnila dokončení střední školy.

Rozhodně pozitivní jsou výsledky, které sledovaly zda pacienti pracují či nikoliv. Nadpoloviční většina pacientů má stále zaměstnání, což poukazuje na stabilizační prvek substituční léčby, kdy se již drogově závislí nemusí věnovat pouze shánění drogy, ale mají prostor zařadit se do běžného pracovního procesu, což má výrazný vliv na zvyšování kvality života. Z výsledků vyplývá že stále zaměstnání má více pacientů, kteří jsou v substituci buprenorfinem a ve vysokoprahovém metadonovém programu. Pacienti v nízkoprahovém metadonovém programu jsou častěji bez práce. Může to být způsobeno tím, že v nízkoprahových programech nehraje tak důležitou roli psychosociální péče (je nepovinná), navíc mohou být pacienti omezeni denním docházením pro metadon nebo mohou mít potíže s uplatněním na pracovním trhu z důvodu záznamu v trestním rejstříku kvůli kriminální minulosti apod.

Substituovaní pacienti v průměru nemají dostatek peněz k uspokojování svých potřeb, což může být způsobeno jednak žádným legálním příjmem či nízkým příjmem, a to z důvodu nízké kvalifikace nebo z toho důvodu, že i když někteří pacienti mohou mít dostatečný příjem, často musí splácet dluhy, které jim vznikly v době drogové závislosti a vedle toho platit náklady spojené s bydlením a dalšími základními životními potřebami, které jsou navíc v české metropoli vyšší než mimo ni. Takže ve výsledku jim

⁴⁹ Pro srovnání jsem použila údaje z *Výroční zprávy o.s. Sananim za rok 2006*.

⁵⁰ Vycházím ze statistik Terénních programů o.s. Sananim, které sledují soubor údajů u registrovaných klientů.

ani dostatečné příjmy nemusí pokrýt všechny výdaje. Nápomocná by v těchto případech měla být sociální práce, dostupná v substitučních programech, která by měla pacientovi pomoci řešit jeho dluhy, často neuspokojivou bytovou nebo pracovní situaci, pomoci s vyřizováním různých dalších sociálních záležitostí a také jej učit zodpovědnosti, pokud jde o finance a běžné životní záležitosti.

Hlavní užívanou drogou je především heroin, který je pacienty ve sledovaném vzorku užíván průměrně devět let, než nastoupí substituční léčbu. Pokud jde o výsledky užívání nelegálně získaného Subutexu zarazilo mě, že vyšlo jako zcela zanedbatelné. Předpokládala jsem, že se v souboru objeví podstatně větší množství lidí, užívajících v minulosti nelegálně Subutex. Narozdíl od mých zjištění poskytuje jiná čísla Randák (2005), který ve svém výzkumném vzorku uvádí 35% uživatelů nelegálního Subutexu samotného či v kombinacích s jinými látkami.

Průměrná doba strávená pacienty v substitučním programu nasvědčuje tomu, že je substituce využívána spíše jako udržovací typ léčby než postupné vyabstinování, a je tedy odkládán cíl abstinence na pozdější dobu. Průměrně déle jsou v substituční léčbě pacienti na metadonu, ovšem i pacienti na buprenorfinu v substituci setrvávají v některých případech po několik let.

Pokud jde o i.v. aplikaci u pacientů ve vzorku, kteří užívají buprenorfin, nízký výskyt tohoto jevu může být zapříčiněn právě probíhajícím nahrazováním Subutexu za Suboxone ve většině sledovaných zařízení, což by mohlo znamenat skutečnost, která je hlavním cílem uvedení Suboxonu na trh.

Lidé s drogovou závislostí v substituční léčbě jsou z klinického hlediska i přes fyzickou závislost na substituční látce považováni za abstinující, přitom tomu ve skutečnosti tak u všech pacientů není. Mnoho substituovaných pacientů zneužívá další nelegální látky (nejčastěji marihuanu a pervitin) nebo alkohol a benzodiazepiny.

Benzodiazepiny jsou legální a vyvolávají závislost (podobně jako alkohol). Sami pacienti však jejich užívání nepovažují za užívání „drog“ i přes to, že jsou na nich závislí a často berou velké dávky, které jim nevhodně

předepisují někteří problematiky neznalí lékaři (viz kapitola Kritické poznámky k aktuální situaci). Jak uvádí ve svém výzkumu Randák (2005), je zarážející především vysoká míra souběžné preskripce benzodiazepinů se substituční látkou, a to v ambulanci praktického lékaře (prakticky u 50% substituovaných osob).

Z těchto důvodů by jistě nebylo do věci, kdyby především praktičtí lékaři měli povinnost absolvovat určitý vzdělávací program, který by je seznámil alespoň se základní problematikou drogových závislostí a principy a cíly substituční léčby.

Jak vyplývá ze zjištěných výsledků, na kvalitu života vzorku pacientů v substituční léčbě má negativní vliv užívání dalších návykových látek spolu se substituční látkou. Běžně ovšem zjištění této skutečnosti v substitučních programech nevede k nějakým zásadním krokům, které by mohly být pokusem o řešení dané situace. Otázkou je, zda jsou změny žádoucí, nebo je naopak stávající stav optimální a nevyžaduje radikální změny. Někoho může v této souvislosti napadnout, že je důležité a primární celkové zlepšení a stabilizace pacienta a občasné užívání dalších návykových látek vedle substituce už nehraje tak významnou roli (když tedy pomineme zmiňované výsledky, které ukazují vliv na QOL).

Povědomí o prodělaných infekčních chorobách u sledovaného vzorku pacientů je poměrně vysoké, převážná většina z nich je na infekční nemoci testována, což naznačuje, že pacienti mají zájem znát svůj zdravotní stav, ovšem nepotvrzuje to předpoklad, že budou mít také zájem případné infekční onemocnění řešit. Mnoho pacientů ve vzorku, kteří uvedli přítomnost infekčního onemocnění se s tímto onemocněním neléčí.

Jak vyplývá z výsledků všech položek u jednotlivých domén u pacientů v substituční léčbě, nejvyšších hodnot dosahují položky v doméně fyzické zdraví. Důvodem může být zlepšení celkového zdravotního stavu pacientů díky substituční léčbě oproti době užívání nečistých nelegálních drog. Jedna z nejnižše hodnocených položek dané domény je energie a únava, což může souviset s negativními vedlejšími účinky substituční látky a také s přítomností infekčního či duševního onemocnění, či léčbou těchto

onemocnění (medikace na jejich léčbu může způsobovat negativní vedlejší účinky). Souvislost můžeme hledat také v horším hodnocení spánku. Zcela nejnižší hodnoty má položka bolest a nepříjemné pocity, které mohou souviset s určitými zdravotními komplikacemi, které často dlouho přetrvávají z dob rizikového užívání drog. U položky závislost na lékařské péči jsem předpokládala jiný než střední výsledek. Důvodem je možná to, že si pacienti neuvědomovali, že vlastní substituční léčba je typ lékařské péče, bez které by se neobešli, protože díky ní dostávají látku, na které jsou závislí, tím pádem jsou taktéž značně závislí na lékařské péči.

Zlepšení v případě zdravotních komplikací nebo neléčených infekčních chorob by mohlo nastat v případě, kdyby například ve specializovaných substitučních centrech byl kladen důraz jednak na léčbu psychických onemocnění, ale také na léčbu onemocnění somatických. Jinou možností je poskytování substituční léčby přímo v zařízeních, která poskytují komplexní somatickou péči.

Nejnižše průměrně hodnocenou doménou je prožívání. Překvapil mě výsledek položky negativní pocity, u které jsem předpokládala nižší hodnocení. Důvodem vyšší hodnoty může být opět pozitivní vliv substituční léčby. Přesto zůstávají pacienti v oblasti prožívání nespokojeni sami se sebou, život je těší méně, a smyslu života přikládají průměrně střední hodnotu, což může být důsledek nevyřešených psychických problémů a různých osobních traumat, které dříve závislý utlumoval drogami. Samotná substituční léčba bez adekvátní psychosociální péče přitom tyto problémy vyřešit nedokáže.

V doméně sociální vztahy jsou pacienti průměrně spíše ani spokojeni, ani nespokojeni se sexuálním životem a osobními vztahy, což může odpovídat menší fyzické potřebě sexu při závislosti na opioidech. Metadon sexuální chutě narozdíl od buprenorfinu příliš nezvyšuje. V sexuálním životě i osobních vztazích může hrát roli také přetrvávající pocit osamění a nedůvěry k okolí, chybějící přátelské vztahy mimo drogové prostředí, emoční nevyrovnanost, význam mohou mít určitě i rodinné vztahy. Myslím si že nezbytnou součástí efektivní substituční léčby by měla být také adekvátní

psychoterapeutická péče kombinující různé přístupy, a to jak psychoterapie individuální či skupinová, tak rodinná.

Výsledky v doméně prostředí mohou souviset s tím, že pacienti využívají substitučních programů v Praze, kde je například dobrá doprava, dostupná zdravotní péče a dobrý přístup k informacím. U mimopražských programů by zřejmě výsledky byly jiné. Pokud jde o záliby, jejichž hodnocení není nikterak výrazné, je otázkou nakolik dokáží pacienti vyplnit svůj volný čas původními nebo novými koníčky, který byl dříve zaplněn převážně drogami.

První hypotéza se potvrdila.

Mezi pacienty, kteří jsou substituováni metadonem a buprenorfinem nejsou výraznější rozdíly v hodnocení kvality života. Ve všech doménách, i u obou samostatných položek jsou výsledné skóry u metadonu i buprenorfinu podobné.

Druhá hypotéza se potvrdila částečně.

U některých proměnných jsem výsledky korelací nepoužila, jelikož by vzhledem k malým četnostem neměly vypovídací hodnotu.

Na samostatně hodnocenou položku kvality života zkoumaného souboru pacientů substituční léčby se jako statisticky významný ukázal vliv těchto proměnných: pohlaví, typ substituční látky, další užívané návykové látky vedle látky substituční, duševní a infekční onemocnění.

Muži hodnotí kvalitu života hůře než ženy.

Pacienti na buprenorfinu hodnotí kvalitu života lépe než pacienti na metadonu.

Kvalita života u pacientů, kteří užívají další návykové látky je hodnocena hůře než u pacientů, kteří další látky neužívají.

Duševní a infekční onemocnění má vliv na horší hodnocení kvality života.

Na samostatně hodnocenou položku spokojenosti se zdravím zkoumaného souboru pacientů substituční léčby se jako statisticky

významný ukázal vliv těchto proměnných: pohlaví, věk, zaměstnání, doba užívání heroinu, duševní a infekční onemocnění.

Muži jsou se svým zdravím více spokojeni než ženy.

Se zdravím jsou více nespokojeni pacienti starší 27 let, než pacienti mladší.

Pacienti bez zaměstnání a pacienti pracující brigádně jsou více nespokojeni se svým zdravím než pacienti, kteří mají stálé zaměstnání.

Pacienti, kteří dříve užívali heroin déle než deset let jsou se svým zdravím více nespokojeni než pacienti, užívající heroin méně než deset let.

Duševní a infekční onemocnění u pacientů negativně ovlivňuje jejich spokojenost se zdravím.

Spokojenost se zdravím a zdravotní stav jsou nejsilnější koreláty kvality života.

Třetí hypotéza se potvrdila.

Kvalita života u vzorku pacientů v substituční léčbě je nižší ve všech čtyřech doménách i u obou dvou samostatných položek, než u vzorku pražské populace.

Tento výsledek se dal předpokládat, a to z toho důvodu, že i když substituční léčba dokáže u pacientů zlepšovat celkovou kvalitu života oproti době užívání nelegálních drog, přesto spíše nedokáže udělat ze závislých jedinců zdravé a abstinující osoby, které by se svým subjektivním vnímáním kvality života vyrovnaly obecné populaci.

Při vyhodnocování nashromážděných dat se objevilo mnoho dalších variant zkoumání, které by přinesly další zajímavé výsledky (například korelace jednotlivých položek u všech domén se samostatnou položkou kvality života či spokojenosti se zdravím), ovšem z důvodu rozsahu této práce jsem nevyužila všechny možnosti, ale musela jsem se rozhodnout jen pro některé z nich.

Závěr

Tématu kvality života se v posledních letech věnuje stále větší pozornost. Tato popularita je zajištěna novodobým módním trendem „honby“ za lepším, spokojenějším životem a pocitem životního štěstí. Význam tohoto pojmu se průběžně vyvíjel a i dnes si pod ním každý může představit něco odlišného. Rozdílné jsou také důvody toho, proč se vůbec kvalita života sleduje a co se prostřednictvím ní sleduje. V klinické praxi se odborníci pokoušejí toto zajímavé a důležité téma uchopit z různých aspektů.

V své práci jsem se při výzkumu kvality života pacientů v substituční léčbě zaměřila na oblast kvality života, která je ovlivněna zdravím. Tuto oblast sleduje nejčastěji medicína, a to z toho důvodu, aby zjistila jaký je dopad konkrétní terapie na kvalitu života nemocných pacientů. Vzhledem k tomu, že závislost na nealkoholových drogách je z určitého pohledu nemoc, která značně poškozuje celkový zdravotní stav závislých jedinců, vyžaduje léčbu. Možností léčby je několik, stále rozšířenější se v dnešní době stává léčba substituční, jejíž úkolem je vedle stabilizace zdravotní taktéž stabilizace sociální.

Výzkum, jehož cílem bylo popsat a zhodnotit subjektivně vnímanou kvalitu života populace substituovaných osob na vzorku pacientů substituční léčby metadonem a buprenorfinem v několika pražských specializovaných zařízeních, přinesl dle mého mínění cenné poznatky, i když limitujícím faktorem byla velikost hodnoceného vzorku dotazovaných osob.

Výsledky ukázaly, že nehraje velkou roli, zda je k substituční léčbě využíván metadon nebo buprenorfin, protože obě srovnávané skupiny pacientů hodnotily kvalitu života podobně. Na subjektivní hodnocení kvality života má negativní vliv delší doba užívání heroinu, užívání dalších návykových látek vedle látky substituční, duševní a infekční onemocnění a nepřítomnost stálého zaměstnání. Tyto výsledky poukazují na potřebu více se zaměřit na některé změny léčebných intervencí, a to zejména v oblasti užívání dalších návykových látek v průběhu léčby a v oblasti somatických i duševních onemocnění. Jako nutnou vidím potřebu psychosociální péče a

pravidelné práce s pacientem (či klientem), zapomínat by se nemělo ani na dobrou sociální práci a poradenství.

Substituční léčba jistě dokáže plnit stanovené cíle, tedy snižovat rizikové užívání návykových látek, zlepšovat zdravotní i sociální stav pacientů, snižovat kriminální chování, celkově stabilizovat závislého jedince a pokusit se zapojit jej opět do fungování většinové společnosti. Důkazem může být sledovaná kvalita života substituovaných pacientů, která je sice v porovnání s běžnou populací nižší, jak ukazuje srovnání ve výzkumu této práce, ale oproti uživatelům aktuálně závislým na nelegálních nealkoholových drogách je v mnoha životních oblastech „kvalitnější.“ Nadpoloviční většina pacientů ve zkoumaném vzorku například legálně pracuje a nelegální návykové látky užívá podstatně méně, i když většina pacientů užívá alkohol a benzodiazepiny.

V léčbě závislostí je kvalita života pokládána za dlouhodobý terapeutický cíl a proto se nabízí možnost využití výsledků jejího měření jako subjektivního ukazatele účinku určitého léčebného postupu. Měření kvality života může být využito k mapování a zhodnocení celé skupiny pacientů, a tím ke zjištění jejich reálných skupinových potřeb, a zároveň může být využito ke kvalitnějšímu přístupu k jednotlivci, k plánování terapeutických cílů v jednotlivých životních oblastech, subjektivně důležitých pro pacienta. Tento typ měření by se mohl stát běžnou součástí substituční léčby, kdy by například musel pacient vyplnit dotazník hodnotící kvalitu života při vstupu do léčebného programu a následně znovu po určitém časovém odstupu účasti v programu, aby byly k dispozici informace o posunu nebo případné stagnaci pacienta a dle toho pak individuálně voleny další léčebné postupy a intervence.

Jistou nevýhodou může být to, že dotazníky zaměřené na zjišťování kvality života jsou někdy až příliš dlouhé, komplikované a časově náročné pro použití v běžné klinické práci. Alternativou však může být využití strukturované osnovy těchto dotazníků při rozhovoru s pacientem.

Dovoluji si říct, že výzkum i celá práce poukázaly na některé charakteristiky, vzájemné vztahy i nedostatky, kterými by bylo možné se v klinické praxi dále a hlouběji zabývat.

Mým záměrem nebylo vytvořit převratný výzkum o kvalitě života substituovaných osob, ale obohatit oblast substituční léčby, vytvořit shrnující studii, která by mohla sloužit jak pracovníkům substitučních center i případným zájemcům o tuto problematiku, tak také odborným pracovníkům, kteří se touto terapeutickou modalitou zabývají na nejrůznějších úrovních. Shromážděná data mohou být použita jako podněty pro další diskuse na téma substituční léčby a jejího možného zkvalitňování.

Při psaní práce jsem si uvědomovala rozsáhlost dané problematiky, která mě „sváděla“ k odbíhání od tématu k širším souvislostem, doufám ale že, práce přesto splnila stanovené cíle a poskytla využitelné informace.

Seznam použité literatury

- Adameček, D., Richterová-Těmínová, M., Kalina, K. (2003): *Rezidenční léčba v terapeutických komunitách* in Kalina, K., a kol.: *Drogy a drogové závislosti 2, Mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. ISBN 80-86734-05-6.
- Bečková, I., Višňovský, P. (1999): *Farmakologie drogových závislostí*. Karolinum, Praha. ISBN 80-7184-864-6.
- Bluden in Dragomirecká, E., Škoda, C. (1997): *Kvalita života – vymezení, definice a historický vývoj pojmu v sociální psychiatrii*. Česká a slovenská psychiatrie 93 (2).
- De Ridder, M. (2002): *Heroin – od léku k droze*. Argo, Praha. ISBN 80-7203-441-3.
- Diener, E. (2000): *Subjective well-being - The science of happiness and a proposal for a national index*. American psychologist, vol. 55, no. 1.
- Disman, M. (2006): *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Karolinum, Praha. ISBN 80-246-0139-7.
- Doležalová, P. (2005): *Kvalita života drogově závislých v terapeutických komunitách* [online] [2008-05-03]. Dostupný z WWW: <<http://www.adiktologie.cz/publications/cz/182/600/Kvalita-zivota-drogove-zavislych-v-terapeutickyh-komunitach.html>>
- Dragomirecká, E., Bartoňová, J. (2006): *WHOQOL-100, BREF – Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Psychiatrické centrum Praha. ISBN 80-85121-82-4.
- Dragomirecká, E., Bartoňová, J., Motlová, L. a kol. (2006): *Příručka pro uživatele české verze dotazníku subjektivní kvality života SQUALA*. Psychiatrické centrum, Praha. ISBN 80-85121-82-4.
- Dragomirecká, E., Škoda, C. (1997): *Kvalita života – vymezení, definice a historický vývoj pojmu v sociální psychiatrii*. Česká a slovenská psychiatrie 93 (2).
- Džúrová, D. (2000) in Dragomirecká, E., Bartoňová, J., Motlová, L. a kol. (2006): *Příručka pro uživatele české verze dotazníku subjektivní kvality života SQUALA*. Psychiatrické centrum, Praha. ISBN 80-85121-82-4.
- Ferrans in Vaňurová, H., Mühlpachr, P. (2005): *Kvalita života – Teoretická a metodologická východiska*. Masarykova univerzita, Brno. ISBN 80-210-3754-7.

- Hampl, K. (1999): *Sborník tezí k základnímu metadonovému semináři konaného 13. – 19. září 1999 v Kamenných Žehrovicích*. Ministerstvo zdravotnictví, Praha.
- Hnilicová, H. (2005): *Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví* in Payne, J., a kol. (2005): *Kvalita života a zdraví*. Triton, Praha. ISBN 80-7254-657-0.
- Hornquist in Vaňurová, H., Mühlpachr, P. (2005): *Kvalita života – Teoretická a metodologická východiska*. Masarykova univerzita, Brno. ISBN 80-210-3754-7.
- Kalina, K. (2000): *Kvalita a účinnost v prevenci a léčbě drogových závislostí*. Edice drug forum, A.N.O. a o.s. Sananim, Praha.
- Kalina, K. (2003): *Denní stacionáře* in Kalina, K., a kol.: *Drogy a drogové závislosti 2, Mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. ISBN 80-86734-05-6.
- Kalina, K. (2003): *Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelům drog* in Kalina, K., a kol.: *Drogy a drogové závislosti 1, Mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. ISBN 80-86734-05-6.
- Kirby in Dragomirecká, E., Škoda, C. (1997): *Kvalita života – vymezení, definice a historický vývoj pojmu v sociální psychiatrii*. Česká a slovenská psychiatrie 93 (2).
- Koukola, B., Mareš, J. (2006): *Psychologie zdraví a kvalita života*. MSD, Brno. ISBN 80-86633-66-7.
- Krivohlavý, J. (2001): *Psychologická pojetí a způsoby zjišťování kvality života* [online] [2008-05-03]. Dostupný z WWW: <http://jaro.krivohlavy.cz/stare_stranky/clanky/c_kvalita.html>
- Křížová, E. (2005): *Kvalita života v kontextu všedního dne* in Payne, J., a kol. (2005): *Kvalita života a zdraví*. Triton, Praha. ISBN 80-7254-657-0.
- Křížová, E. (2005): *Sociologické podmínky kvality života* in Payne, J., a kol. (2005): *Kvalita života a zdraví*. Triton, Praha. ISBN 80-7254-657-0.
- Kuda, A. (2003): *Následná péče, doléčovací programy* in Kalina, K., a kol.: *Drogy a drogové závislosti 2, Mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. ISBN 80-86734-05-6.
- *Kvalita života – Sborník příspěvků z konference, konané dne 25.10. 2004 v Třeboni*. Institut zdravotní politiky a ekonomiky, Kostelec nad Černými lesy. ISBN 80-86625-20-6.

- Libigerová, Müllerová in Vaňurová, H., Mühlpachr, P. (2005): *Kvalita života – Teoretická a metodologická východiska*. Masarykova univerzita, Brno. ISBN 80-210-3754-7.
- Lowinson, J., H., Marion, I., J., Joseph, H., Dole, V., P.: *Udržovací léčba metadonem*. Interní materiály o.s. Sananim.
- *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů – 10. revize - abecední seznam* (2006). WHO-ÚZIS ČR. Grada, Praha. ISBN 80-7169-787-7.
- Minařík, J. (2003): *Opioidy a opiáty* in Kalina, K. a kol. (2003): *Drogy a drogové závislosti 1, Mezioborový přístup*. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6.
- Minařík, J. (2007): *Definice závislosti* [online] [2008-05-03]. Dostupný z WWW: <<http://www.drogy.net/portal/ilegalni-drogy/zavislost-4/definice-zavislosti.html>>
- Minařík, J. (2007): *Dělení drog* [online] [2008-05-03]. Dostupný z WWW: <http://www.drogy.net/portal/ilegalni-drogy/drogy-a-ucinky/obecne-informace/deleni-drog_2007_04_18.html>
- Minařík, J. *Drogy – základní informace* [online] [2008-05-03]. Dostupný z WWW: <<http://www.odrogach.cz/index.php?p=3&sess=&disp=texty&offset=115&list=115&shw=100001>>
- Možný, I. (2002): *Česká společnost – Nejdůležitější fakta o kvalitě našeho života*. Portál, Praha. ISBN 80-7178-624-1.
- Musschenga in Dragomirecká, E., Bartoňová, J. (2006): *WHOQOL-100, BREF – Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Psychiatrické centrum Praha. ISBN 80-85121-82-4.
- Nagpal in Dragomirecká, E., Škoda, C. (1997): *Kvalita života – vymezení, definice a historický vývoj pojmu v sociální psychiatrii*. Česká a slovenská psychiatrie 93 (2).
- Popov, P. (2003): *Programy metadonové a jiné substituce* in Kalina, K., a kol.: *Drogy a drogové závislosti 2, Mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. ISBN 80-86734-05-6.
- Preston, A. (1999): *Drogy na předpis II. – vše o metadonu*. Votobia, Olomouc. ISBN 80-7198-383-7.

- *Principy prevence infekce HIV mezi uživateli drog* (1999). WHO, Rada Evropy. Ministerstvo zdravotnictví, Praha.
- Randák, D. (2005): *Substituční léčba subutexem – výzkum charakteristiky a kvality života uživatelů substituční léčby Subutexem*. Atestační práce.
- Reisinger, M. (1997): *Clinical background of buprenorphine – Research and clinical forums*, vol. 19, no. 2. Wells medical ltd., England.
- Rhodes, T. (1999): *Terénní práce s uživateli drog – zásady a praxe*. Albert, Praha. ISBN 80-85834-71-5.
- Ross, C., E., Van Willigen, M. (1997): *Education and subjective quality of life*. Journal of health and social behavior 38.
- *Situace ve věcech drog v České republice v roce 2006. Souhrn výroční zprávy*. Zaostřeno na drogy 5/2007. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. ISSN 1214-1089.
- Skantze, K. in Dragomirecká, E., Škoda, C. (1997): *Kvalita života – vymezení, definice a historický vývoj pojmu v sociální psychiatrii*. Česká a slovenská psychiatrie 93 (2).
- Skevington, S., M., Lofty, M., O'Connell, K., A. (2004): *The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment, Psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL Group*. Qual Life Res 13.
- *Subutex – buprenorfin, bezpečná a účinná substituční léčba závislosti na opioidech* (2000). Monografie produktu, Schering-Plough Central East AG.
- Vaďurová, H., Mühlpachr, P. (2005): *Kvalita života – Teoretická a metodologická východiska*. Masarykova univerzita, Brno. ISBN 80-210-3754-7.
- Veehoven, R. (2000): *The four quality of life – ordering concepts and measures of the good life* in Dragomirecká, E., Bartoňová, J. (2006): *WHOQOL-100, BREF – Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Psychiatrické centrum Praha. ISBN 80-85121-82-4.
- Verster, A., Buning, E. (2003): *Informace pro tvůrce drogové politiky o účinnosti substituční léčby závislosti na opiátech*. EuroMethwork, Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-15-3.
- Verster, A., Buning, E. (2007): *Buprenorfin – rozbor kritických otázek*. Úřad vlády České republiky. ISBN 978-80-87041-11-6.
- Vokurka, M., Hugo, J. (2007): *Velký lékařský slovník*. Maxdorf, Praha. ISBN 80-7345-130-1.

- *Výroční zpráva ČR za rok 2006 – Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog.* Hygienická stanice hl. města Prahy (2007). ISBN 978-80-239-9163-5.
- *Výroční zpráva Drop-in o.p.s. za rok 2005.* Drop-in o.p.s., Praha (2005).
- *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2003.* Úřad vlády České republiky. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. ISBN 80-86734-25-0.
- *Výroční zpráva o.s. Sananim za rok 2006.* O.s. Sananim, Praha (2007).
- *Výroční zpráva za rok 2006 – Stav drogové problematiky v Evropě.* Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (2007). ISBN 92-9168-254-3.
- WHO (1999): *Principy prevence infekce HIV mezi uživateli drog.* Ministerstvo zdravotnictví ČR.
- WHOQOL Group (1998): *The World Health Organization Quality of Life Assessment, WHOQOL. Development and general psychometric properties.* Soc Sci Med 46 (12).
- Zábranský, T. (2003): *Role substituce v léčbě závislosti na drogách - situace v České republice.* Zaostřeno na drogy 2/2003. ISSN 1214-1089.
- Zannotti, M. in Vaňurová, H., Mühlpachr, P. (2005): *Kvalita života – Teoretická a metodologická východiska.* Masarykova univerzita, Brno. ISBN 80-210-3754-7.
- Zuda, T. (2006): *Heroin a opiáty* [online] [2008-05-03]. Dostupný z WWW: <http://www.drogy.net/portal/illegalni-drogy/drogy-a-historie/heroin-a-opiaty_2006_01_05.html>

Internetové zdroje

- Drogový informační server (2007): *V ČR se zvýšila dostupnost léčby závislosti na opiátech* [online] [2008-05-03]. Dostupný z WWW: <http://www.drogy.net/clanek/v-cr-se-zvysila-dostupnost-lecby-zavislosti-na-opiatech_2007_04_10.html>
- Drogová poradna o.s. Sananim. *Hepatitidy* [online] [2008-05-03]. Dostupný z WWW: <<http://www.drogovaporadna.cz/rubrika.php?rubrika=31>>
- Drogová poradna o.s. Sananim. *Opiáty* [online] [2008-05-03]. Dostupný z WWW: <<http://www.drogovaporadna.cz/rubrika.php?rubrika=4>>

- Drogová poradna o.s. Sananim. *Substituční léčba* [online] [2008-05-03]. Dostupný z WWW: <<http://www.drogovaporadna.cz/rubrika.php?rubrika=49>>
- Drogová poradna o.s. Sananim. *Subutex (buprenorfin)* [online] [2008-05-03]. Dostupný z WWW: <<http://www.drogovaporadna.cz/rubrika.php?rubrika=58>>
- Drop-in o.p.s. [online] [2008-05-03]. Dostupný z WWW: <<http://www.dropin.cz/metadonovasubstitute.shtml>>
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. *Opioid use and drug injection* [online] [2008-05-03]. Dostupný z WWW: <<http://www.emcdda.europa.eu/publications/online/ar2007/en/opioids>>
- Informační portál o ilegálních a legálních drogách (2003): *Opiáty a substituční léčba* [online] [2008-05-03]. Dostupný z WWW: <http://www.drogy-info.cz/index.php/info/ilegalni_drogy/opiaty/opiaty_a_substitucni_lecba>
- Informační portál o ilegálních a legálních drogách (2003): *Substituční léčba v ČR – historie* [online] [2008-05-03]. Dostupný z WWW: <http://www.drogy-info.cz/index.php/pomoc_a_podpora/substitucni_lecba/substitucni_lecba_v_cr_stav_k_5_srpnu_2002>
- Občanské sdružení Prev-centrum [online] [2008-05-03]. Dostupný z WWW: <<http://www.prevcentrum.cz/cz/cpmr/>>
- Občanské sdružení Sananim [online] [2008-05-03]. Dostupný z WWW: <<http://www.sananim.cz/zarizeni-24-Specializovane-ambulantni-sluzby-CADAS/info.html>>
- Proqolid (2001-2008) [online] [2008-05-03]. Dostupný z WWW: <<http://www.proqolid.com>>
- Wikipedie – otevřená encyklopedie. *Heroin* [online] [2008-05-03]. Dostupný z WWW: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Heroin>>
- World Health Organization. *Abuse treatment* [online] [2008-05-03]. Dostupný z WWW: <http://www.who.int/substance_abuse/publications/treatment/en/>

Seznam příloh

Příloha č. 1: Dotazník WHOQOL-BREF

Příloha č. 2: Dotazník zjišťující další údaje

RESUMÉ

Název diplomové práce: Kvalita života pacientů v substituční léčbě

Jméno a příjmení: Miroslava Kalužiková

Studijní obor: Sociální práce

Vedoucí diplomové práce: Doc. PhDr. Oldřich Matoušek

Oponent diplomové práce: Mgr. Blanka Petrošová

Klíčová slova: drogová závislost – kvalita života – substituční léčba – opiáty – metadon – buprenorfin – pacient.

Drogová závislost opiátového typu představuje již delší dobu společenský problém v mnoha světových zemích. Závislost na návykových látkách je obtížně léčitelná, ale existují prověřené způsoby jak zmírnit její negativní společenské dopady i dopady na jednotlivce, a to především v oblasti zdravotní a sociální. V České republice funguje komplexní systém léčby osob závislých na tlumivých látkách. Jedním článkem v tomto systému je také substituční léčba, která zaznamenává pozitivní výsledky v celkové stabilizaci uživatelů heroinu. Slibuje zlepšení kvality života u léčených pacientů oproti lidem, kteří aktuálně zneužívají opiáty. Cílem diplomové práce bylo vedle podání shrnujících informací o problematice substituční léčby také popsání některých základních charakteristik substituovaných pacientů užívajících metadon nebo buprenorfin a zhodnocení jejich subjektivního vnímání kvality života.

Po představení základních pojmů spojených s drogovou závislostí, systémem její léčby a podrobným popisem substituční léčby, jejích cílů i nedostatků, následuje kvantitativní výzkum realizovaný pomocí standardizované verze dotazníku WHO. Tento výzkum popisuje kvalitu života vzorku pacientů ve čtyřech pražských substitučních programech, zkoumá vliv vybraných proměnných na kvalitu života pacientů a srovnává dosažené hodnoty se vzorkem obecné pražské populace a také skupinu pacientů substituovanou metadonem či buprenorfinem. Při vyhodnocování dat jsem postupovala dle příručky pro uživatele dotazníků WHO a pro zjištění vzájemných souvislostí jsem použila metodu vztahové analýzy.

Výsledky ukázaly, že mezi pacienty, kteří užívají metadon nebo buprenorfin není zásadní rozdíl v hodnocení kvality života. Naopak statisticky významné rozdíly se ukázaly v hodnocení kvality života a zdraví mezi muži a ženami. Na hodnocení kvality života má negativní vliv delší užívání heroinu, užívání dalších návykových látek a duševní a infekční onemocnění. Tyto výsledky poukazují na potřebu zaměřit se na změny některých léčebných intervencí, jako nutnou vidím potřebu zařazení psychosociální péče mezi poskytované služby a pravidelnou práci s pacientem. Substituční léčba dokáže za určitých podmínek zapojit jedince opět do fungování většinové společnosti. Důkazem může být sledovaná kvalita života substituovaných pacientů, která je sice v porovnání s běžnou populací nižší, jak ukazuje srovnání, ale oproti uživatelům aktuálně závislým na nelegálních drogách je v mnoha životních oblastech „kvalitnější.“ Nadpoloviční většina pacientů ve zkoumaném vzorku například legálně pracuje a nelegální návykové látky užívá podstatně méně. V léčbě závislostí je kvalita života pokládána za dlouhodobý terapeutický cíl, proto by mohlo být její měření využíváno jako prostředek ke zjišťování potřeb a posuzování stavu jedinců i skupin, a tak ke kvalitnějšímu poskytování substituční léčby.

RESUMÉ

Thesis subject: Quality of life in patients in substitution treatment.

Name: Miroslava Kalužíková

Major: Social-work

Thesis coach: Doc. PhDr. Oldřich Matoušek

Thesis opponent: Mgr. Blanka Petrošová

Key words: drug addiction – quality of life - substitution treatment – opiates – methadon – buprenorphine – patient.

The opiate type of drug addiction represent a social problem in many world countries for a long time. Dependence on drugs is hardly curable but today exist time-proved ways how to reduce its negative social incidences (impact) and incidences on each person, namely first in health and social field. There is a complex system of treatment for opiate addicted people in the Czech republic. One of the links in this system is substitution treatment, which register positive results of general stabilization of heroin users. The substitution treatment promises better standard of living to a patients in substitution than usually addicted people on opiates. The poin of this thesis is in one way a collection of facts about problems around substitution and also a discription of some basic characteristics of patients using methadon or buprenorphine and summary of their own subjective perception of quality of live (QOL).

After an introduction of basic conception connected to the drug-addiction, system of the treatment and particular description of substitution treatment, its points and its faults, comes quantitativ research, which where realized with an standartised version of question-form by WHO. This research describes QOL in a sample of patients from four Prague's substitution programmes, it research impresion from sampled variables to QOL and compare rates with the sample of common population and also the group of substituted patients by methadon or buprenorphine. I did the scores of datas by the manual for users of question-form WHO and for detection of relative connections I used an technique of relation analysis.

The summary shows, that there is no difference of QOL between pations on methadon or buprenorphine. But on the other side, there is an important statistic differences of ratings of QOL between men and women. Negative influence in QOL is longer addiction on heroin, using another habit forming substance and psychic or infection disease. This results adverts to a need of arrangement to concentrate on changing some treatments, I see very important work in psychological care and individual regular work with a client like an according service. The substitution may cause a human with specific conditions against to a „normal“ society. There should be an evidence of QOL of watched substituted patients. The evidence should be watched QOL of substituted patients, which is lower compared to a common population, but against illegal drug users is in many times higher. More than half of patients from the sample has for example legal job and they are using less of illegal drugs. The QOL is long-term terapeutical intention in treatment of dependance. Thats why it could be used like an instrument for detection of needs and clinical-rates of subject and groups, and also to offer a higher quality of substitution treatment.

