

Univerzita Karlova v Praze
Evangelická teologická fakulta



**Kvalita života pacientů po řádném ukončení
substituční léčby metadonem v Centru substituční
léčby Apolinář**

Bakalářská práce

Autor: Andrea Sudíková, DiS.

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Hubertová

Katedra sociální pedagogiky

Obor: pastorační a sociální práce

Studijní program: B7508 – sociální práce

Praha 2010

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci s názvem Kvalita života pacientů po řádném ukončení substituční léčby metadonem v Centru substituční léčby Apolinář vypracovala samostatně a veškeré použité prameny jsem uvedla a citovala.

Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna veřejnosti ke studijním účelům.

V Praze dne 14. června 2010

Andrea Sudíková

.....

BIBLIOGRAFICKÝ ZÁZNAM:

Sudíková, Andrea. *Kvalita života pacientů po řádném ukončení substituční léčby metadonem v Centru substituční léčby Apolinář*, Praha: Univerzita Karlova, Evangelická teologická fakulta. Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Lucie Hubertová. 2010

ABSTRAKT:

Cíl práce: Zmapování kvality života pacientů, kteří řádně ukončili substituční léčbu metadonem v Centru substituční léčby Apolinář při Oddělení pro léčbu závislostí Všeobecné fakultní nemocnice v Praze.

Téma práce bylo zvoleno na základě zjištění naprosté absence výzkumů na téma kvality života u pacientů, kteří řádně ukončili metadonovou substituci v České republice. V teoretické práci je popsána substituční léčba a pojem kvality života. Praktická část se věnuje analýze získaných dat v kvalitativním výzkumu pomocí rozhovorů.

Metody: Pro výběr souboru byl použit seznam pacientů z dostupné databáze Centra substituční léčby Apolinář. Kritérii bylo řádné ukončení léčby, uplynutí doby minimálně jednoho roku od jejího ukončení a také fakt, že pacient není aktuálně v substituční léčbě. Bývalí pacienti byli telefonicky osloveni na základě dostupných kontaktních údajů ve zdravotní dokumentaci a s využitím metody sněhové koule. S těmi, které se nakontaktovat podařilo, jsem získávala data v osobních rozhovorech s vlastní strukturou, která byla inspirována oblastmi života ze standardizovaných dotazníků WHOQOL a SQUALA.

Konečný výzkumný soubor tvořilo 9 respondentů (3 muži a 6 žen).

Výsledky: Kvalita života respondentů se ukázala jako dobrá. Ve velké míře nacházejí adekvátní uplatnění v životě a jen v jednom případě byla projevena životní nespokojenost. V oblasti tělesného zdraví neměli respondenti subjektivně výrazné potíže, ale v oblasti duševního zdraví se prokázal vyšší podíl výkyvů nálad a ambivalentních postojů k sobě samým. Respondenti si ve většině případů uměli uspořádat volný čas, projevovali spokojenost s bydlením i se svými sociálními vztahy. Nikdo po léčbě neužil opiát a u žádného se neprokázalo rizikové užívání alkoholu.

Klíčová slova: substituční léčba, metadon, kvalita života

ABSTRACT:

Aim of the Bachelor thesis:

To map the quality of life of patients who successfully completed methadone maintenance treatment program in Apolinar methadone maintenance treatment center.

The topic of this thesis was chosen because so far there has been no research work concerning the quality of life of patients who successfully completed a methadone maintenance treatment program in the Czech Republic. The theoretical part of this thesis describes the principles of substitution therapy and the term quality of life. The aim of the second part is to analyze data which were gained from interviews with the qualitative research method.

Methods: List of patients suitable for this study was drawn up from the database of Apolinar methadone maintenance treatment center. The criteria were: the successful completion of substitution therapy at least one year ago, and the fact that the patient is not currently undergoing substitution therapy. Using this database along with the 'snowball' method former patients were found and those who agreed with the taking part in the research were interviewed according to the standardized questionnaires of WHOQOL and SQUALA.

The final group counted 9 respondents (3 men and 6 women).

Results: The results showed that the respondents' QOL is good. Most respondents have found adequate position in life and are able to arrange for the good living conditions. Only one respondent spoke about dissatisfaction of life. Their physical health was without substantial difficulties, but their psychological health was subject to greater share of mood swings and ambivalent attitude to himself/herself. Most respondents were able to fill their free time with meaningful activities. They were satisfied with their housing and with their social relationships. None of them took opiates after the completion of methadone maintenance treatment and also none of them showed risk drinking of alcohol.

Key words: methadone maintenance treatment, quality of life

Poděkování

Děkuji vedoucí své práce Mgr. Lucii Hubertové za trpělivý a vstřícný přístup, MUDr. Janu Bečkovi za čas, ochotu a cenné připomínky, prim. MUDr. Petru Popovovi za poskytnutý prostor pro výzkum, MUDr. Dušanovi Randákovi za odbornou konzultaci, Ing. Janu Smolíkovi za nepostradatelnou technickou podporu a Mgr. Lence Šťastné z Centra Adiktologie za vstřícnost a pomoc při orientaci v tématu kvality života. A také kolegyním z Centra substituční léčby i rodině za podporu a trpělivost.

OBSAH

ÚVOD.....	8
1. METADONOVÁ SUBSTITUČNÍ LÉČBA.....	9
1. 1 Závislost na opiátech – definice a charakteristika	9
1. 2 Poruchy způsobené užíváním opioidů	10
1. 2. 1 Psychické/behaviorální	10
1. 2. 2 Somatické.....	10
1. 2. 2. 1 Akutní somatické	10
1. 2. 2. 2 Chronické somatické.....	11
1. 3. Léčba závislosti na opiátech	11
1. 3. 1 Definice opiátové substituční léčby	12
1. 3. 2 Substituční látka užívaná k substituční léčbě závislosti na opiátech.....	12
1. 3. 3 Cíle substituční léčby.....	13
1. 3. 4 Základní principy substituce.....	13
1. 3. 5. Typy substituční léčby	14
1. 3. 6 Délka substituční léčby	15
1. 3. 7 Indikace k substituční léčbě	15
1. 3. 7. 1 Kontraindikace substituční léčby.....	16
1. 3. 7. 2 Vstupní vyšetření	16
1. 3. 8 Terapie	17
1. 3. 8. 1 Nastavení optimální dávky substituční látky	17
1. 3. 8. 2 Nefarmakologické složky substituční léčby	18
1. 3. 8. 3 Průběžné hodnocení pacienta.....	18
1. 3. 9 Zneužívání substituce	18
1. 4 Něco z historie metadonové substituce.....	19
1. 5 Substituce opiátů v ČR	19
1. 6 Centrum substituční léčby Apolinář	21
1. 6. 1 Personální zajištění	22
1. 6. 2 Kapacita	22
1. 6. 3 Průběh léčby v Centru substituční léčby Apolinář	22
2. KVALITA ŽIVOTA.....	25
2. 1 Definice a vymezení pojmu kvality života	25
2. 1. 1 Well – being.....	26

2. 2 Oblasti kvality života	27
2. 3 Nástroje k měření QOL.....	28
2. 3. 1 Dotazník SQUALA.....	28
2. 3. 2. Dotazník WHOQOL	29
2. 4 Kvalita života uživatelů návykových látek.....	30
2. 4. 1 Kvalita života uživatelů substituce	30
3. VÝZKUM.....	31
3. 1 Úvod.....	31
3. 2 Cíl práce.....	31
3. 3 Výzkumné předpoklady	31
3. 4 Realizace práce	32
3. 4. 1 Harmonogram výzkumu	32
3. 4. 2 Charakteristika souboru	32
3. 4. 3 Metodika výzkumu	34
3. 4. 3. 1 Získávání kontaktů.....	34
3. 4. 3. 2 Kontaktování.....	35
3. 4. 3. 3 Struktura oblastí QOL pro rozhovory.....	35
3. 4. 3. 4 Realizace rozhovorů	36
3. 4. 3. 5 Zpracování rozhovorů.....	37
3. 4. 4 Výsledky výzkumu	38
3. 4. 4. 1 Uplatnění v životě.....	38
3. 4. 4. 2 Zdraví.....	40
3. 4. 4. 3 Trávení volného času	42
3. 4. 4. 4 Vztahy	44
3. 4. 4. 5 Prostředí pro život.....	45
3. 4. 4. 6 Míra abstinence.....	45
3. 4. 4. 7 Životní spokojenost.....	49
4. DISKUSE.....	50
ZÁVĚR	53
SEZNAM TABULEK:	54
LITERATURA A INTERNETOVÉ ZDROJE:.....	55
SEZNAM PŘÍLOH.....	58

ÚVOD

Tato práce má ambici podívat se zblízka na životy těch, kteří v Centru substituční léčby Apolinář ukončili substituční léčbu metadonem se záměrem budoucí abstinence od opiátů. Chtěla jsem zjistit, jak se jim původní záměr podařilo naplnit a jak se svým dalším životem naložili. Nejbližším termínem mému výzkumnému cíli byla kvalita života.

Práce proto nastiňuje problematiku závislosti na opiátech a pro ni specifickou substituční léčbu, její průběh a možnosti. Představuji v ní první zařízení, kde se substituční léčba metadonem v ČR směla provádět a kde výzkum probíhal.

Pojem kvality života a nástroje k jejímu měření jsou v této práci popsány jen stručně, protože kvalita života zde byla spíše termínem pomocným, nejbližším zkoumanému jevu a má jistou vypovídací hodnotu i o úspěšnosti léčby, na kterou bych ráda touto prací poukázala, neb substituční léčba je i odbornou veřejností přijímána stále se značnými výhradami.

Následuje samotný výzkum dostupného souboru bývalých pacientů, kteří v rozhovorech sami hodnotili kvalitu svých aktuálních životů.

1. METADONOVÁ SUBSTITUČNÍ LÉČBA

Z poslední Výroční zprávy Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti vyplývá, že v r. 2008 bylo v ČR podle odhadů asi 11 300 problémových uživatelů opiátů (z toho 6 400 uživatelů heroinu, 4 900 uživatelů substituční látky z „černého trhu“), v roce 2007 to bylo 10 000. Trend v užívání opiátů má tedy narůstající tendenci, což se ale týká i ostatních drog.¹

V tomto ohledu nejsme ale žádnou výjimkou, protože i ve zprávě EMCDDA (The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) byl publikován odhad za r. 2007, že v EU a Norsku bylo 1,2 až 1,5 milionu problémových uživatelů opioidů, ve většině případů heroinu a i tam byl konstatován oproti předchozím obdobím jejich nárůst.²

1. 1 Závislost na opiátech – definice a charakteristika

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 10) patří závislost na opioidech do kategorie – Psychické a duševní poruchy, diagnóza F 11: Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním opioidů. Hlavními diagnózami pro zvažení indikace substituční léčby jsou: škodlivé užívání (F11.1) a syndrom závislosti (F11.2).

F11.1 Škodlivé užívání: způsob užívání psychoaktivní látky, která poškozuje zdraví. Poškození může být somatické nebo duševní.

F11.2 Syndrom závislosti: seskupení behaviorálních, kognitivních a patofyziologických 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.

Za zmínku stojí i následující diagnózy:

F11.22: V současnosti abstinuje v klinicky kontrolovaném udržovacím nebo náhražkovém režimu (např. s metadonem nebo buprenorfinem).

¹ Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v r. 2008 (2009), s. 24

² www.emcdda.europa.eu/situation/opioids/3

F11.3: Skupina příznaků různého seskupení a stupně závažnosti, které se vyskytují po úplném nebo částečném odnětí látky, následující po trvalém užívání této látky. Začátek a průběh jsou časově limitovány a souvisejí s typem látky a dávkou, která byla užívána bezprostředně před vysazením nebo redukcí užívání. Odvykací stav může být komplikován křečemi nebo deliriem.³

1. 2 Poruchy způsobené užíváním opioidů

1. 2. 1 Psychické/behaviorální

- Užívání ve velkých dávkách a/nebo po delší než původně zamýšlené období.
- Narůstající podíl času, věnovaný obstarávání prostředků, nutných pro získání návykových látek.
- Neschopnost plnit domácí, školní či pracovní povinnosti.
- Omezené sociální, profesionální či rekreační aktivity.
- Přetrvávající touha a/nebo neúspěšné pokusy o ukončení užívání.
- Pokračující užívání navzdory potížím v jiných oblastech života.
- Zvyšující se tolerance, podmiňující potřebu vyšších dávek k dosažení téhož účinku.
- Charakteristické odvykací příznaky (*craving, bolesti svalů a kloubů, sekrece z nosu nebo kýchání, slzení, průjem, nauzea či zvracení, rozšířené zornice a další*).
- Potíže se zahájením resp. udržením abstinence⁴

1. 2. 2 Somatické

1. 2. 2. 1 Akutní somatické

Akutním poškozením z užití opioidů může být intoxikace, charakterizovaná obecným útlumem, nevolností a zvracením, zúženými (někdy paradoxně rozšířenými – při těžkém stupni otravy) zornicemi, snížením srdeční frekvence, tlaku a tělesné teploty a při doteku studenou, lepkavou a namodralou kůží. Stav může vyústit v útlum

³ Smolík, *Duševní a behaviorální poruchy* (1996), s. 116 - 121

⁴ *Standardy substituční léčby*, Věstník MZ ČR (2007), s. 29

dýchání, plicní edém, křeče, zástavu dechu a smrt. Nízké dávky opioidů snižují zejména dechovou frekvenci, vyšší dávky snižují i dechový objem.⁵

1. 2. 2. 2 Chronické somatické

K chronickým somatickým poruchám, které jsou řazeny mezi vratné, protože ustupují bezprostředně nebo krátce po vysazení opioidů, se řadí zejména chronická zácpa, soubor histaminových příznaků (svědění, pocení, zarudnutí, pocit horka), zhoršená pasáž moči, útlum kašlacího reflexu a zúžení zornic. Prokázán byl rovněž negativní vliv opioidů na imunitní systém.

Nejčastější příčiny nevratných chronických somatických poškození jsou následující:

1) *příměsí k účinné látce*: mohou zahrnovat široké spektrum látek farmakologického původu (paralen, soda bicarbonata) nebo jiné povahy (cukr, prací prášky);

2) *způsob aplikace zneužívané látky*

- nejčastěji *injekční*: zdravotní poškození zahrnují přenos infekčních nemocí, zejména přenosných krví (HIV, žloutenka typu C), akutní poškození cévního systému (zánět žil, trombóza), související defekty kůže a poruchy oběhového systému včetně embolií všech typů

– *vdechováním zplodin a výparů* (z opioidů, obvykle heroinu v cigaretách nebo žhaveného na hliníkových fóliích apod.) a *šňupáním* (poškozuje nosní sliznici a přepážku);

3) *socioekonomické životní podmínky zneužívatele návykových látek*: zahrnuje především ohrožení, vyplývající ze zhoršeného (frekvencí i kvalitou) stravovacího režimu, špatného dodržování základní hygieny atd.⁶

1. 3. Léčba závislosti na opiátech

Léčba opiátových závislostí se ubírá dvěma hlavními směry. První řadíme mezi abstinенčně orientované způsoby léčby, tzn. že pacient je veden a podporován v důsledné abstinenci od návykových látek (často s výjimkou tabáku, někde i

⁵ *Standardy substituční léčby*, Věstník MZ ČR (2007), s. 29

⁶ *Standardy substituční léčby*, Věstník MZ ČR (2007), s. 29

alkoholu), obvykle po detoxifikaci od opiátů (terapeutické komunity, rezidenční léčby). Druhým směrem je léčba substituční pomocí substituční látky.

1. 3. 1 Definice opiátové substituční léčby

„Substituční léčba je standardním léčebným postupem určeným pacientům, kteří nejsou objektivně a/nebo subjektivně schopni podstoupit léčbu bez použití agonistů opiátových receptorů. Jedná se o časově předem neomezenou udržovací terapii, která odkládá splnění konečného cíle, tj. abstinence bez užívání substituční látky, na dobu, kdy ji bude pacient objektivně i subjektivně schopen podstoupit. Do té doby chce udržet a zlepšit pacientův somatický a psychický stav. Nástrojem této léčby je poskytování substituční látky, a to v množstvích, která efektivně potlačují pacientovy odvykací příznaky a umožňují všestranně zlepšit kvalitu jeho života.“⁷

K předchozímu Popov dodává, že pro některé klienty může být konečným cílem samotná, kvalitně prováděná udržovací substituční terapie (např. pacienti s AIDS), podstatně zlepšující kvalitu jejich života.⁸

Popov nabízí i následující definici: „Substituce je terapeutický postup, při kterém je původně užívaná návyková látka (ilegálního původu, účinkující krátkodobě, obsahující někdy toxické příměsi, často s neznámou koncentrací a aplikovaná velmi často rizikovým způsobem, tj. intravenózně, nesterilně) nahrazena látkou – lékem – s výhodnějším bezpečnostním profilem (tj. se známou koncentrací, bez toxických příměsí, s delším účinkem v organismu, užívanou většinou perorálně a podávanou, resp. předepisovanou lékařem podle příslušných předpisů o léčbě v souladu se zákonem o zacházení s omamnými a psychotropními látkami)“.⁹

1. 3. 2 Substituční látky užívané k substituční léčbě závislosti na opiátech

V České republice se substituční léčba provádí pouze perorální a sublingvální formou a to dvěma schválenými látkami – metadonem a buprenorfinem. Metadon hydrochlorid (4,4-diphenyl-6-dimethyl amino-3 heptanon-hydrochlorid) je syntetický opiát, přibližně 2x silnější než morfin, s delšími účinky, umožňujícími pokrýt potřebu

⁷ *Standardy substituční léčby*, Věstník MZ ČR (2007), s. 29-30

⁸ Popov, *Farmakoterapie poruch vyvolaných účinkem návykových látek a substituční léčba*. V Kalina a kol. (Ed.), *Základy klinická adiktologie* (2008), s. 154

⁹ Popov, *Programy metadonové substituce*. V Kalina a kol. (Ed.), *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup* (2003), s. 221

jedinou denní dávkou. Uvádí se, že účinek při orálním požití trvá po dobu 24-36 hodin. Je připravován ve formě vodného roztoku (1ml roztoku = 5 mg. účinné látky) a může být poskytován jen ve speciálních metadonových centrech. Buprenorfin je na trhu v tabletách pod obchodním názvem Subutex a Suboxone (v kombinaci s naloxonem) a jejich předepisování je umožněno všem lékařům na zvláštních tzv. „opiátových“ receptech. Jiné látky nejsou v České republice pro opiátovou substituci schváleny. Kombinace metadonu s buprenorfinem obvykle vyvolá odvykací stav, případně zhorší stávající abstinenční příznaky.¹⁰

1. 3. 3 Cíle substituční léčby

- udržení nebo zlepšení psychického a somatického stavu
- ukončení rizikových způsobů aplikace návykových látek (nejčastěji injekční aplikace nesterilním náčiním)
- omezení nebo ukončení užívání ilegálních návykových látek
- omezení nebo ukončení rizikového chování při užívání návykových látek
- omezení nebo ukončení kriminálního chování
- zlepšení sociálních vztahů
- udržení nebo znovuzískání zaměstnání, příp. pokračování ve studiu nebo jeho zahájení¹¹

1. 3. 4 Základní principy substituce

Podstatou substituce není jen už zmíněná náhrada užívané ilegální drogy - viz 1.3.1, ale důležitou součástí substituční léčby je i fakt, že potlačuje dva zásadní projevy závislosti, které za jiných okolností vedou závislé k opětovnému užití drogy a to abstinence syndrom (odvykací stav, „absták“) a pocit puzení k opětovnému užití drogy (craving, „chutě“).

¹⁰ *Standardy substituční léčby*, Věstník MZ ČR (2007), s. 27

¹¹ *Standardy substituční léčby*, Věstník MZ ČR (2007), s. 30

1. 3. 5. Typy substituční léčby

Substituční terapie závislosti na opioidech je zajištěna sítí léčebných a kontaktních zařízení, které úzce spolupracují se specializovanými pracovišti pro substituční léčbu. Odborným garantem je lékař s atestací v oboru návykových nemocí anebo lékař s atestací z psychiatrie a absolvovaným výcvikem v substituční terapii. Nutná laboratorní vyšetření se provádějí ve specializovaných laboratořích (biochemických, toxikologických, mikrobiologických apod.), odpovídajících standardům příslušné odborné společnosti. Pro specializovaná vyšetření je možné vyžádat si konzilia příslušných specialistů.¹²

Způsoby poskytování substituční léčby dělíme do následujících typů:

Základní substituční léčba je nejčastější formou substituční léčby, poskytovaná obvykle v ambulancích všeobecných lékařů, příp. jiných specializací a znamená předepisování nebo podávání substituční látky pod dozorem, doplněné především adekvátní somatickou léčbou a sociálním poradenstvím, které je zajištěno externě.

Je zároveň nejnižším možným standardem pro poskytování substituční léčby ve výkonu vazby nebo trestu odnětí svobody.

Rozšířená substituční léčba je předepisování nebo podávání substituční látky pod dozorem, doplněné zejména adekvátní somatickou léčbou, psychoterapií a sociálním poradenstvím, které v případě interní nedostupnosti může být zajištěno externě. Tento typ léčby je poskytován pod supervizí specializovaného pracoviště pro substituční léčbu.

Komplexní substituční léčba obnáší poskytování (podávání pod dozorem, vydávání a/nebo předepisování) substituční látky a předpokládá specializované zařízení s plným spektrem služeb „Základní substituční léčby“, které je rozšířeno o nabídku dalších služeb jako je terapie somatických a psychických poruch, skupinová psychoterapie, rodinná terapie, pracovní terapie, následná péče, vzdělávání o aspektech užívání návykových látek, osobní a pracovní poradenství, ústavní/rehabilitační pobyty.

Minimální substituční léčba se omezuje na poskytování (podávání pod dozorem nebo předepisování) substituční látky bez další terapie nebo poradenství. Tato

¹² *Standardy substituční léčby*, Věstník MZ ČR (2007), s. 30

forma substituční léčby je výjimečná, indikovaná především v emergentních stavech.¹³

1. 3. 6 Délka substituční léčby

Z obecné povahy závislosti vyplývá, že substituční léčba účinkuje žádoucím způsobem tehdy, je-li dlouhodobá. Jedině tak pacientům umožní realizovat ve svém životě žádoucí změny. Metadon je netoxický i při mnohaletém podávání. Zkušenost ukazuje, že substituční léčba je nejefektivnější, není-li ze strany poskytovatele časově omezena a event. rozhodnutí o jejím ukončení je ponecháno na pacientovi. Představa, že se nebude chtít „sám“ své „legalizované drogy“ nikdy vzdát, je mýtem. Podle dlouhodobých průzkumů Centra substituční léčby Apolinář má představu trvalé abstinence v brzké či vzdálené budoucnosti 80 - 90% substituovaných.¹⁴

1. 3. 7 Indikace k substituční léčbě

Pacient, kterému bylo minimálně 16 let, s prokázanou závislostí na opioidech, vč. somatického syndromu z odnětí při vysazení či redukcí dávky opiátu, je jednoznačně indikován pro zařazení do substituční léčby. V potaz je brán nejen jeho somatický a psychický stav, ale i reálná motivace k léčbě. Diagnostika i indikace k léčbě je kompetencí lékaře s náležitou kvalifikací – viz 1.3.5. Lékař, který bude substituční léčbu pacientovi poskytovat je povinnen před zahájením léčby zadat jeho osobní údaje do Národního registru lékařsky indikovaných substitučních látek a zároveň tak ověřit, že pacientovi není poskytována substituční terapie už jinde. Tato povinnost je uložena zákonem č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami ve znění pozdějších předpisů, v zájmu zabránění vícečetné preskripce a tedy ochrany pacienta a prevence průniku substituční látky na černý trh.

V případech těhotenství, HIV pozitivitu anebo virové hepatitidy se zvažuje přednostní zařazení do substituční léčby.¹⁵

¹³ *Standardy substituční léčby*, Věstník MZ ČR (2007), s. 30-31

¹⁴ Bečka, *AT konference 2008*

¹⁵ *Standardy substituční léčby*, Věstník MZ ČR (2007), s. 31

1. 3. 7. 1 Kontraindikace substituční léčby

Mezi závažné kontraindikace tohoto typu léčby patří především akutní intoxikace alkoholem nebo jinou tlumivou látkou. Ke zvážení indikace substituční léčby je třeba přistoupit v následujících případech, které jsou považovány za kontraindikace relativní:

- převažující závislosti jiného než opioidového typu (je vhodný jiný typ léčby)
- závislosti na alkoholu nebo jiných tlumivých látkách (jejich kombinace se substituční látkou může být nebezpečná)
- zneužívání substitučního programu v anamnéze (např. poskytování substituční látky jiné osobě, její prodej na nelegálním trhu, distribuce jiných návykových látek klientům substitučního programu v jeho prostorách nebo blízkém okolí)
- neschopnost přestat užívat nelegální opioidy navzdory dostatečně vysoké dávce substituční látky
- závažná respirační, jaterní nebo ledvinová onemocnění, zejména dochází-li při něm k selhávání těchto orgánů.¹⁶

1. 3. 7. 2 Vstupní vyšetření

Vstupní vyšetření zahrnuje anamnézu (drogovou, osobní, zdravotní...), zhodnocení současného somatického a psychického stavu, aktuální sociální situace pacienta a následně i laboratorní vyšetření, nutná pro posouzení indikace k léčbě.

Pacient před zahájením léčby souhlasí a podpisem v „Informovaném souhlasu“ stvrzuje, že:

- byl plně poučen o průběhu léčby a všech jejích rizicích
- bude dodržovat režim substituční léčby, se kterým byl předem seznámen
- souhlasí s poskytnutím svých osobních údajů při zachování důvěrnosti těchto dat pro účely hlášení substituční léčby Národnímu registru uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek a o důvěrnosti takto poskytnutých údajů
- byl poučen o rizicích interakce substituční látky s jinými látkami (typu alkoholu, sedativ, anxiolytik apod.)

¹⁶ *Standardy substituční léčby*, Věstník MZ ČR (2007), s. 32

- byl informován o rizicích provádění některých činností, jako např. řízení dopravních prostředků, manipulace se stroji, zbraněmi apod.
- bude jiné lékaře, kteří mu poskytují či budou poskytovat jakoukoliv terapii, informovat o skutečnosti, že prodělává substituční léčbu
- bude lékaře, který mu poskytuje substituční látku, informovat o jakékoliv terapii, která mu je/byla poskytována jinými lékaři
- v případě výdeje substituční látky pro delší časový interval ji bude zodpovědně přechovávat tak, aby zabránil riziku jejího náhodného nebo neúmyslného užití jakoukoliv osobou
- substituční látku bude užívat výhradně on sám¹⁷

1. 3. 8 Terapie

1. 3. 8. 1 Nastavení optimální dávky substituční látky

V počátku léčby se denní dávka nastavuje postupným zvyšováním z 30 mg. až do (pokud možno) úplného vymizení abstinčních obtíží a cravingu (bažení po droze), za současné absence psychomotorického útlumu nebo zjevných euforizujících účinků (u naprosté většiny pacientů je takový stav dosažitelný).

Vysoká účinnost umožňuje metadonu pokrýt i závislé s vysokou tolerancí a aplikační forma umožňuje relativně snadnou kontrolu nad množstvím a způsobem užití dávky. Tyto jeho vlastnosti ocení především nízkoprahová centra s problematičtější klientelou.

Nezřídka se lze setkat s „poddávkováním“ pacientů v substituci, v jehož důsledku obvykle dochází k selhání v léčbě. Důvody pro „poddávkování“ mohou být na straně lékaře (obavy z účinku podání vyšší dávky, příp. nejistoty nad možnou délkou podávání substituce), tak i na straně pacienta - mezi uživateli drog panuje přesvědčení, že „metadon je konečná“, z níž není úniku a nižší dávkou může pacient podporovat svůj pocit větší svobody při volbě ukončení léčby.¹⁸

¹⁷ *Standardy substituční léčby*, Věstník MZ ČR (2007), s. 31-32

¹⁸ Randák, *Substituční léčba Subutexem* (2005), s. 13

1. 3. 8. 2 Nefarmakologické složky substituční léčby

Podle typu substituční léčby (1.3.5) nabízí její poskytovatel i některé další složky terapie. Zahrnují psychoterapii, sociální poradenství, ošetrovatelské služby, poradenství, týkající se zdravotního stavu, ale i např. volby vhodného zaměstnání, zvyšování kvalifikace apod., terapii somatických onemocnění a další. Jejich indikace a frekvence je předmětem vstupního a průběžného hodnocení pacienta a součástí terapeutické smlouvy.¹⁹

Americké studie, kde mají s metadonovou léčbou dlouholeté zkušenosti uvádějí, že ty typy metadonové substituční léčby, které zahrnují významný podíl psychosociální a terapeutické práce jsou úspěšnější v dosahování cílů oproti pouhému podávání či předepisování metadonu. Zlepšují především zapojení a udržení klienta v programu a též ho motivují k využití možnosti změny životního stylu. Psychosociální terapie pochopitelně klade další nároky na odbornost a zkušenosti personálu.²⁰

1. 3. 8. 3 Průběžné hodnocení pacienta

Průběžné hodnocení pacienta probíhá během celé doby substituční léčby. Zahrnuje testování přítomnosti substituční látky a jejích metabolitů, které prokazují její užívání. Dále se provádí testování na ověření přítomnosti ostatních návykových látek v organismu, a to včetně alkoholu. Je nutné průběžně hodnotit somatický i psychický stav pacienta. Vše, včetně léčebného plánu, se zaznamenává do dokumentace. Průběžné hodnocení umožňuje flexibilně reagovat na změny v potřebách pacienta a je též podkladem pro případné úpravy dávkování.²¹

1. 3. 9 Zneužívání substituce

Všechny v ČR užívané substituční látky jsou, bohužel, dostupné i na tzv. černém trhu. Nejčastěji zneužívaným preparátem je ale Subutex, který lze na rozdíl od metadonu získat snadněji (na recept) a při nitrožilní aplikaci nevyvolá abstinenci příznaky jako Suboxon. Nitrožilní aplikace tablet buprenorfinu, určených k sublingválnímu užití, je v tomto kontextu častá a obnáší infekční i jiná rizika.

¹⁹ *Standardy substituční léčby*, Věstník MZ ČR (2007), s. 33

²⁰ Popov, *Farmakoterapie poruch vyvolaných účinkem návykových látek a substituční léčba*. V Kalina a kol., *Základy klinické adiktologie* (2008), s. 156

²¹ *Standardy substituční léčby*, Věstník MZ ČR (2007), s. 33

1. 4 Něco z historie metadonové substituce

Myšlenka oficiální legalizace dlouhodobého lékařského předepisování opioidů pacientům, kteří si na nich již vytvořili závislost, pochází z doby, kdy v Evropě zesílily tlaky na kontrolu a potlačování užívání těchto látek. V roce 1924 vytvořilo britské Ministerstvo veřejného zdraví zvláštní komisi, která dospěla k závěru, že pro mnohé závislé pacienty je větším přínosem dlouhodobé předepisování opioidu, než snaha je jejich návyku zbavit. Od té doby měli lékaři v Británii rozhodnutí o indikaci substituční léčby zcela ve své kompetenci. Většina ostatních evropských zemí zavedla postupem času podobnou praxi, byť se dodnes liší v míře regulace této činnosti. Významným mezníkem byl rok 1961, kdy američtí lékaři Vincent Dole a Marie Nyswanderová publikovali první zkušenosti s použitím metadonu, do té doby známého jako analgetikum a antitusikum. Rozšíření metadonové substituce nastalo v USA a západní Evropě během sedmdesátých a osmdesátých let v souvislosti s nárůstem zneužívání heroínu a epidemií HIV/AIDS. V 90. letech pak metadon našel alternativu v buprenorfinu.²²

1. 5 Substituce opiátů v ČR

Substituční léčba má v České republice poměrně dlouhou tradici. Od 70. let minulého století se k léčbě formou substituce používaly preparáty s nízkým potenciálem ovlivnit vědomí pacienta a zároveň se schopností „pokrýt“ opiátové receptory a tak potlačit abstinenci příznaky. Nejčastěji užívaným byl Diolan (obsahující etylmorfin) a Temgesic (obsahující buprenorfin), které nikdy nebyly schváleny pro oficiální substituci a v současné době už ani nejsou v distribuci.

V roce 1992 dovezl MUDr. Presl (vedoucí lékař nadace DROP IN, která jako jedna z prvních v této zemi poskytovala služby zacílené výhradně na narkomany) ze Švýcarska metadon se záměrem poskytovat ho svým nejproblematictějšími pacientům, u kterých předchozí pokusy o jinou léčbu selhaly. Za tento čin byl dokonce trestně stíhán (§ 188a). Rozhodnutím státního zástupce bylo trestní stíhání zastaveno pro nízkou společenskou nebezpečnost činu. Po období úředních problémů s celními i zdravotními institucemi mu Ministerstvem zdravotnictví ČSFR byla povolena jednorozhodná experimentální substituční léčba. Ačkoliv nebyla nikdy oficiálně vyhodnocena, zlepšení somatického i psychosociálního stavu pacientů

²² Preston, *Drogy na předpis II, Vše o metadonu*, s.19-20, 23

zařazených do experimentu bylo jednoznačné. Přesto nebylo další pokračování experimentu povoleno.

Potřeba substituční léčby se znovu a naléhavěji vynořila se stále narůstajícím přílivem heroinu do České republiky v 2. polovině 90 let. Experimentální provádění metadonové substituce bylo Ministerstvem zdravotnictví (dále MZ) ČR projednáváno již v roce 1995, v květnu 1996 se jím zabývala vláda ČR. Dne 5.6.1996 byla ministrem zdravotnictví jmenována osmičlenná „Komise MZ ČR pro výběr pracovišť a pro odborné posuzování průběhu klinického zkoušení substituce methadonem u nemocných závislých na intravenózní aplikaci heroinu a hydrokodonu“ z odborníků, doporučených odbornými lékařskými společnostmi a z pracovníků MZ. Komise posléze zvolila jako pracoviště vhodné pro spuštění dalšího „pilotního programu“ Apolinář - Oddělení pro léčbu závislostí Všeobecné fakultní nemocnice v Praze pod vedením MUDr. Popova. Rozsah programu byl omezen na max. 20 pacientů. Po jeho ročním trvání byl zařízením vyhodnocen, znovu byly popsány pozitivní změny na zdravotním stavu pacientů, stejně tak i pokles jejich kriminálního chování. Toto vyhodnocení bylo MZ ČR konečně vzato na vědomí a pokračování programu bylo schváleno. V průběhu doby došlo k vytvoření Standardů substituční léčby, Národního registru lékařsky indikovaných substitučních látek a edukačního programu pro lékaře substitučních center.²³

Ve standardním režimu je substituce zavedena od r. 2000. Metadon používá pro léčbu 13 specializovaných (akreditovaných Ministerstvem zdravotnictví) center. Nepokryty zůstávají stále kraje Plzeňský (substituční centrum je zde už otevřeno, poskytuje ale zatím jen buprenorfin), Liberecký, Pardubický, Zlínský a Vysočina.²⁴ Od 7/2010 k předchozímu výčtu přibudou i České Budějovice, kde se tamnějším centru nepodařilo získat finanční prostředky pro své další fungování. Lokality s největším výskytem problémového užívání opioidů – Praha a Ústí nad Labem - substituční centra na svém území ale mají.

V r. 2008 byla substituční léčba metadonem dostupná i v 7 věznicích z celkem 10 pro substituční léčbu plánovaných. Obviněné a odsouzené osoby mohou být do substituční léčby zařazeny na vlastní žádost (podmínkou je potvrzení zdravotnického zařízení, kde osoba absolvovala léčbu před nástupem do věznice)

²³ *Role substituce v oblasti léčby závislosti na drogách*, Zaostřeno na drogy č. 2 (2003), s. 4

²⁴ *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v r. 2008* (2009), s. 34

nebo mohou být do programu doporučení ošetřujícím lékařem věznice provádějícím vstupní vyšetření.²⁵

Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) uvádí, že substituční terapii (vč. substituce buprenorfinem) v roce 2008 absolvovalo 1375 lidí, což je oproti jejich údajům z roku 2007 - nárůst o 29%.^{26 27} Je ale pravděpodobné, že evidováni nejsou všichni uživatelé předepisované substituce. Údaje o léčených pacientech stále neposkytují zdaleka všichni poskytovatelé substituční léčby a s ÚZIS spolupracují s největší pravděpodobností jen ti, kteří své pacienty evidují i v Národním registru lékařsky indikovaných substitučních látek, ačkoliv tuto povinnost mají všichni, kteří substituční léčbu poskytují. Dosud však za neplnění této povinnosti nebyly udělovány sankce.

1. 6 Centrum substituční léčby Apolinář

Metadonový substituční program v Centru substituční léčby Apolinář (dále jen CSL) při Oddělení pro léčbu závislostí Všeobecné fakultní nemocnice v Praze zahájil svoji činnost 28. července 1997 jako první zařízení tohoto typu v České republice (viz kap. 1.5). První tři roky fungoval víceméně jako zařízení nízkoprahové v tom smyslu, že byl určen pro problematičtější část drogové klientely, převážně vyšších věkových kategorií, a pravidla pro udržení se v programu byla poměrně mírná. V dnešní terminologii by se dalo využít zařazení služby do harm-reduction (označuje přístupy snižování či minimalizace poškození drogami). Od léta roku 2000, kdy otevřel své metadonové centrum DROP IN o.p.s., se Apolinář začal profilovat jako vysokoprahové centrum s terapeutickými ambicemi a přísnějšími pravidly, zejména co se týká (ne)užívání dalších návykových látek mimo metadonu.

Kromě samotné substituce je zde poskytován poradenský servis a individuální i skupinová terapie. Další složkou resocializace je podpora nových sociálních vazeb a tvorby zázemí ve společnosti v rámci poskytované sociální práce. Pacientům je nabízena i možnost zprostředkování kontaktu na jiná (zejména doléčovací) zařízení, umožněn a podporován je i následný kontakt s Centrem substituční léčby Apolinář. Jako v dnešních podmínkách nejspíš nadstandardní službu nabízí zařízení i nejrůznější možnosti sociokulturních a sportovních aktivit.

²⁵ *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v r. 2008 (2009)*, s. 79

²⁶ *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v r. 2008 (2009)*, s. 31

²⁷ *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v r. 2007 (2008)*, s. 59

1. 6. 1 Personální zajištění

Základní terapeutický tým čítá lékaře, sociální pracovníci a 5 zdravotních sester, všichni na úvazek 1,0. Do širšího týmu lze zahrnout spolupracujícího lékaře-internistu, supervizora týmu a také primáře a vrchní sestru oddělení, kteří se účastní pravidelných porad a jsou součástí rozhodovacích procesů.

1. 6. 2 Kapacita

Za celou dobu fungování programu s ním přišlo do kontaktu 299 pacientů, z nich 38 opakovaně, někteří i více než 2x. Celkový počet kontaktů je tak 358 (stav k 12/2010). Kapacita programu je už dlouhodobě 70 pacientů. Na vstup do programu existuje pořadník, představující pro zájemce obvykle několik týdnů čekání.

1. 6. 3 Průběh léčby v Centru substituční léčby Apolinář

Pacient, který má zájem o substituční léčbu se objedná k vstupnímu vyšetření, kde je mu odebrána anamnéza a podstoupí psychiatrické vyšetření. Je-li lékařem shledán vhodným k substituční léčbě, o jeho definitivním přijetí do programu rozhoduje následně porada terapeutického týmu. Rozhodnutí o nepřijetí může nastat např. v případě další závislosti, kterou pacient nemá zájem během substituční léčby řešit.

Pacient, o jehož přijetí už bylo rozhodnuto, je zařazen do pořadníku. Je kontaktován v případě, že na něj přijde řada – uvolní se kapacita zařízení. Je proto v jeho zájmu informovat o příp. změnách kontaktních údajů. Poté je vyzván, aby absolvoval odběry krve k somatickému vyšetření u spolupracujícího lékaře - internisty. Zároveň odevzdává svou moč k toxikologickému vyšetření. Pokud internista pacienta k substituční léčbě doporučí a v toxikologickém vyšetření se prokáže užívání opiátů, pacient může být přijat do programu.

Takový pacient je seznámen s pravidly programu a podepisuje informovaný souhlas – viz kap. 1.3.7.2) a terapeutickou smlouvu. Počáteční dávku i její další nastavování konzultuje s lékařem a zprvu užívá výhradně pod dohledem sestry v CSL. První 2 měsíce je v tzv. zkušební době, kdy do CSL dochází denně vč. víkendů. 1x týdně a nepravidelně je vyzván k odběru moči a testován na budivé aminy (např. pervitin), opiáty (heroin) a benzodiazepiny (zklidňující léky, např. Diazepam). Při podezření na

rizikové užívání alkoholu se nově též testuje přítomnost jeho metabolitu – etylglukuronidu, který užití alkoholu prokáže několik dní zpětně. Užívání alkoholu je s pravidly programu neslučitelné. Důvodem je nejen možný nárůst útlumu při kombinaci alkoholu a opiátu, ale i prevence rozvinutí další závislosti v budoucnosti. Možné je testovat i další látky, např. kokain. Pacient odevzdává svou moč vždy pod dohledem sestry, aby se vyloučila možnost jeho manipulace s močí (např. odevzdání moči cizí). K prokázání užití alkoholu se používá i namátková dechová zkouška alkotestem.

Zkušební doba, která následuje po přijetí, trvá 2 měsíce a slouží k zorientování se v programu – pacient se prakticky seznamuje s pravidly a režimem. Je to čas, který by měl využít k tomu, aby se zbavil užívání dalších návykových látek, které se neslučuje s pravidly programu, ale především závislosti na jehle, která je velmi častá. Po uplynutí zkušební doby terapeutický tým znovu rozhoduje o dalším setrvání pacienta v programu na základě zhodnocení jeho dosavadního fungování. Pokud je mu léčba ukončena, má k dispozici týden, aby se sám rozhodl, zda přestoupí do jiného substitučního programu anebo vysnížuje dávku metadonu.

Po měsíci „čistých“ toxikologických vyšetření má pacient možnost získat výdeje dávek metadonu na víkendy s sebou domů. Dávka je připravena v plastové uzavíratelné lahvičce na každý konkrétní den. V případě, že pacient doloží pracovní smlouvu, či jinou smlouvu dokládající jeho pracovní činnost, je mu umožněna docházka 3x týdně. Neměly by to být dny po sobě následující – pacientovi je tak znemožněno kontrolované užívání návykových látek, neb jejich průkaznost v moči je omezená.

Po roce bezproblémového fungování v programu může pacient získat možnost kontaktu 2x týdně a po dvou letech i 1x týdně, na ostatní dny dostává vydán metadon s sebou domů. Bezproblémové fungování obnáší dodržování pravidel programu a terapeutické smlouvy. V potaz se berou i veškeré střety pacienta s mantinely programu, proto musí být nastaveny zřetelně a pevně, což sice často budí nevoli pacientů, zároveň jsou jim ale důležitou jistotou a mají výrazný terapeutický efekt. Např. u odevzdávání moči k toxikologickému vyšetření se klade důraz nejen na negativní výsledek, ale i fakt, že se jejímu odevzdávání klient nevyhýbá zjevně často (existuje pravidlo pro možnost neodevzdání moči – bere se v potaz, že z nejrůznějších důvodů není možné okamžitě na vyžádání).

Povinné jsou i pravidelné kontakty s lékařem (formou individuálních rozhovorů nebo skupinové terapie) a se soc. pracovníci (1x za měsíc, u stabilizovaných pac. 1x za dva měsíce v podobě individuálních konzultací). 1x za rok má pacient povinnost podrobit se vyšetření ke kontrole somatického stavu – sledují se např. žloutenka typu C, absolvují jaterní testy atd.; pacientky podstupují gynekologické vyšetření u svého ošetřujícího lékaře.

V případě jakéhokoliv pravidla může pacient v odůvodněných případech žádat o výjimku, o jejímž udělení pak jedná terapeutický tým. Týmovým rozhodováním je zajištěna větší objektivita a multidisciplinární přístup.

Má-li pacient po ukončení léčby zájem se do ní vrátit, záleží na okolnostech, za jakých ji opouští. V případě odchodu z vlastního rozhodnutí po předchozí léčbě bez závažných problémů (tzv. řádné ukončení) se může o znovupřijetí ucházet kdykoliv. Děje se tak obvykle v situacích, kdy odešel do abstinence, která je nyní ohrožena, případně už došlo k relapsu. Existuje-li aktuálně pro vstup do programu pořadník, záleží na rozhodnutí terapeutického týmu, zda bude dotyčný přijat přednostně. Pokud byl ale z programu vyloučen pro porušování pravidel, může se o další přijetí ucházet nejdříve za 6 měsíců anebo po 3 měsících prokazatelně bezproblémové účasti v jiném substitučním programu (podstatná je prokázaná abstinence od ilegálních drog). I tady platí, že je zařazen do případného pořadníku a o možnosti přednostního přijetí rozhoduje terapeutický tým.

2. KVALITA ŽIVOTA

Sousloví kvalita života (dále QOL – quality of life) je pojmem užívaným nejen v laickém slovníku, ale je též součástí terminologie, kterou si osvojila věda. Stejně jako ve vědecké obci, tak i v různých kulturách se vyskytují názorové rozdíly v chápání tohoto pojmu, které mohou vyplývat buď z odlišných metodik anebo rozdílech v obecném přístupu ke světu.²⁸

Kvalita života je v posledních letech pojmem stále více užívaným v mnoha vědních oborech – nejčastěji asi v sociálních vědách a naštěstí už i v medicíně a to nejen somatické (onkologie, traumatologie), ale i v oborech zabývajících se duševním zdravím. Původní medicínské pojetí kvality života bylo objektivním kritériem, které lze hodnotit zvnějšku jako míru nezávislosti a normálního fungování v běžném životě. Postupně byl ale důraz přesouván na subjektivní vnímání kvality života a původní medicínská kritéria zaměřená ryze na fyzický stav bylo nutné obohatit o kritéria další z oblasti psychosociální.

2. 1 Definice a vymezení pojmu kvality života

Kvalita života je často popisována pomocí jiných užívaných pojmů jako je např. soběstačnost, autonomie, důstojnost, seberealizace, spokojenost v partnerských, rodinných a ostatních mezilidských vztazích, sociální a kulturní zázemí, tvořivost a další, nebo např. slovy Sigmunda Freuda jako schopnost milovat, pracovat a žít v souladu s danou kulturou.²⁹

Světová zdravotnická organizace (WHO) v roce 1993 předložila první pracovní definici kvality života, kde ji pojmenovává jako „vnímání lidí a jejich životních pozic v kontextu kultury a hodnotových systémů, v nichž lidé žijí, a ve vztahu k jejich cílům, očekáváním, standardům, zájmům, starostem a obavám.“³⁰ Z toho znovu vyplývá, že kvalita života je subjektivním hodnocením každého vlastního života, které je zásadně ovlivněno historickým a sociokulturním kontextem.

²⁸ Křížová, *Kvalita života v kontextu všedního dne*. V Payne a kol. (Ed.), *Kvalita života a zdraví* (2005), s. 218

²⁹ Kalina a kol., *Mezioborový glosář* (2001), s. 59

³⁰ Kebza, *Psychosociální determinanty zdraví* (2005), s. 57-58

K.C.Calman vyjadřuje osobní kvalitu života jako „rozpor mezi sny, nadějemi a ambicemi každého člověka a jeho současnými reálnými zkušenostmi, přičemž lidé jsou obecně motivováni, aby tento rozpor byl eliminován, resp. odstraňován.“³¹

V hodnocení kvality života se výrazně projevuje i úroveň osobní pohody (tzv. well-being) a některé novější přístupy dokonce stanovují osobní pohodu jako standard pro kvalitu života v různých kontextech.³²

2. 1. 1 Well-being

Prožitek osobní pohody (well-being) je termínem primárně psychologickým ačkoliv zahrnuje pohodu vyplývající z dimenze jak tělesné, duševní tak i sociální. Z hlediska psychologického patří prožitek osobní pohody mezi afekty a nálady, zahrnuje ale i složku postojovou. Kebza shrnuje termíny, kterými je well-being nejčastěji popisován: „life satisfaction“ – životní spokojenost, „welfare“ – blaho, „pleasure“ – radost, „prosperity“ – úspěšnost, prosperita, „happiness“ – štěstí.³³

Subjektivní pocit pohody tvoří podle Levina a Chatterse (1998) čtyři komponenty: psychická osobní pohoda (emoční a kognitivní procesy), sebeúcta (self – esteem), sebeuplatnění (self – efficacy), osobní zvládnutí (personal control, mastery).³⁴

Jiným možným dělením je to podle C. D. Ryffové a C. L. Keyesové (1995) do následujících šesti dimenzí: sebezpřijetí (spokojenost se sebou, přijetí svých dobrých i špatných vlastností, akceptace vlastní minulosti), pozitivní vztahy s druhými, autonomie (schopnost odolávat vnějším tlakům, a schopnost vlastního názoru, nezávislost na hodnocení a očekávání druhých), zvládnutí životního prostředí (pocit kompetence při zvládnutí každodenních nároků, přehled o okolním prostředí, schopnost vnímat a využít příležitosti pro vlastní cíle a potřeby), smysl života, osobní rozvoj.³⁵

³¹ Kebza, *Psychosociální determinanty zdraví* (2005), s. 59

³² Kebza, *Psychosociální determinanty zdraví* (2005), s. 58-59

³³ Kebza, *Psychosociální determinanty zdraví* (2005), s. 64

³⁴ Kebza, *Psychosociální determinanty zdraví* (2005), s. 68-69

³⁵ Kebza, *Psychosociální determinanty zdraví* (2005), s. 69

2. 2 Oblasti kvality života

Koncepcí kategorizace oblastí, jejichž pomocí se kvalita života určuje, se v literatuře objevuje bezpočet. Jako všem dalším koncepcím společně lze uvést základní rozdělení do dvou dimenzí – subjektivní (well-being) a objektivní osobní pohodu (zdravotní stav, funkční kapacita organismu a socioekonomický status).

Balcar např. rozlišuje dimenze následovně: 1. tělesné „zdraví“ = soulad a výkonnost tělesných funkcí, „rovnováha“ mezi nároky a výkony tělesných funkcí; 2. duševní „štěstí“ = radost ze života a úspěšnost v něm; 3. duchovní „smysl“ = účinné uplatňování vůle a svědomí.³⁶

Nejčastěji používaným je systém kritérií, který sestavil W.O. Spitzer původně pro pacienty s nádorovým onemocněním. Patří sem 1. pracovní schopnost, 2. fyzická nezávislost pacienta na druhých lidech, 3. finanční situace, 4. způsob trávení volného času, 5. bolesti, 6. nepohodlí, 7. nálada, 8. vědomí o následcích nemoci, 9. komunikace s okolím, 10. vztah s primární sociální skupinou (rodina, přátelé).³⁷

Ke kategorizaci konceptů kvality života přispěla i Veenhovenová (2000) svou teorií čtyř kvalit života, která zahrnuje následující: 1. životní šance, předpoklady, 2. životní výsledky, 3. vnější kvality, charakteristiky prostředí vč. společnosti, 4. vnitřní kvality, charakteristiky individua.³⁸

Tab. 1: Čtyři kvality života podle Veenhovenové³⁹

	<i>Vnější kvality</i>	<i>Vnitřní kvality</i>
<i>předpoklady</i>	Vhodnost prostředí: životní prostředí, sociální kapitál, prosperita, životní úroveň	Životaschopnost jedince: psychologický kapitál, adaptivní potenciál, zdraví, způsobilost
<i>výsledky</i>	Užitečnost života: vyšší hodnoty než přežití, transcendentální koncepce	Vlastní hodnocení života: subjektivní pohoda, spokojenost, štěstí, pocit smysluplnosti

³⁶ Balcar, K., *Realita svědomí: psychologická nebo existenciální?* V Payne a kol. (Ed.), *Kvalita života a zdraví* (2005), s. 71

³⁷ Křivohlavý, *Psychologie nemoci* (2002), s. 188

³⁸ Dragomirecká a kol., *WHOQOL* (2006), s. 9-10

³⁹ Dragomirecká a kol., *WHOQOL* (2006), s. 9

2. 3 Nástroje k měření QOL

K zjišťování kvality života lze využít formu strukturovaného rozhovoru, nejčastěji využívaným nástrojem je ale dotazník. Dotazníky se dělí na dva základní typy – na 1. *všeobecné (generické)*, které jsou použitelné pro libovolný soubor pacientů nebo zdravé populace, což umožňuje vzájemné srovnání různých podmínek i souborů osob; a 2. *specifické*, které jsou vytvořeny pro konkrétní skupinu pacientů s konkrétními obtížemi a zjišťují dopad těchto potíží na jejich život. Tyto specifické dotazníky mají tedy na rozdíl od předchozích schopnost zachytit mnohem senzitivněji specifika skupiny a případné změny. Jejich výsledky nelze ale příliš zobecňovat a jsou jen do určité míry srovnatelné.

Mezinárodní výzkumný ústav pro měření kvality života MAPI Research Institut provozuje databázi ProQolid, která je zdrojem informací o instrumentech pro zjišťování kvality života.⁴⁰

2. 3. 1 Dotazník SQUALA

Jedním ze specifických dotazníků je SQUALA (**S**ubjective **Q**uality of **L**ife **A**nalysis), který byl v roce 1992 vytvořen ve Francii pro posuzování kvality života u lidí s duševními poruchami. Autoři dotazníku Zannotti a Pringuey vycházeli z Maslowovy třístupňové teorie potřeb a zařadili proto mezi oblasti života i vnitřní hodnoty. Původní dotazník obsahuje 23 oblastí, které pokrývají vnitřní i vnější skutečnost každodenního života, a respondenti k nim vyjadřují na pětibodové hodnotící škále subjektivní důležitost a spokojenost. Následuje otevřená otázka k případnému doplnění ještě další pro respondenta podstatné oblasti, která se v dotazníku neobjevila. Výsledky se vyjadřují formou parciálních skóre (tj. pro jednotlivé oblasti, např. mezilidské vztahy) a celkového skóre kvality života, který je dán součtem všech parciálních skóre.⁴¹

⁴⁰ Dragomirecká a kol., *WHOQOL* (2006), s. 10-11

⁴¹ Dragomirecká a kol., *SQUALA* (2006), s. 10-11

Tab. 2: Oblasti QOL dotazníku SQUALA ⁴²

1. Zdraví	8. Děti	15. Práce
2. Fyzická soběstačnost	9. Péče o sebe sama	16. Spravedlnost
3. Psychická pohoda	10. Láska	17. Svoboda
4. Prostředí a bydlení	11. Sexuální život	18. Krása a umění
5. Spánek	12. Odpočinek	19. Pravda
6. Rodinné vztahy	13. Koníčky	20. Peníze
7. Vztahy s ostatními lidmi	14. Pocit bezpečí	21. Jídlo

2. 3. 2. Dotazník WHOQOL

Pro vznik mezinárodního dotazníku pro měření kvality života dala v roce 1991 podnět Světová zdravotnická organizace. Nový nástroj WHOQOL měl rozšířit původní pojetí kvality života, která byla do té doby vnímána ryze jako subjektivní hodnocení zdravotního stavu a měl proto splňovat následující požadavky: 1. komplexnost – nástroj měl pokrývat široké spektrum aspektů života, 2. subjektivnost – preferovanou formou je sebeposuzování, 3. relativní důležitost – podstatná je subjektivní důležitost jednotlivých oblastí pro samotného jednotlivce, 4. kulturní relevance – použitelnost nástroje v různých jazykových a kulturních kontextech.

Proto byla pracovní skupina pro vývoj nástroje WHOQOL složena ze zástupců z 15 výzkumných center z celého světa. Výsledný stopoložkový dotazník z roku 1995 je známý pod názvem WHOQOL-100 a jeho struktura zahrnuje 6 oblastí QOL. Tato verze se ale pro klinickou praxi ukázala jako příliš dlouhá a proto vznikla jeho zkrácená verze s celkem 24 položkami, rozdělenými do pouhých 4 oblastí QOL: WHOQOL-BREF.⁴³

Tab. 3: Oblasti QOL dotazníku WHOQOL-100

1. fyzické zdraví	4. sociální vztahy
2. psychologická oblast	5. prostředí
3. úroveň nezávislosti	6. spiritualita

Tab. 4: Oblasti QOL dotazníku WHOQOL-BREF

1. fyzická	3. sociální
2. psychologická	4. oblast prostředí

⁴² Dragomirecká a kol., *SQUALA* (2006), s. 46

⁴³ Dragomirecká a kol., *WHOQOL* (2006), s. 14

2. 4 Kvalita života uživatelů návykových látek

S užíváním návykových látek a se závislostí souvisí často nejen zdravotní (viz kap. 1.2), ale i sociální rizika jako např. ztráta zaměstnání, případně vyloučení ze studia a nedokončení vzdělání, ztráta funkčních sociálních vazeb, zájmů a ztráta bydlení, nebo jeho nízká úroveň. Všechny zmíněné faktory vedou k předpokladu, že užívání návykových látek má negativní dopad na kvalitu života uživatelů.⁴⁴

2. 4. 1 Kvalita života uživatelů substituce

Substituční programy, které na rozdíl od rezidenčních typů léčby, ponechávají své pacienty v jejich prostředí a nenutí je tak odkládat řešení některých problémů (např. zdravotní potíže, zaměstnání, dluhy...) na dobu po léčbě, jim tak umožňují do určité míry, dle jejich individuálních schopností a potřeb zvyšovat kvalitu života na několika úrovních už v průběhu léčby. Bečka naformuloval „profil úspěšného klienta“ v následujících kategoriích: 1. zlepšení psychického a zdravotního stavu, 2. vytvoření vztahové sítě (bez uživatelů drog), 3. uspokojivé rodinné nebo partnerské vztahy, 4. abstinence, případně kontrolované užívání měkkých drog, které není pro klienta ohrožující, 5. sociální zázemí a pracovní možnosti, 6. subjektivní spokojenost se životem, 7. absence kriminálních aktivit.⁴⁵

⁴⁴ Pechanová, *Kvalita života v léčbě hepatitidy C uživatelů nelegálních návykových látek v nestátním zdravotnickém zařízení Remedis* (2008), s. 16-17

⁴⁵ Doležalová, *Sociálně léčebné aspekty kvality života klientů terapeutických komunit* (2003), s. 87

3. VÝZKUM

3. 1 Úvod

Tato práce může být považována za logické vyústění mé sedmileté praxe v CSL Apolinář, kde působím jako sociální pracovnice a proto mě zajímalo jak se vede těm, kteří z programu odešli a především těm, kteří odešli řádně a tedy s nejlepší prognózou pro dobrou kvalitu budoucího života. Jen minimum pacientů, kteří z programu odešli, s CSL udržuje další kontakt. Někdy má podobu doléčování bezprostředně po ukončení léčby, ale i tento se obvykle po nějakém čase vytrácí. V pátrání po osudech bývalých pacientů a zmapování kvality jejich současného života vidím smysl nejen pro sebe a své kolegy, ale především pro pacienty, kteří jsou aktuálně v léčbě.

3. 2 Cíl práce

Primárním cílem této práce je zmapovat subjektivní vnímání kvality života pacientů, kteří řádně absolvovali substituční léčbu v CSL Apolinář.

Sekundárním cílem je pak prostřednictvím předchozího poukázat na její efektivitu a pomoci tak vylepšit její renomé. Metadonová substituční léčba je totiž nejčastěji vnímána jako léčba „udržovací“ a jen málokdy jako druh léčby na jejímž konci může být dlouhodobá abstinence od ilegálních drog. V souvislosti s kvalitou života se mluví maximálně o jejím zlepšení během léčby, jen minimálně však o kvalitě života po ní, která, domnívám se, má rovněž značný potenciál růstu.

3. 3 Výzkumné předpoklady

Tyto výzkumné předpoklady jsem vytvořila na základě vlastních odhadů, které vycházejí ze zkušeností načerpaných v práci s touto klientelou a zároveň korespondují s ambicemi léčby na individuální zvyšování kvality života jak během léčby, tak i po ní a to nejen ve smyslu dalšího neužívání psychoaktivních drog, ale i např. v oblasti seberozvoje. Své předpoklady jsem musela v rozhovorech důsledně reflektovat, abych respondenty v jejich výpovědích nesměřovala k vlastnímu cíli.

Za většinu považuji 2/3 souboru, tedy 6 respondentů. Za významnou část souboru u 5. předpokladu alespoň 1/3 – tedy 3 respondenty.

1. Většina respondentů aktuálně pracuje/má legální zdroj obživy.
2. Většina respondentů bude své somatické zdraví popisovat bez zásadních potíží.
3. Většina respondentů nebude mít potíže s využitím volného času.
4. Vztahy s původní rodinou budou většinou respondentů popisovány jako dobré.
5. U významné části respondentů se prokáže rizikové užívání alkoholu.

3. 4 Realizace práce

3. 4. 1 Harmonogram výzkumu

Výzkum pro tuto práci probíhal po dobu 9 měsíců v následujících etapách:

9/2009 – 10/2009 – stanovení cíle, volba metodiky, tvorba koncepce práce

10/2009 – 12/2010 – dohledávání kontaktů v dokumentaci + využití metody sněhové koule mezi aktuálními pacienty programu

1/2010 – 2/2010 – kontaktování bývalých pacientů + využití metody sněhové koule mezi bývalými pacienty

3/2010 – 4/2010 – realizace rozhovorů

5/2010 – zpracování výsledků

3. 4. 2 Charakteristika souboru

Záměrem práce bylo zaměřit se na pacienty, kteří už v průběhu metadonové substituční léčby prokázali schopnost dosáhnout pozitivních změn co se týče celkové kvality života. Výsledkem těchto změn se pak stalo jejich rozhodnutí substituční program opustit, což následně úspěšně realizovali.

Kritéria pro zařazení do souboru:

- odchod vlastním rozhodnutím bez předchozích závažných porušení pravidel programu = „řádný odchod“
- aktuálně nejsou v substituční léčbě
- doba po ukončení léčby je delší než 1 rok

Celkový počet pacientů, kteří prošli substituční metadonovou léčbou od zahájení programu 28.7.1997 do 31.12.2009 bylo **299**.

Do konce roku 2009 opustilo program řádně s cílem následné abstinence od opiátů **52** pacientů. V průběhu se do metadonové substituce v CSL vrátilo celkem **12** pacientů, z nichž je aktuálně v léčbě **7**.

Po vyřazení těch, kteří nesplňují kritéria pro zařazení do souboru (7 aktuálně v léčbě, 1 pacientka nesplňuje podmínku 1 roku od ukončení léčby, 1 pacientka zemřela), tvoří základní soubor **43** bývalých pacientů, které jsem se pokusila zkontaktovat.

Soubor těch, které se zkontaktovat podařilo, představuje **12** (3 muži, 9 žen) osob – všichni projeví ochotu spolupracovat na výzkumu. **3** osoby posléze od spolupráce ustoupily.

Konečný soubor tedy tvoří **9** osob.

Tab. 5: Vznik souboru

	Celkem	Muži	Ženy
Pacienti, kteří prošli programem od 28.7.1997 do 31.12. 2010	299	207	92
Řádný odchod z programu	52	24	28
- návrat do léčby	12	6	6
Vyřazení z výzkumu	9	5	4
- aktuálně znovu v léčbě	7	5	2
- méně než rok od ukončení léčby	1	0	1
- exitus	1	0	1
Soubor vhodný k oslovení	43	19	24
Zkontaktovatelní	35	15	20
Zkontaktovaní	12	3	9
Konečný výzkumný soubor	9	3	6

Tab. 6: Konečný soubor

	<i>Pohlaví</i>	<i>Věk/ věk prvního kontaktu s ilegální NL (v letech)</i>	<i>Doba od ukončení substituční léčby (v měsících)</i>	<i>Doba v metadonové substituci (v měsících)</i>	<i>Doba v následné substituci buprenorfinem (Subutexem) (v měsících)</i>	<i>Doba „drogové kariéry“ - od počátku užívání NL/z toho opiátů do započetí substituce (v letech)</i>
1	ž	31/13	44	38	0	11/9
2	ž	33/15	45	81	0	9/7
3	m	32/16	27	61	0	10/8
4	ž	30/14	46	66	0	7/4
5	m	32/18	68	46	2	4/3
6	m	45/15	91	33	0	20/19
7	ž	31/15	55	60	6	5/2
8	ž	33/19	64	22	25	5/5
9	ž	32/18	83	33	0	5/4

Vysvětlivky:

V letech se nachází údaje, pro které je udávání v letech běžnější (např. věk), případně je podrobnější údaj jen těžko dohledatelný (např. doba užívání návykových látek).

Pro údaje vypovídající o době v léčbě a po ní jsem zvolila časovou jednotku měsíců, protože jsou ve zdravotní dokumentaci přesně dohledatelné.

Údaje v měsících i v letech byly zaokrouhlovány.

3. 4. 3 Metodika výzkumu

3. 4. 3. 1 Získávání kontaktů

Součástí souhrnné dokumentace CSL Apolinář je pravidelně aktualizovaný seznam pacientů, kteří z léčby odešli řádně – tzn. vlastním rozhodnutím, které následovalo po účasti v programu bez závažnějších porušení pravidel; postupným úplným vysnižováním dávky metadonu, příp. vysnižováním prostřednictvím buprenorfinu se záměrem budoucí abstinence od opiátů. Na podkladě tohoto seznamu jsem, po vyřazení těch, kteří neodpovídali zadaným kritériím, ve zdravotní dokumentaci dohledala všechny dostupné telefonické kontakty na pacienty vhodné pro výzkum. K 12/2009 obsahoval seznam **52** jmen, splňujících zadaná kritéria bylo **43**.

Plánovaným cílem bylo získat pro výzkum 20% bývalých pacientů, kteří odpovídají zadaným kritériím, s vědomím toho, že většina takto získaných kontaktů už dávno

nemusí být funkční či aktuální. Pro zvýšení možnosti získání aktuálních kontaktů jsem zvolila metodu sněhové koule a v čekárně CSL jsem zveřejnila výzvu s popisem výzkumného záměru a s poptávkou po telefonických kontaktech na bývalé pacienty. Takto získané kontakty jsem pak protřídila dle v počátku výzkumu stanovených kritérií. Tímto způsobem jsem získala 8 dalších kontaktů, z nichž se jen 2 ukázaly jako použitelné.

3. 4. 3. 2 Kontaktování

Ze **43** pacientů se nepodařilo získat telefonický kontakt na 8 z nich. Zbývajících **35** pacientů jsem se pokusila oslovit na celkem 53 telefonních číslech. Takto jsem zkontaktovala **12** lidí. Až na jednu výjimku jsem všechny z nich z doby svého působení v CSL osobně znala. Oslovené jsem při prvním telefonickém kontaktu seznámila se záměrem plánovaného výzkumu, ujistila je o důvěrnosti poskytnutých informací výhradně pro účely výzkumu, včetně toho, že nebudou zaznamenávány do jejich zdravotní dokumentace a zeptala se, zda by byli ochotni se na něm podílet, což by obnášelo cca. 1 – 2 hodiny jejich času k rozhovoru, který bude zaznamenáván na diktafon. Rozhovor měl proběhnout v CSL, případně, na žádost osloveného, na jiném veřejném a k tomuto účelu vhodném místě. Součástí těchto prvních telefonických rozhovorů byla též prosba po případných kontaktech na jiné pacienty, ale touto cestou jsem žádný další nezískala. Všichni oslovení projevili ochotu poskytnout rozhovor za účelem výzkumu. Až na jeden případ, kdy si klientka zvolila jiné místo setkání, se všechny rozhovory uskutečnily v konzultační místnosti sociální pracovnice CSL. Nakonec ale **3** z těch, kteří spolupráci na výzkumu původně přislíbili, se na domluvené schůzky nedostavili, ačkoliv byli kontaktováni víc než jednou vždy se stejným výsledkem.

Konečný soubor tedy tvořilo **9** bývalých pacientů.

3. 4. 3. 3 Struktura oblastí QOL pro rozhovory

Kombinací oblastí QOL dotazníků SQUALA a WHOQOL jsem pro účely vlastního výzkumu vytvořila strukturu níže uvedených 7 oblastí QOL.

Vzhledem ke specifiku cílového souboru jsem mezi tradiční oblasti QOL zahrнула i oblast míry abstinence od návykových látek, kterou považuji za významnou součást života bývalých uživatelů návykových látek.

QOL 1: Uplatnění v životě – zde jsem spojila oblast vzdělání a zaměstnání. Především mě ale zajímaly případné změny po léčbě, spokojenost s aktuálním stavem a případné ambice v těchto oblastech. Protože oblast obsahuje i finanční situaci zahrнула jsem do této kategorie i otázky po případné trestné činnosti.

QOL 2: Zdraví – somatické i psychická pohoda, energie...

QOL 3: Volný čas – zájmy, odpočinek...

QOL 4: Vztahy – s původní rodinou, partnerské, příp. děti, širší sociální okolí, udržování kontaktů s bývalými nebo aktuálními uživateli NL, navazování vztahů s nedrogovým prostředím.

QOL 5: Prostředí – především úroveň bydlení a s kým je prostředí sdíleno.

QOL 6: Míra abstinence – případné užívání návykových (ilegálních i legálních) látek po léčbě, mechanismy udržení abstinence, nové rituály či návykové chování. Do této oblasti jsem zahrнула i případnou trestnou činnost.

QOL 7: Životní spokojenost – subjektivní souhrn předchozího.

3. 4. 3. 4 Realizace rozhovorů

Rozhovory, které jsem uskutečnila s bývalými pacienty, kteří prošli metadonovou substitucí v CSL, jsou stěžejním podkladem pro tuto bakalářskou práci.

Před započítím rozhovoru byl každý z respondentů znovu ujištěn o důvěrnosti jím poskytnutých informací a jejich použití výhradně pro účely výzkumu (poučení viz příloha č. 4) s anonymním výstupem. Toto poučení, včetně souhlasu respondenta s poskytnutím rozhovoru za uvedených podmínek, je zaznamenáno, stejně jako celé rozhovory, na audiozáznamu.

Rozhovory probíhaly individuálně v konzultační místnosti sociální pracovnice CSL, kde se v rámci substitučního programu s aktuálními pacienty běžně setkávám. V jednom případě se rozhovor na přání klientky uskutečnil v čajovně, na místě, kde bylo pro rozhovor dostatek soukromí.

Plánovaný časový limit se podařilo dodržet v téměř všech případech, opět s jednou výjimkou, kdy rozhovor trval celých 168 minut.

Polostrukturované rozhovory probíhaly dle předem stanovené osnovy zahrnující zmíněné oblasti QOL a všechny byly dokončeny. V závěru rozhovoru dle osnovy jsem respondenty ještě požádala o vyplnění dotazníku (viz příloha č. 5), který hodnotí škodlivost užívání alkoholu. Tento podpůrný nástroj měl sloužit k přesnějšímu zhodnocení současného stavu užívání alkoholu, které je součástí oblasti QOL, kterou jsem nazvala Mírou abstinence. Z dotazníku vyplývající míru rizikovitosti užívání alkoholu jsem konzultovala s MUDr. Dušanem Randákem, lékařem alko-ambulance Apolinář při Oddělení pro léčbu závislostí Všeobecné fakultní nemocnice v 5/2010.

Po ukončení rozhovoru byla všem respondentům nabídnuta možnost získání výsledků výzkumu. Všichni respondenti byli potěšeni zájmem o jejich osobu a možností sdílet své životní osudy následující po ukončení substituční léčby.

3. 4. 3. 5 Zpracování rozhovorů

Zpracování rozhovorů předcházelo okódování respondentů – např. 8/Ž/32 – podle následujícího klíče: první číslo (8) identifikuje konkrétního respondenta; následující písmeno (Ž) označuje pohlaví – tedy: Ž = žena, M = muž; další číslo (32) odkazuje na věk respondenta. Usoudila jsem, že tyto údaje jsou postačující pro identifikaci jednotlivých respondentů. Ostatní důležité údaje z jejich drogové anamnézy, které by mohly ovlivňovat či jinak souviset s jejich aktuálním životem či jeho kvalitou, jsou uvedené v tabulce č. 6 v kapitole 3. 4. 2.

Pro větší přehlednost jsem záznamy rozhovorů přepsala do textové podoby. Následně jsem pak k jednotlivým oblastem QOL přiřazovala související citace respondentů k tématu a vzájemně je porovnávala, hledala společné fenomény a také příp. shodu s výzkumnými předpoklady.

Při vyhodnocování odpovědí jsem vždy vycházela ze subjektivního hodnocení situace respondenty, pouze v případě míry užívání alkoholu jsem využila pomocného objektivizujícího nástroje v podobě dotazníku.

3. 4. 4 Výsledky výzkumu

3. 4. 4. 1 Uplatnění v životě

Do této oblasti jsem zahrnula nejen kvalitu uplatnění na trhu práce, subjektivní hodnocení příjmu, ale i pro obojí potřebnou úroveň vzdělání. Užívání psychoaktivních látek v dospívání a mladé dospělosti má často za následek nedokončené vzdělání a následně pak i špatně placená zaměstnání. Pokud uživatelé v období své „drogové kariéry“ vůbec pracují, práce bývá často nárazová a nelegální. Častějším zdrojem příjmu je spíše kriminální činnost. V období, kdy se pokoušejí začít nový život bez drog mají často záznamy v rejstříku trestů a „mezery“ v zápočtových listech, což je obvykle další překážkou pro legální a kvalitní zaměstnání. Proto mě v rozhovorech zajímalo vzdělání respondentů při ukončení léčby a případné změny, k nimž došlo v období po léčbě. Dalším tématem bylo zaměstnání, spokojenost s ním a spokojenost s příjmem. V případě vzdělání i zaměstnání jsem se ptala i na jejich další ambice. Z výše uvedených důvodů jsem do této oblasti zahrnula i otázku po případné trestné činnosti v období po léčbě. Všechny tyto aspekty, dle mého názoru, ovlivňují profesní uplatnění v životě a tím i sociální status, který může být motivující nebo naopak demotivující pro udržení budoucí abstinence a tzv. řádného života, tzn. bez sociálně patologických jevů, které byly vyjmenovány výše.

Poměr dosaženého vzdělání ve výzkumném souboru při ukončení léčby byl následující: 2x základní, 2x střední odborné a 5x středoškolské.

Tab. 7: Vzdělání

	Vzdělání při ukončení léčby	Studium po odchodu z léčby	Ambice a plány
1	SŠ	x	x
2	SŠ	x	VŠ humanitního zaměření
3	SŠ	x	Kurzy (jazyky, fotografie)
4	SOU	x	Rekvalifikace – modeláž nehtů + PC
5	SŠ	x	x
6	ZŠ	x	x
7	SŠ	VŠ (3. ročník magisterského studia)	x
8	SOU	SOU	x
9	ZŠ	SŠ	VOŠ nebo VŠ humanitního zaměření

Ke změnám v dosaženém vzdělání zatím ani u jednoho z respondentů nedošlo, ale 3 z nich aktuálně studují. Jedna respondentka se nachází ve 3. ročníku denního studia VŠ (magisterský obor humanitního zaměření), další studuje při práci dálkově SŠ a měla by příští rok maturovat a jiná započala, opět při práci, dálkově SOU, bližší svému profesnímu zaměření. Na další vzdělání pomýšlejí 4 respondenti.

V oblasti zaměstnání je 1 respondent v trvalém pracovním poměru, ostatních 5 pracuje jako osoba samostatně výdělečně činná. 2 respondentky jsou aktuálně na rodičovské dovolené se svými dětmi a 1 respondentka je studentkou denního studia a jejím zdrojem příjmu jsou přivýbělky formou brigád. Významnou nespokojenost projevil jen jeden z respondentů (9/Ž/32: „...mě to nebaví a za druhý na to nemam podmínky... Takže je to jenom kvůli tomu, abych si tu školu dodělala.“). Další plány v profesním zaměření projeví především ti, kteří aktuálně studují, nebo další formy zvyšování kvalifikace plánují. Nechyběly ani sny jako „žít se focením“ nebo „provozovat jazzový bar“.

S příjmem byli všichni respondenti spokojeni (3/M/32: „Já myslím, že se mam celkem dobře, zabezpečenej jsem slušně.“), 4 respondenti (matky s malými dětmi a studující) jen relativně, s ohledem na aktuální podmínky (9/Ž/32: „Určitě je dostatečné. Nebo takhle, kdybych bydlela mimo domov, tak by mi to nestačilo vůbec.“). Např. ženy na rodičovské dovolené, pobírající rodičovské dávky, braly v potaz celý rodinný příjem vč. toho partnerova (2/Ž/33: „...nestrádáme, ale zase nic neušetříme. My máme vlastně furt jako před vejplatou.“). Ve všech případech příjmy pokrývaly všechny nutné potřeby.

K trestné činnosti po léčbě se nehlásil nikdo z respondentů.

Tab. 8: Zaměstnání a příjem

	Zdroj příjmu	Spokojenost s příjmem	Trestná činnost
1	Trvalý pracovní poměr	+	-
2	Rodičovské dávky	+	-
3	Osoba samostatně výdělečně činná	+	-
4	Rodičovské dávky	+	-
5	Osoba samostatně výdělečně činná	+	-
6	Osoba samostatně výdělečně činná	+	-
7	Přivýbělky formou brigád	+	-
8	Osoba samostatně výdělečně činná	+	-
9	Osoba samostatně výdělečně činná	+	-

Vysvětlivky: +/ano; -/ne

3. 4. 4. 2 Zdraví

V rámci substitučního metadonového programu se pacienti podrobují pravidelným kontrolám svého somatického stavu (kap. 1.6.3), kde je možnost nemoci a komplikace podchytit a dále pak podstoupit potřebnou léčbu. Nejčastěji řešeným závažným onemocněním během substituční léčby je např. virová hepatitida typu C, která se léčí interferonem.

Součástí terapeutického týmu je i psychiatr, který je pacientům k dispozici pro potíže v oblasti psychického zdraví. Z předchozího by mohlo vyplývat, že zásadní potíže pacienti programu vyřeší během léčby. Zároveň ale může platit, že některé potíže, především psychického rázu, které metadon v léčbě pokrýval či tlumil, se mohou znovu, případně silněji projevit při jeho vysazení. Proto jsem se ve svém dotazování zaměřila více na oblast duševního zdraví a psychické pohody. Ovšem ani tělesné zdraví nezůstalo opomenuto. Pokoušela jsem se o zmapování nejen současného stavu, ale celého období od ukončení léčby.

Své aktuální somatické zdraví popisuje subjektivně jako dobré, bez zásadních potíží 8 respondentů (1/Ž/31, 2/Ž/33, 3/M/32, 4/Ž/30, 5/M/32, 6/M/45, 7/Ž/31, 8/Ž/33). 4 (1/Ž/31, 2/Ž/33, 6/M/45, 8/Ž/33) z nich zmiňují méně závažné potíže. Pouze 1 respondentka (9/Ž/32) své zdraví vnímá jako špatné, popisuje především oslabenou imunitu a únavu (viz tabulka č. 9). Ze závažnějších potíží v období po léčbě byly zmíněny následující: neodhalený syfyilis, zjištěný během druhého těhotenství, rizikové těhotenství, vyhrězlá ploténka. 4 respondenti prodělali léčbu virové hepatitidy typu C interferonem v průběhu metadonové substituční léčby.

Svůj spánek hodnotilo 5 respondentů (1/Ž/31, 2/Ž/33, 3/M/32, 8/Ž/33, 9/Ž/32) jako dobrý, 2 jako významně špatný (5/M/32, 6/M/45). V jednom případě šlo tušit souvislost s dva měsíce trvajícím převážně nočním prací. 2 respondenti popisují občasné obtíže (4/Ž/30, 7/Ž/31).

K oblasti energie se 7 respondentů (1/Ž/31, 2/Ž/33, 4/Ž/30, 5/M/32, 6/M/45, 7/Ž/31, 8/Ž/33) vyjádřilo, že jí má dostatek. Z nich 2 dávali do souvislosti s životním stylem (1/Ž/31, 4/Ž/30). 2 respondenti (3/M/32, 9/Ž/32) svou energii vidí jako nedostatečnou (viz tab. č. 9).

Tab. 9: Aktuální somatické zdraví, spánek a energie

	Somatické zdraví	Spánek	Energie
1	„Já dobrý, akorát, že nemůžu mít děti normálně (...) chybí mi nějaké ženské hormon..“	„Spím luxusně, ale hrozně blbě vstávám.“	„Čím víc cvičím, tím víc mam energie.“
2	„Jsem zdravá (...) nějaký problémy s křečovejma žilama..“	„Dobře (...) máme mimino, tak mam pořád nějaké spánkové deficit.“	„já myslím, že dobře.“
3	„...nějaký problémy nemam.“	„...většinou jsem tak urvané, že padnu a spím.“	„No, energie mam málo, mam pocit furt. Ale asi je to v souvislosti s tou rodinou ted'ko (...) vlastně dvě děti mam malý a to jako je velké výcuc občas.“
4	„Dobrý.“	Když jim zdravě, potom perfektně spím. Kdežto když si v osm večer vezmu něco do postele k jídlu, tak spím prapodivně, i když poslední dobou mam divný sny, hodně živý a nehezky (...) a ted' jsem každéj úplněk vzhůru, vzbudí mě to.“	„Asi dobrý. Občas jsem dopoledne unavená, ale ono je to hodně o tom, jak člověk jí. Já když mam svůj zdravěj měsíc, kdy jim hlavně zeleninu a nejím večer, tak jsem úplně perfektní.“
5	„Já jsem zdravěj.“	„No ted' je to blbý, že jezdím (pracovně) v noci...“	„Dobře.“
6	„Kromě vysokýho tlaku a vysokýho cholesterolu, tak nic..jo a plotýnky jsem měl, ale cvičím, takže je to v normě.“	„Já dokážu třeba usnout, ale nemam ten spánek kvalitní, někdy mam problémy i usnout. Někdy na to беру nějaké ten Stilnox a když je to třeba hodně špatný, tak mi nestačí ten Stilnox, kterej je na usnutí, ale musím si k tomu vzít třeba půlku Ataraxu, aby to prodloužilo z toho usnutí ten spánek (...) Nemam v tom žádněj režim.“	„Myslím, že jsem v normě s tou energií. Ale v podstatě energie mi neschází.“
7	„...asi dobře, ale chřipky a angíny mam, myslím častěji než je běžný.“	„Mam problém usnout, ale když usnu, tak je to dobrý, jsem schopná spát třeba 12 hodin.“	„Já myslím, že dobře.“
8	„...já k doktorum nechodim (...) potíže nemam (...) mam lupénku.“	„..velmi dobře.“	„Kolísavě – někdy mam energie přehršel a někdy (...) Všeobecně si ale myslím, že jí mam dost, že bych jí mohla mít někdy i míň.“
9	„...cítím se unaveně a furt špatně..“	„...spím dobře (...) nemam s tím problém.“	„Obecně bych ale řekla, že s energií jsem na tom v posledním roce hůř.“

Dobře se po psychické stránce cítí celkem 4 respondenti (1/Ž/31, 2/Ž/33, 5/M/32, 8/Ž/33), 5 respondentů (3/M/32, 4/Ž/30, 6/M/45, 7/Ž/31, 9/Ž/32) má ke svému psychickému zdraví určité výhrady, které jsou nejčastěji popisovány jako výkyvy nálad s depresivními propady. 2 z respondentů využívají pravidelně psychiatrickou péči a jeden z nich užívá dlouhodobě antidepresiva.

Svou schopnost soustředit se hodnotí 5 respondentů (1/Ž/31, 2/Ž/33, 3/M/32, 4/Ž/30, 5/M/32) jako dobrou a 4 (6/M/45, 7/Ž/31, 8/Ž/33, 9/Ž/32) jako horší.

Na otázku přijetí sebe sama a svého vzhledu reagovali 3 respondenti (3/M/32, 5/M/32, 8/Ž/33) ve smyslu spokojenosti, 6 (1/Ž/31, 2/Ž/33, 4/Ž/30, 6/M/45, 7/Ž/31, 9/Ž/32) jich vyjadřovalo určitou ambivalenci či nejistotu (viz tab. č. 10).

Tab. 10: Aktuální psychické zdraví a sebezpřijetí

	Psychické zdraví	Sebezpřijetí
1	„Cejtím se výborně.“	„Nikdy bych nebyla spokojená (...) není to, že bych se hroutila.“
2	„Teď už dobrý, když začíná jaro.“	„Asi nejsem spokojená sto procentně (...) ale nějak jsem s tím smířená.“
3	„...občas nějaký deprese a stavy nepříjemný, ale myslím, že to není nic, co by neměli ostatní..“	„...teď už jsem asi spokojenej.“
4	„Dobře, s výjimkou toho jednoho tejdne v měsíci a to teda prožívám hodně..“	„Já jsem věčně nespokojená. Ale jo, já myslím, že na to, že je mi třicet, že nevypadám špatně...“
5	„Já jsem v pohodě.“	„Já jsem dobrej.“
6	„Na to, že mi ve třinácti zjistili, že jsem maniodepresivní, tak můžu říct, že v posledních letech velmi dobře (...) ty výkyvy tam teda jsou...“	„...když to řeknu hodně surově, někdy si připadám jako bombardák a někdy prostě úplně ..jo?“
7	„...vlastně beru antidepresiva furt (...) už je to všechno mnohem lepší..“	„...ale už je to o moc lepší, než to bejvalo...“
8	„Dobře.“	„Jo, dobře.“
9	„To chodím k psychiatrovi (...) takže díky tomu to jde..“	„To já nemam vůbec čas to řešit (...) nešťastná určitě nejsem...“

3. 4. 4. 3 Trávení volného času

V době užívání návykových látek je volný čas něčím velmi relativním, veškerý čas je ve většině případů věnován obstarávání drog a financí na ně. V období substituční

léčby, které trvá často roky, je tedy dostatek prostoru, a pacienti jsou k tomu motivováni, naučit se s vlastním časem zacházet, hledat způsoby jeho trávení, objevovat preference v zájmech, naučit se zdravě a dostatečně odpočívat.

Respondenti byli proto dotazováni na zájmy a na způsoby a možnosti odpočinku, jejich výpovědi uvádím v níže uvedené tabulce.

Tab. 11: Trávení volného času

	Dost prostoru pro odpočinek a zájmy?	Zájmy a způsoby odpočinku
1	„ <i>Odpočinku mam docela dost, tak akorát.</i> “	„ <i>Zumba, jóga, manžel, kamarádi...</i> “
2	„ <i>Já vůbec nevím, protože já furt něco dělám..</i> “	„ <i>Na jaře jsme jezdili na bruslích i s kočárem (...) k ničemu se jinak nedonutím (...) nějaký filmy si pustíme (...) já si ráda čtu, ale mě nikdo nenechá, jedině když spěj...</i> “
3	„ <i>...dost prostoru pro to nemam...</i> “ „ <i>...na jednu stranu je mi nepříjemný odjet si do toho at'asu a je nechat doma, nevěnovat se jim, když bych moh bejt s nima, ale taky je to přesně to, co mě dobije, abych pak měl tu sílu zase na ně večer až přijedu...</i> “	„ <i>Začal jsem dost fotit, mam ateliér (...)</i> <i>bowling si zahraju rád (...)</i> na brusle, když je čas, většinou ty děti vezmu s sebou a vyřídíme se všichni.“
4	„ <i>Docela jo...</i> “	„ <i>...jdu na kolo nebo do posilovny, odpočívám aktivitou (...)</i> chodíme společně ven na procházky (...) chodim na koncerty hardrockový...“
5	„ <i>No.</i> “	„ <i>...asi na motorku jdu, nebo si kutim něco v garáži (...)</i> v pátek chodim do hospody (...) mam ten barák, tam je furt co dělat, psy máme...“
6	„ <i>Umim si ho najít.</i> “	„ <i>...já si nejvíc odpočinu, když jdu cvičit (...)</i> dělám thajské box a řeckořímské zápas (...) na brusle chodim (...) vydechnu, když si jdu číst (...) chodíme na procházky...“
7	„ <i>Nic moc. Tak škola, práce, seminárky, povinnosti...</i> “	„ <i>většinou s přítelem (...)</i> zajdu do sauny, ráda se procházím, čtu si (...) s kámošema na petanque (...) hry na počítači...“
8	„ <i>Odpočívat moc neumim.</i> “	„ <i>Třeba potkávání s lidma mimo práci (...)</i> mě to ani nebaví odpočívat, mě stačí, že se vyspim přes noc (...) mam ráda filmy, doma i v kině...“
9	„ <i>Vůbec – syn vyžaduje pozornost každou minutu..</i> “	„ <i>...začala jsem chodit do divadla (...)</i> zajímá mě historie původních Američanů...“

Žádný z respondentů neměl problém s naplněním volného času. V případě 4 respondentů – 3 matek malých dětí a 1 studentky zazněly stesky kvůli nedostatku volného času.

3. 4. 4. 4 Vztahy

Sociální vazby v období aktivního užívání návykových látek nemají, jak známo, valnou kvalitu. Ty rodinné se často rozpadají, případně se značně naruší. Primárními vztahy se stávají ty účelové. V průběhu substituční léčby lze začít původní vztahy znovu opatrně navazovat, je-li to možné a pokud pacient vůbec chce, ať už kvůli charakteru jejich narušení anebo kvůli charakteru rodiny, která může být primárně patologická. Pacient je v programu motivován, aby se ze svého „drogového“ okolí vyvázal a navazoval vztahy nové a zdravé, což je leckdy nesnadné kvůli jeho značné absenci sociálních dovedností a zkušeností v tomto směru.

Respondenti byli dotazováni na tři typy vztahů a spokojenost s nimi: 1. vztahy s původní rodinou, 2. partnerské vztahy, 3 navazování vztahů s „nedrogovým“ okolím.

Spokojenost s rodinnými vztahy vyjádřilo 8 respondentů (1/Ž/31, 2/Ž/33, 3/M/32, 4/Ž/30, 5/M/32, 6/M/45, 7/Ž/31: *„Vztahy s rodinou se radikálně zlepšily (...) už děláme třeba i takový to, že se obejmem, když se potkáme, máma na mě v životě nesáhla, asi jo, když jsem byla malá...“*, 8/Ž/33). Nespokojenost vyjádřil 1 respondent (9/Ž/32).

V partnerských vztazích se cítí spokojeno 6 respondentů (1/Ž/31, 2/Ž/33, 3/M/32, 4/Ž/30, 5/M/32, 6/M/45), 3 jsou nespokojeni - 2 shodně nevidí v současném vztahu budoucnost (7/Ž/31: *„...k sobě úplně nepasujem, máme úplně jinak postavený hodnoty (...) tu budoucnost si umim představit (...) šlo by to, ale asi bych tím strašně slevila ze svejch ideálů, jestli se to stane, tak to bude ten vztah ze zvyku..“*) , 1 (9/Ž/32) vztah nemá a tento stav vnímá jako neuspokojivý.

Všech 9 respondentů se vyjádřilo tak, že neměli ani nemají potíže s navazováním vztahů s lidmi, kteří drogy nikdy nebrali. 2 z nich mluvili spíš o obecnějších potížích při navazování nových vztahů v důsledku introverze nebo ostýchavosti.

Aktuální partneři respondentů ve většině případů nikdy ilegální drogy neužívali. Pouze jeden je v současné době uživatelem konopí a jeden partner v minulosti užíval pervitin, nyní několik let abstinguje.

3. 4. 4. 5 Prostředí pro život

Stabilní a vyhovující bydlení je podstatnou součástí dobré kvality života a může mít tedy značný motivační potenciál pro dobré fungování v životě. Respondenti byli proto dotazováni na typ bydlení, s kým je sdíleno a na spokojenost a případné další plány v tomto ohledu.

2 respondenti (4/Ž/30, 9/Ž/32) měli výrazné výhrady, příp. měli o svém bydlení jinou představu a současný stav považovali za prozatímní řešení. Ostatních 7 bylo spokojeno, příp. relativně, protože měli v plánu realizaci svých představ o ideálním bydlení.

Tab. 12: Prostředí pro život

	Spokojenost s bydlením / plány	S kým je bydlení sdíleno
1	„Bydlím tam hrozně ráda.“	matka, bratr, manžel
2	„...vyhovuje stoprocentně...“	partner, 2 děti
3	„Zvyknul jsem si.“ / „...jsem koupil parcelu a chtěl bych na ní postavit barák.“	partnerka, její sestra, 2 děti
4	„Ne. O tom se hádáme, co jsme spolu.“	partner, 2 děti, rodiče partnera
5	„...mam tam klid a hrozně rád se tam vracím...“	manželka
6	„...je to dobrý, že je to naše, ale Praha už se mi nelíbí.“ / „...bysme chtěli do nějakýho baráčku.“	partnerka, dítě
7	„jo, ale já tam vlastně moc nejsem, přespávám u přítele, chodím tam jenom zalejvat kytky (...) je to taková moje jistota..“	(partner)
8	„No asi jo.“	x
9	„Spíš asi ne. Doma je taková nepříjemná atmosféra.“ / „Chtěla bych se odstěhovat, ale zatím to neuplatím.“	dítě, matka, otec, bratr

3. 4. 4. 6 Míra abstinence

Abstinence od psychoaktivních látek je nejen jednou z podmínek léčby v CSL, ale i jejím cílem. Abstinence by podle nestora české adiktologie Doc. MUDr. Jaroslava

Skály měla být důsledná a trvalá. Důvodem pro doporučení trvalé a důsledné abstinence je vysoká dispozice jedinců pro závislost, která se ve velké míře vylučuje s kontrolovaným užíváním. Toto doporučení se proto týká i alkoholu, ke kterému je naše kultura velmi tolerantní. Na rozdíl od ilegálních drog, je nadužívání alkoholu, či rizikové chování v jeho důsledku, předmětem společensky přijatelných veselých historek a časné příznaky závislosti zůstávají často podceňovány. U jedinců s už jednou prokázanou dispozicí k závislosti je riziko rozvinutí další závislosti pochopitelně významně vyšší a vzhledem k vysoké společenské toleranci k tomuto fenoménu i ve svých důsledcích závažnější. Z uvedených důvodů mě zajímala nejen aktuální situace užívání drog, včetně těch legálních, ale i celé období od ukončení léčby.

V období po ukončení léčby užilo alkohol všech 9 respondentů, tabák 8. V posledních třech měsících alkohol užilo 8 respondentů, tabák 7.

Nejčastěji užívanou nelegální psychoaktivní látkou je konopí, k jehož užití se za celou dobu od ukončení léčby přiznalo 6 respondentů. Užití kokainu přiznali 4 respondenti, v jednom případě se objevila i extáze. V posledních třech měsících se z ilegálních drog objevil jen kokain v 1 případě.

Tab. 13: Užívání návykových látek po léčbě

	Užívání psychoaktivních látek v období po léčbě až dosud		Užívání psychoaktivních látek v posledních třech měsících	
	legální	ilegální	legální	ilegální
1	Alkohol, tabák	Kokain (5x)	Alkohol, tabák	kokain
2	Alkohol, tabák	Konopí (1x)	Alkohol, tabák	0
3	Alkohol	Konopí (3x)	Alkohol	0
4	Alkohol, tabák	0	Alkohol, tabák	0
5	Alkohol, tabák	Kokain (1x), konopí	Alkohol, tabák	0
6	Alkohol, tabák	Kokain, konopí (12x)	Alkohol, tabák	0
7	Alkohol, tabák	konopí (3x)	Alkohol, tabák	0
8	Alkohol, tabák	Kokain (5x), konopí, extáze (1x)	Alkohol, tabák	0
9	Alkohol, tabák	0	0	0

Vysvětlivky: v závorkách je počet užití za uplynulé období od ukončení léčby, pokud je respondenti uvedli.

Respondentům bylo položena otázka zda umí pojmenovat, co jim pomáhá v abstinenci od opiátů a příp. dalších drog. Výpovědi jsou v následující tabulce.

Tab. 14: Motivace a podpora abstinence

1	<i>„Protože jsem spokojená sama se sebou. Protože to mam v hlavě docela srovnaný (...) mam fajn práci, mam manžela, mam kamarádky, kamarády, vlastně se mi daří...“</i>
2	<i>„Myslím, že pro mě konkrétně to bylo to jak umíral ten táta. Já jsem se furt nemohla rozhoupat k tomu už odejít odsud. Já jsem chtěla dlouho, ale furt jsem si říkala, co když to nezvládnou a hrozně jsem to řešila, že eště není čas a pak on byl najednou vážně nemocnej, tak jsem si říkala, proč já vůbec přemejšlim o takový kravině, tak to zkusim (...) jsem to pak chtěla i kvůli němu, to byl pro mě takovej impuls. No vlastně on už byl pak na morfinu taky a já si říkala, tak tady to do něj cpou, aby necejtíl tu bolest a já to do sebe cpu úplně dobrovolně. Ale proč se mi daří abstinovat? Asi jako rodina, že má člověk kolem sebe, mam kolem sebe jiný lidi...“</i>
3	<i>„Asi to, co si člověk vybuodoval kolem sebe a ta představa, že by o to přišel a vrátil by se zpátky jako teď zpětně, když už má ten nadhled, co by bylo a co je teď...jako tohleto všechno mě drží...“</i>
4	<i>„...protože mam teď normálního mužského, normální děti, jsem prostě na místě, kde je mi dobře.“</i>
5	<i>„No protože jsem nezapomněl, jaký to je normálně žít, protože jsem tam vždycky jezdil na tu chalupu, teď jsem se tam odstěhoval, vždycky jsem tam byl spokojenej. Tam je to prostě takovej jinej život, taková pohoda, no. Tam jsem furt v garáži, můžu jít kam chci, nebo si s tou motorkou odjedu do lesa...“</i>
6	<i>„Víte co, já to neberu jako abstinenci. Abstinenci pociťuju jako něco nucenýho, ale já to tak nemam. Bude mi chybět, když se dlouho nedostanu ke sportu, protože jsem na to zvyklej, ale tohle je něco jinýho.“</i>
7	<i>„Mě k těm drogám dneska už nic neláká. Už na tom metadonu jsem o tom přemejšlela a prožila jsem takovej zvláštní prožitek vnitřní, že ten smysl to fakt nemá a bylo to hrozně intenzivní a prostě to ztratilo význam. Ani pak po vysazení metadonu mě nenapadlo, že bych si něco dala i když jsem věděla, že kdybych si něco dala, tak mi bude fyzicky líp, ale...Mam dneska pocit, že ty drogy se mě už netýkaj, že je to dávno, že už je to divný o tom přemejšlet. Asi by to bylo jiný, kdybych neměla to zázemí...“</i>
8	<i>„...až když jsem byla na metadonu, měla kontakt s normálníma lidma, tak mě to motivovalo, abych už znovu nezačala brát – po odchodu z léčebny jsem ty kontakty měla pořád jenom s feťákama a tak jsem do toho spadla znovu.“</i>
9	<i>„Mám strach ze smrti, vážim si života, moc věcí jsem si uvědomila, změnil se mi životní styl a můžu tady být pokud budu mít tělo v pořádku. Snažim se bejt zdravá a ne se cpát látkama, který by mě ničily a hlavně kvůli synovi...“</i>

Pro zajímavost přidávám i výpovědi respondentů, které popisují období přechodu ze substituce do života bez ní a subjektivně prožívané změny v tomto období, které, dle mého názoru, mohlo do značné míry ovlivnit kvalitu jejich současného života.

Tab.15: Subjektivně pociťované změny po ukončení substituce.

1	<p>„Mě spíš jako došlo, že nic nedělám. Pro sebe. Že akorát jsem doma, občas jdu někam na mejdan, ale že bych dělala něco pro sebe, jako muj nějaký rozvoj, tak to tam vůbec nebylo.“</p> <p>„Já si nemyslím, že je to metadonem, to je tím způsobem života po tom, co lidi přestanou brát drogy. Když lidi berou a berou hodně, tak nemaj čas cvičit, žejo, ani myšlenky, ani náladu, ani čas, ani peníze, nic, ani možnosti. To na tom metadonu je to spíš takovej dojezd tady z toho všeho.“</p> <p>„Samozřejmě, když jsem odcházela z metadonu, tak to bylo všechno takový ostřejší, ale to bylo daný tím, že jsem měla zimnici, čas pomalu utíkal, byla jsem taková podrážděná, takže to bylo takový ostrý.“</p>
2	<p>„Já myslím, že , že jak jsem odešla, že to bylo horší na ty výkyvy nálad, ale to bylo už při tom snižování, prostě to bylo takový, že byl člověk senzitivnější, vnímavější, že byl schopnej fňukat i u Večerníčku.“</p>
3	<p>„Co jsem vylez z toho metadonu, tak tenkrát jsem na tom byl mizerně docela jak jsem končil.“</p> <p>„To ještě bylo s metadonem spojený to fyzický, že člověku bylo fakt mizerně. Tak na to nepomůže nic jinýho než čas, to člověk musí přetrpět.“</p> <p>„...jeden čas, když jsem vlastně odešel z toho metáku, tak jsem byl takovej nespokojenej a zároveň nespokojenej sám se sebou, tak jsem hodně běhal furt po fitkách a docela jsem se dost trápil a pak jsem začal bejt spokojenější...“</p> <p>„Energie najednou bylo spousta, že jsem vyloženě ani nevěděl kam s ní a kolikrát jsem měl pocit, že jsem toho plnej, že tím, že se tam jdu urvat úplně do toho fitka, tak že jsem si odfrknul tím..“</p> <p>„...s těma emocema to je jako když člověk vyplave najednou nad hladinu a nadechne se...je to úplně něco jinýho všechno...a hodně jsem vnímal takovej ten vztek a tohle nejvíc asi, co si vybavuju, občas se to střídalo s nějakým euforiem a bylo to hrozně rozháraný ze začátku...no a postupně se ty výkyvy trošičku vokrájely...a teďko ty emoce jsou furt, furt má člověk vztek, když mu něco nejde, ale už má ten vztek když se něco nedaří, zatímco před tím to bylo nečekaná.“</p>
4	<p>„V tý energii to není extra rozdíl. Jde o to, že já jsem tu energii tenkrát (v substituci) využívala úplně jinak než teďko, kdy jsem začala hodně sportovat, což mě hodně dobíjí znova a znova.“</p> <p>„Ono se to totiž změnilo od základu. Mě se třeba změnily i chutě. I jsem se začala jinak oblíkat (...) teď strašně ráda nosim barevný věci a mam teď strašnou chuť si užívat ten život.“</p> <p>„No a taky dřív jsem žila hodně ze dne na den a teďko přemýšlím a dokonce, což jsem dřív neuměla, tak jsem se naučila šetřit.“</p>
5	<p>„Tyjo, asi čtrnáct dní trvalo, než jsem se otrepal...to byla jenom psychika, ale jinak nic. Možná, že jsem nemoh nějak spát, že jsem si dal rohypnol nějaký, nebo nějaký prášky na spaní.“</p>
6	<p>X</p>
7	<p>„Při přechodu na ten Subutex jsem měla asi dva dny abstrák než jsem přešla a pak jsem si ho postupně snižovala, vim, že asi měsíc jsem měla takový depresivní stavy když jsem přecházela, že jsem ležela doma a koukala do stropu a nechodila vůbec mezi lidi, pak se to dalo do kupy a když jsem odcházela ze Subutexu, tak to bylo úplně v pohodě.“</p> <p>„To je asi hodně znát ten rozdíl po tom vysazení a teďko...ten první rok jsem byla taková pasivnější, neměla jsem důvod někam chodit a něco dělat...a byla jsem vycucanější, něco jako když máte chřipku.“</p>
8	<p>„...já jsem vlastně strašně dobře odešla, neměla jsem žádný abstráky, bolesti, zvládla jsem to naprosto v pohodě.“</p> <p>„Když jsem přestupovala z metadonu na Subutex, tak asi dva dny jsem měla pocit, že mi vrže v kostech.“</p>
9	<p>„Vim, že jsem byla asi půl roku unavená – zimnici, bolely mě klouby a to hodně, psychicky jsem byla v pohodě...“</p>

3. 4. 4. 7 Životní spokojenost

Souhrnnou oblastí pro všechny předchozí je životní spokojenost. 8 respondentů potvrdilo svou životní spokojenost téměř jednoznačně. 1 respondentka vyjádřila spíš nespokojenost (9/Ž/32: „*Je to složitý, byla bych spokojená, kdybych se narodila asi někde jinde, teď mam doma ty problémy, chtěla bych abych nebyla závislá / na matce, která jí poskytuje práci a bydlení /, aby se mi zlepšila finanční situace...*“).

4. DISKUSE

O téměř všech zúčastněných respondentech (8 vyjádřilo životní spokojenost) lze říci, že se jim v životě daří, tj. kvalita jejich života má vzestupnou tendenci. Pokud současný stav dáme do souvislosti s léčbou, lze ji hodnotit jako úspěšnou.

Většina respondentů (7) přišla do léčby s dokončeným středním vzděláním. Tento fakt může svědčit o jisté podpoře rodiny, příp. o jejich do určité míry odpovědném přístupu k životu, které obojí jistě mají vliv i na situaci aktuální. Znamená to také, že je v současném životě nemusí omezovat nedokončené vzdělání a jejich možnosti uplatnění na trhu práce jsou tak jistě širší než u bývalých uživatelů, kteří střední vzdělání nemají. Přesto mají 4 respondenti ještě ambice k dalšímu vzdělávání a 3 se vzdělávají už nyní.

Všichni respondenti mají legální zdroj příjmu, tj. 7 si vydělává prací (5 pracuje na živnostenský list, 1 je v zaměstnaneckém poměru a 1 si přivydělává brigádami při denním studiu), 2 respondentky dostávají rodičovské dávky na rodičovské dovolené. **Potvrzuje se tedy výzkumný předpoklad č. 1: většina respondentů aktuálně pracuje/má legální zdroj příjmu.** Ukázalo se také, že všichni respondenti pracovali po celou dobu od ukončení léčby. Dle výpovědí respondentů, nikdo z nich nepáchal trestnou činnost. Obě tyto skutečnosti jistě též podporují jejich současné uplatnění v životě.

V oblasti zdraví se ukázalo, že své tělesné zdraví vnímá většina respondentů (8) jako dobré, což **potvrzuje předpoklad č. 2: většina respondentů bude své somatické zdraví popisovat bez zásadních potíží.** Tento stav jistě podpořily i pravidelné somatické kontroly v rámci léčby, které probíhají jednou za rok. Přesto však u jedné respondentky nebyl zachycen syfylis, který byl diagnostikován až při jejím druhém porodu po léčbě. Tato skutečnost může být podnětem pro další zaměření somatických vyšetření pacientů CSL a nutnost přísnějšího sledování pohlavních chorob, protože u uživatelů psychoaktivních látek je jistě vyšší pravděpodobnost rizikového sexuálního chování.

Z výzkumu ale vyplynula vyšší míra potíží v oblasti duševního zdraví. Jen 4 respondenti je hodnotili jako dobré a 5 mělo k němu výhrady. Jedním z možných vysvětlení vyšší míry psychické nepohody může být přítomnost psychických obtíží už v minulosti, kdy drogy mohly fungovat jako automedikace a potíže následně „překryl“ metadon, tudíž vyplynuly znovu až po jeho vysazení. Toto potvrzuje i mou domněnku, že pro období vysazení metadonu a přechodu do abstinence od opiátů

je vhodné vyhledat psychoterapii, příp. jiný typ odborné pomoci, který pomůže pacientovi lépe zvládnout odkryté potíže a nejistoty. Domnívám se, že tato péče by měla přicházet odjinud než ze zařízení, které poskytuje substituční léčbu, aby pacientovi pomohlo i v odpoutání se od zařízení, kde strávil většinou několik let. Pod vlivem opiátu se některé potíže mohou „zakonzervovat“, jak vytýkají substituci někteří odborníci a proto je pro pacienty víc než vhodné využít nějakého „průvodce“.

Výše uvedené závěry dokresluje i nízká míra sebedůvěry respondentů. Jen 3 z nich jsou sami se sebou spokojeni bez výraznějších výhrad. 6 vyjádřilo značně ambivalentní postoje k sobě samým. Z těchto bylo 5 žen, což si vysvětlují možná vyšší mírou kritičnosti žen vůči sobě samým a možná to také ukazuje na jejich těžší vyrovnávání se s drogovou minulostí oproti mužům, která nyní způsobuje jejich horší sebedůvěru.

V oblasti trávení volného času se **potvrdil předpoklad č. 3: většina respondentů nebude mít potíže s využitím volného času**. Obecně převažovali ti, kteří tráví svůj čas aktivně (5), z toho 4 se aktivně a pravidelně věnují sportu. I tato skutečnost, že svou pasivitu na opiátech, o níž někteří mluvili, dokázali proměnit v aktivitu a stejným způsobem se zhostili i svého života, má v důsledku jistě velký vliv nejen na jejich zdraví a životní spokojenost, ale na celkovou kvalitu života.

Se vztahy, v nichž respondenti žijí, projeví veskrze spokojenost. S těmi rodinnými je spokojeno 8, v partnerských 6. **Potvrdil se tak předpoklad č. 4: vztahy s původní rodinou budou většinou respondentů popisovány jako dobré.**

Jeden respondent má partnerku s drogovou minulostí, která několik let abstinguje a nadále dochází na doléčovací skupiny do Sananimu. Vztah spolu měli údajně už v době, kdy oba užívali drogy, ve stejném období ho ukončili. Nový vztah, který nyní trvá druhý rok, byl navázán, když oba už abstinovali. Společná minulost není vnímána jako zatěžující a nejistoty v souvislosti s ní respondent popírá. V jednom případě se objevil partner respondentky, který užívá konopí. Právě tento fakt byl předmětem krize vztahu, po které partner užívání konopí značně omezil. Ostatní partneři drogy v minulosti neužívali a ani aktuálně neužívají.

I vztahy respondentů se širším sociálním okolím jsou „nedrogové“, pokud udržují vztahy s někým, kdo v minulosti drogy užíval, tak v současnosti abstinguje a i toto je spíš okrajovým jevem; častější je, že současné okolí nesdílí minulost respondenta.

Téměř všemi respondenty byla pozitivně hodnocena možnost postupné tvorby zázemí během léčby, které s velkou pravděpodobností podpořilo jejich další úspěchy.

Většina respondentů (8) v současné době pije alkohol, lze u nich mluvit o relativně pravidelném užívání, 5 zmiňovalo občasnou opilost. Z dotazníků, které hodnotí rizikovitost užívání alkoholu vyplynulo, že někteří respondenti užívají alkohol na hranici rizikového pití, což vzhledem k jejich dispozicím pro závislostní chování nelze brát na lehkou váhu, nicméně výzkumný **předpoklad č. 5: u významné části respondentů se prokáže rizikové užívání alkoholu, se nepotvrdil**. Několik respondentů (4) má za sebou období, kdy sami svůj vztah k alkoholu hodnotí jako nepřiměřený, který se jim posléze podařilo ve vlastních očích stabilizovat.

Pravidelnými uživateli tabáku je 7 respondentů. Jeden přestal kouřit už v léčbě, druhý kouří jen příležitostně, vždy ve spojení s alkoholem. Nikdo z respondentů se nepovažuje za naprostého abstinenta.

V posledních třech měsících užila ilegální drogu, a to kokain, jen jediná respondentka. Do zadaného kritéria 3 měsíců zasahovalo jen jedno užití, přesto, že to byla součást asi dvouměsíčního období, kde se užití kokainu objevilo cca. 6x. Respondentka to nevívala jako rizikové, ačkoliv tak reagovala na partnerskou krizi.

Za celé období po léčbě se v 6 případech objevilo užití konopí, ve 4 kokain a 1x extáze. Nikdo z respondentů neužil od ukončení léčby opiát.

Zajímavé bylo, že na přímou otázku po užití ilegálních drog po léčbě, reagovali všichni respondenti, kteří užití přiznali, nejdřív záporně a teprve posléze vyplynul opak – buď na základě dalšího doptávání anebo se později rozpomněli. Tuto zkušenost si vysvětlují buď nevhodnou formou kladení přímých otázek anebo faktem, že jsem se ptala já, kterou mají respondenti spojenou s léčbou a proto se mohli obávat negativního hodnocení v případě přiznání.

Respondenti se shodovali i v tom, že drogy nejsou aktuálně jejich téma a že nemají příliš důvody si svou minulost v běžném životě uvědomovat.

Kvalita života výzkumného souboru se jeví jako dobrá. Zároveň se dalo předpokládat, že s velkou pravděpodobností se mi podaří zkontaktovat právě ty bývalé pacienty, kterým se v životě daří a to nejen v abstinenci od opiátů. Existovala u nich nejen větší šance, že budou používat jedno stejné telefonní číslo, ale i že budou ochotni se na výzkumu podílet a rádi se o své úspěchy podělí.

ZÁVĚR

Cílem práce bylo zmapovat kvalitu života pacientů po řádném ukončení substituční léčby metadonem. Podařilo se pro výzkum získat plánovaných 20% bývalých pacientů odpovídajících zadaným kritériím, ovšem tady mohlo dojít k určitému zkreslení výsledků, protože je velmi pravděpodobné, že zkontaktovatelní byli právě ti stabilizovaní a v životě úspěšní. Kontaktování proběhlo telefonicky, aby se omezilo riziko porušení anonymity při písemné komunikaci. Považovala bych za zajímavé do budoucna tento výzkum rozšířit a bylo by proto dobré více propracovat metodiku získávání kontaktů a kontaktování, která je obecně obtížná, ale telefonické kontakty jsou v tomto ohledu značně limitující.

Kvalita života respondentů se ukázala jako dobrá. Ve velké míře nacházejí adekvátní uplatnění v životě a jen v jednom případě byla projevena životní nespokojenost. V oblasti tělesného zdraví neměli respondenti subjektivně výrazné potíže, ale v oblasti duševního zdraví se prokázal vyšší podíl výkyvů nálad a ambivalentních postojů k sobě samým. Respondenti si ve většině případů uměli uspořádat volný čas, projevovali spokojenost s bydlením i se svými sociálními vztahy. Nikdo po léčbě neužil opiát a u žádného se neprokázalo rizikové užívání alkoholu.

Výzkum prokázal, že substituční léčba naplnila v případě respondentů své cíle.

Metoda polostrukturovaných rozhovorů se ukázala jako vhodná a výzkumnému cíli adekvátní. Pro zpracování dat by ale bylo vhodnější mít k dispozici větší časové možnosti, než jaké jsem si k tomuto účelu naplánovala.

Za přínos této bakalářské práce pokládám nové podněty pro další práci s pacienty CSL, příp. další programy, ale její přínos vidím především v podpoře motivace současných pacientů a významný motivační potenciál mají výsledky jistě i pro terapeutický tým CSL.

SEZNAM TABULEK:

Tabulka č. 1: Čtyři kvality života podle Veenhovenové (Dragomirecká, 2006)

Tabulka č. 2: Oblasti QOL dotazníku SQUALA (Dragomirecká, 2006)

Tabulka č. 3: Oblasti QOL dotazníku WHOQOL-100 (Dragomirecká, 2006)

Tabulka č. 4: Oblasti QOL dotazníku WHOQOL-BREF (Dragomirecká, 2006)

Tabulka č. 5: Vznik souboru

Tabulka č. 6: Konečný soubor

Tabulka č. 7: Vzdělání

Tabulka č. 8: Zaměstnání a příjem

Tabulka č. 9: Aktuální somatické zdraví, spánek a energie

Tabulka č. 10: Aktuální psychické zdraví a sebedůvěra

Tabulka č. 11: Trávení volného času

Tabulka č. 12: Prostředí pro život

Tabulka č. 13: Užívání návykových látek po léčbě

Tabulka č. 14: Motivace a podpora abstinence

Tabulka č. 15: Subjektivně pociťované změny po ukončení substituce.

LITERATURA A INTERNETOVÉ ZDROJE:

- Balcar, K., Realita svědomí: Psychologická nebo existenciální? V Payne, J. a kol. (Ed.), Kvalita života a zdraví. Praha. Triton 2005, s. 71
- Doležalová, P., Sociálně léčebné aspekty kvality života klientů terapeutických komunit. Rigorózní práce. Brno: MU – Pedagogická fakulta, katedra speciální pedagogiky 2003, s. 87
- Dragomirecká, E., Bartoňová, J., WHOQOL-BREF, WHOQOL-100, Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace. Praha: PCP, 2006, s. 9-11, 14
- Dragomirecká, E., Bartoňová, J., Motlová, L., Papežová, H., Kožnarová, R., Šrámková, T., SQUALA Příručka pro uživatele české verze dotazníku subjektivní kvality života SQUALA. Praha: Laboratoř sociální psychiatrie PCP, 2006, s. 10-11, 46
- Kalina, K. a kol., Mezioborový glosář. Praha: Filia Nova, s. 59
- Kebza, V., Psychosociální determinanty zdraví. Praha: Academia 2005, s. 57-69
- Křivohlavý, J., Psychologie nemoci. Praha: Grada Publishing 2002, s. 188
- Křížová, E., Kvalita života v kontextu všedního dne. V Payne, J. a kol. (Ed.), Kvalita života a zdraví. Praha: Triton 2005, s. 218
- Mattick, R., Ali, R., Lintzeris N., Pharmacotherapies for the treatment of opioid dependence. New York: Informa healthcare 2009
- Ministerstvo zdravotnictví ČR, Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. MKN-10. Praha: Grada 1999
- Pechanová, M., Kvalita života v léčbě hepatitidy C uživatelů nelegálních návykových látek v nestátním zdravotnickém zařízení Remedis. Bakalářská práce. Praha: Univerzita Karlova – 1. lékařská fakulta, Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika 1. LF a VFN 2008, s. 16-17
- Popov, P., Farmakoterapie poruch vyvolaných účinkem návykových látek a substituční léčba. V Kalina, K. a kol. (Ed.), Základy klinické adiktologie. Praha: GRADA Publishing, 2008, s. 154-6

- Popov, P., Programy metadonové substituce. V Kalina, K. a kol. (Ed.), Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády ČR 2003, s. 221
- Preston, A., Drogy na předpis II., Vše o metadonu. Olomouc: Votobia, 1999, s.19-20, 23
- Randák, D., Substituční léčba Subutexem, Výzkum charakteristiky a kvality života uživatelů substituční léčby Subutexem. Atestační práce: IPVZ. Kralupy nad Vltavou, 2005, s.13
- Role substituce v oblasti léčby závislostí na drogách. Zaostřeno na drogy č. 2, Praha: RVKPP ČR 2003, s. 4
- Smolík, P., Duševní a behaviorální poruchy, průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika. Praha: MAXDORF, 1996, s. 116-121
- Standardy substituční léčby, Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky, ročník 2007, částka 8, s. 29-33
- Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2008. Praha: RVKPP ČR 2009, s. 24, 31, 34, 79
- Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2007. Praha: RVKPP ČR 2008, s. 59
- IX. celostátní konference Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP a celostátní 42. konference sekce AT, Nepublikované přednášky, Měříň , květen 2003
- XIV. mezinárodní konference Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP a 47. mezinárodní konference AT sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP, Nepublikované přednášky, Měříň, květen 2008
- Zůstat střízlivý (Karel Nešpor) –online knihy:
[URL:http://www.alkoholik.cz/zavislost/ke-stazeni/online-knihy/category/1-online-knihy.html?format=html&limitstart=10](http://www.alkoholik.cz/zavislost/ke-stazeni/online-knihy/category/1-online-knihy.html?format=html&limitstart=10) (22.2.2010)
- Prevalence estimates of problem opioid use:
URL: www.emcdda.europa.eu/situation/opioids/3 (2.3.2010)
- URL: www.uzis.cz (16.3.2010)

PŘÍLOHY

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Struktura oblastí QOL pro rozhovory

Příloha č. 2: Všeobecná pravidla a terapeutický řád CSL

Příloha č. 3: Terapeutická smlouva CSL

Příloha č. 4: Poučení o nakládání s osobními údaji a se získanými daty

Příloha č. 5: Dotazník zjišťující rizikovost užívání alkoholu

Příloha č. 1.:

Struktura oblastí QOL pro rozhovory

1./ Uplatnění v životě:

Vzdělání /příp. změna po léčbě ?
ambice?

Zaměstnání: kde? spokojenost?
ambice?
příjem? dostatečný? příp. další příjmy?

2./ Zdraví: x příp. potíže? léčíte/léčil jste se s něčím?

bolest? myslíte v běžné míře? jak snášíte?
jak se cítíte po psych. stránce?
schopnost soustředit se?
pocit bezpečí?
energie?
přijetí sebe sama, svého vzhledu?
kvalita spánku?

3./ Volný čas: odpočinek - je ho dost? jak odpočíváte?
zájmy?

4./ Vztahy: s původní rodinou – rodiče a sourozenci
partnerské, sex. život
příp. děti
přátelé
podpora od vašeho okolí
jak se vám daří navazovat vztahy s lidmi, kt. drogy nikdy
nebrali?

5./ Prostředí: jak bydlíte?
s kým?
vaše volba?

6./ Abstinence x užívání návykových látek: (ilegální, legální; frekvence)
po léčbě?
aktuálně?
neschází pocit vzrušení?
pocity s jakými vzpomínáte na drogy?
Umíte pojmenovat proč se vám daří „abstinovat“ od opiátů, příp.
dalších drog? Co vám v tom pomohlo/pomáhá?
trestná činnost?

7./ Životní spokojenost

Příloha č.2:

VŠEOBECNÁ PRAVIDLA A TERAPEUTICKÝ ŘÁD

OLZ CSL

1. Účast v programu začíná **zkušební dobou**. Trvá 2 měsíce, během nichž pacient dochází do substitučního centra bez výjimky denně. Po jejím uplynutí terapeutický tým rozhodne, zda bude léčba dále pokračovat. Při tom bude brát v úvahu zejména snahu dotyčného o ukončení užívání jiných drog. To je podmínkou **řádné účasti v programu**, která má po zkušební době následovat.
2. V substitučním centru nebo jeho okolí se pacient zdržuje pouze v případě, že přichází pro substituční látku nebo se účastní na dalších aktivitách programu.
3. Po uplynutí zkušební doby může být metadon poskytnut k domácímu užití o víkendech a svátcích = **výdej metadonu**. Podmínkou je zejména abstinence od jiných drog prokázaná negativním („čistým“) toxikologickým vyšetřením moči.
4. **Pro zaměstnané pacienty** je přednostně vyhrazena výdejní doba v pracovních dnech od 7:00 do 8:00 hodin. Jedná-li se o pracovní činnost doloženou prac. smlouvou nebo obdobnými dokumenty, mohou být poskytnuty i výdeje metadonu nad rámec víkendových. V takovém případě může být metadon vydán nejvýše na tři dny a musí být zachovány 3 kontakty pacienta s centrem během jednoho týdne. Podmínkou je opět zcela bezproblémová účast v programu.
5. **Mimořádný výdej metadonu** je takový, na nějž nemá dotyčný běžný nárok (např. výdej na dobu delší než 3 dny nebo s méně než 3 kontakty za týden). Je poskytován jednorázově z rozhodnutí terapeutického týmu, proto je nutno o něj žádat minimálně den předem – s výjimkou výdeje ze zdravotních důvodů. **Výdej metadonu na dovolenou** je možno poskytnout až na 14 dnů. Jedná-li se o dovolenou v tuzemsku, je nutno o něj žádat minimálně týden předem. O **výdej metadonu na cestu do zahraničí** je vhodné žádat měsíc předem – důvodem je vyřízení certifikátu pro vývoz metadonu na Ministerstvu zdravotnictví. V opačném případě je vyřízení certifikátu bez záruky a cesta dotyčného na jeho vlastní riziko.
6. Při **porušení pravidel terapeutické smlouvy** a terapeutického řádu substitučního centra dojde ke zpřísnění léčebného režimu (denní docházka, častější kontroly moči).

Návrat k výdejům je pak možný nejdříve po 1 měsíci bezproblémové účasti v programu, tj. zejména abstinence od dalších drog.

7. Nedojde-li ani po zprísnění léčebného režimu k nápravě problémového chování, je účastníkovi uloženo **podmínečné vyloučení z programu** („podmínka“). To znamená další měsíc, dva nebo i tři denní docházky – podle toho, zda je za poslední rok ukládána poprvé, podruhé nebo potřetí. Dojde-li během „podmínky“ k dalšímu porušení pravidel, je účastník z programu vyloučen. Poté má týden na to, aby si domluvil nástup léčby jinde – v opačném případě je zahájeno snižování dávky metadonu, obvykle tempem 10mg za 3dny.

8. Při **závažném porušení pravidel programu** (např. agrese, distribuce drog, jiná kriminální činnost) může být dotyčný vyloučen okamžitě - bez předchozího varování a bez snižování dávky metadonu.

9. Po vyloučení z programu je možno se **znovu ucházet o přijetí**:

A/ po 3 měsících bezproblémové účasti (tj. včetně prokázané abstinence od ilegálních drog) v jiném substitučním programu, případně jiném zařízení pro léčbu závislostí

B/ po 6 měsících

Existuje-li v tu chvíli na vstup do programu pořadník, znamená to zapsání do něj. Na opakovaný vstup do programu není automatický nárok, záleží na rozhodnutí terapeutického týmu.

10. V případě **odchodu z programu vlastním rozhodnutím** je možné se o znovupřijetí ucházet kdykoli. Existuje-li v tu chvíli pro vstup do programu pořadník, záleží na rozhodnutí terap. týmu, zda bude dotyčný přijat přednostně. V úvahu bude bráno mj. udržování kontaktu se substitučním centrem (případně jiným zařízením pro léčbu závislostí - doléčování) v době po odchodu z programu.

11. **Po roce bezproblémové účasti v programu**, tj. takové, během níž nedošlo k žádnému porušení terapeutické smlouvy, může dotyčný požádat o přijetí do „**Klubu V.I.P.**“. Členství v něm přináší uvolnění pravidel co se týče poskytování výdejů metadonu.

12. Po 2 letech bezproblémové účasti v programu, tj. takové, během níž nedošlo k žádnému porušení terapeutické smlouvy, může dotyčný požádat o přijetí do „**Klubu V.V.I.P.**“. Členství v něm přináší uvolnění pravidel co se týče poskytování výdejů metadonu.

13. Povolení výjimek z těchto pravidel je zcela v kompetenci terapeutického týmu na základě individuálního zhodnocení celkového stavu pacienta.

Příloha č. 3:

Terapeutická smlouva OLZ CSL

Tato smlouva, týkající se podmínek a průběhu substitučního programu, se uzavírá mezi jeho provozovatelem - Substitučním centrem oddělení pro léčbu závislosti VFN v Praze 2, které zastupuje a jeho účastníkem, kterým je pan/paní.....

Podstatou substituce je náhrada ilegální drogy legálním opioidem, v tomto případě metadonem, která je provázena dalšími aktivitami v oblasti zdravotní, psychoterapeutické a sociální. Cílem je zmírnění, případně odstranění problémů plynoucích z drogové závislosti a zlepšení celkové životní situace účastníka programu. Dlouhodobějším cílem se pak může stát dosažení úplné abstinence.

Provozovatel se zavazuje:

- **Poskytovat substituční léčbu, tj. podávání substituční látky a základní zdravotní a sociální péči s tím související.**
- Poskytovat další dohodnuté služby nad rámec základní zdravotní a sociální péče.
- Respektovat individualitu účastníků a jejich potřeb.

Účastník programu se zavazuje:

- Dodržovat pravidelnou docházku, která je v zásadě každodenní, není-li dojednáno jinak, a respektovat přitom výdejní dobu.
- Užívat substituční látku ordinovanou lékařem v předepsaném množství.
- Informovat jiné lékaře, s kterými přijde do kontaktu při poskytování zdravotnické péče, o své účasti v substitučním programu.
- Informovat lékaře substitučního programu o jakékoli jiné zdravotnické péči, zejména o ordinovaných lécích.

- Dodržovat pravidelný kontakt s lékařem programu a soc. pracovníci v individuálně dohodnuté podobě.
- Podrobit se kontrolovaným odběrům moči pod dohledem zdravotnického personálu substitučního centra kdykoli o to bude požádán.
- Účastnit se pravidelných kontrol svého tělesného zdravotního stavu podle požadavků stanovených substitučním centrem.
- Vyvarovat se distribuce a manipulace ilegálních psychoaktivních a substitučních látek.
- Vyvarovat se podvodů či zatajování reality; účast ve více substitučních programech najednou je nepřijatelná a je důvodem pro bezpodmínečné vyloučení z programu.

Účastník programu dále bere na vědomí, že:

- Užívání psychoaktivních látek s tlumivým účinkem (např. jiné opiáty, alkohol, benzodiazepiny, barbituráty, jiná hypnotika, neuroleptika), pokud nebyly předepsány lékařem programu, jej může ohrožovat na životě. Bude hodnoceno jako hrubé porušení terapeutické smlouvy. Zákaz konzumace alkoholu se týká i nealkoholického piva.
- Hrubým porušením smlouvy je i užívání jakýchkoli dalších ilegálních psychoaktivních látek (drog). Totéž platí i pro léky, s jejichž užíváním nedal souhlas lékař programu.
- Přejde-li pod vlivem jiné drogy nebo prokáže-li dechová zkouška užití alkoholu, může mu být dávka metadonu snížena. Také mu příslušná denní dávka nemusí být vydána vůbec - záleží na posouzení jeho stavu lékařem programu.
- Projev jakékoliv agrese či hrozba agresí jsou zásadně nepřijatelné a budou hodnoceny jako hrubé porušení terapeutické smlouvy.
- Existují složky potravy (např. mák) a volně prodejné léky (např. přípravky na nachlazení obsahující pseudoefedrin), jejichž konzumace může vést k pozitivnímu toxikologickému nálezu v moči. Tím přebírá odpovědnost za vyhýbání se jejich konzumaci.

- Užívání metadonu může ovlivnit činnosti vyžadující zvýšenou pozornost jako je řízení motorových vozidel , manipulace se stroji a zbraněmi, práce ve výškách apod. Proto by tyto činnosti neměl vykonávat – o výjimce může rozhodnout lékař programu po zhodnocení jeho celkového zdravotního stavu.
- Další důležitá pravidla programu jsou obsažena v dokumentech „Všeobecná pravidla a terapeutický řád“, „Pravidla chování v prostorách subst. centra“ a „Pravidla odběrů moči na toxikologické vyšetření“. Všechny jsou mu k dispozici.
- Některé důležité informace týkající se jeho povinností mohou být sdělovány v podobě vývěsek v prostorách centra. Skutečnost, že si jich během svých návštěv nepovšiml, nebude omluvou pro neplnění těchto povinností.
- Informace týkající se jeho osoby budou k dispozici pro vědecké účely lékařům a dalším odborníkům, kteří absolvují v centru vzdělávací program. S osobními a zdravotními daty bude nakládáno jako s důvěrnými a všichni pracovníci jsou vázáni povinnou mlčenlivostí.
- Obdržel informace o programu v písemné formě, pozorně je přečetl a měl možnost zeptat se na všechny věci, které mu nebyly jasné. Odpovědi, které dostal, byly plně vysvětlující a nemá již další doplňující otázky.
- **Opakované a/nebo hrubé porušení této smlouvy povede k ukončení jeho účasti v programu.**

Obě strany znají obsah této smlouvy a plně s ním souhlasí. Podepisují ji dobrovolně, po úvaze a s úmyslem dosáhnout jejího naplnění. Je provedena ve dvou vyhotoveních, z nichž jedno bude uloženo v dokumentaci substitučního centra a druhé obdrží účastník programu.

Příloha č. 4:

Poučení o nakládání s osobními údaji a se získanými daty

Rozhovor, kvůli kterému se tady dnes setkáváme, je součástí výzkumu k mé bakal. práci na téma: Kvalita života pacientů po řádném ukončení substituční léčby metadonem.

Všechny informace, které mi poskytnete, budou použity jen pro zmíněnou práci. Nikde se neobjeví vaše jméno ani jiné identifikační údaje. Získané informace nebudou rozhodně zaznamenávány do vaší zdravotní dokumentace.

Příloha č.5:

Z možností, které se Vám nabízejí jako odpovědi, zvolte tu, která se nejvíce přibližuje skutečnosti. Zakroužkujte číslce v závorce příslušející této odpovědi. V testu se používá pojem „standardní sklenice“. Standardní sklenicí se rozumí v této verzi dotazníku půl litru 12° piva, 2 „deci“ přírodního vína nebo 0,05 l („půldeci“) destilátu.

Otázky 1. – 8. se týkají posledních 12 měsíců.

1) Jak často pijete nápoje obsahující alkohol včetně piva?

0: Nikdy

1: Jednou za měsíc a méně

2: 2-4x za měsíc

3: 2-5x týdně

4: 4x nebo více za týden

2) Kolik standardních sklenic vypijete během typického dne, kdy pijete? (Jedna standardní sklenice odpovídá půl litru 12 stupňového piva, 2 „deci“ vína nebo „půldeci“ destilátu.)

0: Nejvýše 1

1: 1,5 až 2

2: 2,5 až 3

3: 3,5 až 5

4: 5 a více

3) Jak často vypijete 3 nebo více standardních sklenic při jedné příležitosti? (Jedna standardní sklenice odpovídá půl litru 12° piva, 2 „deci“ vína nebo „půldeci“ destilátu.)

0: Nikdy

1: Méně než jednou za měsíc

2: Jednou za měsíc

3: Jednou za týden

4: Denně nebo téměř denně

4) Jak často jste během posledních 12 měsíců zjistil, že nejste schopni přestat pít, když jste začal?

0: Nikdy

1: Méně než 1x za měsíc

2: 1x za měsíc

3: 1x týdně

4: Denně nebo téměř denně

5) Jak často jste kvůli pití během posledních 12 měsíců neudělal to, co se od Vás běžně očekávalo?

0: Nikdy

1: Méně než 1x za měsíc

2: 1x za měsíc

3: 1x za týden

4: Denně nebo téměř denně

6) Jak často jste během posledních 12 měsíců potřeboval hned ráno sklenici alkoholického nápoje (počítá se i pivo), abyste mohl fungovat po předchozím vydatném pití?

0: Nikdy

1: Méně než 1x za měsíc

2: 1x za měsíc

3: 1x za týden

4: Denně nebo téměř denně

7) Jak často jste měl během posledních 12 měsíců pocity viny nebo výčitky svědomí kvůli pití?

0: Nikdy

1: Méně než 1x za měsíc

2: 1x za měsíc

3: 1x za týden

4: Denně nebo téměř denně

8) Jak často během posledních 12 měsíců jste nebyl schopen si vzpomenout, co se dělo předchozí večer, protože jste pil?

0: Nikdy

1: Méně než 1x za měsíc

2: 1x za měsíc

3: 1x za týden

4: Denně nebo téměř denně

9) Byli jste vy nebo byl někdo jiný zraněn v důsledku vašeho pití?

0: Nikdy

1: Ano, ale ne v posledních 12 měsících

2: Ano, během posledních 12 měsíců

10) Byl někdo z příbuzných nebo přátel, lékař nebo sociální pracovník znepokojen vaším pitím a navrhoval, abyste pití omezil nebo pít přestal?

0: Nikdy

1: Ano, ale ne v posledních 12 měsících

2: Ano v posledních 12 měsících

Vyhodnocení

Sečtete zakroužkovaná čísla.

Součet 0 až 7: Doporučuje se pacienta informovat (např. ho povzbudit, ho aby v opatrném vztahu k alkoholu pokračoval).

Součet 8 až 15: Doporučuje se jednoduchá rada pití omezit nebo abstinovat.

Součet 16 až 19: Doporučuje se jednoduchá rada pití omezit nebo abstinovat a dále poradenství a sledování pacienta.

Součet 20 až 40: Doporučuje se odeslání k vyšetření a další léčbě ke specialistovi.

Vyšší hodnoty v otázkách č. 1) až 3) svědčí pro nebezpečné pití, vyšší hodnoty v otázkách 4) až 6) svědčí pro závislost na alkoholu a vyšší hodnoty v otázkách 7) až 10) svědčí pro škodlivé pití alkoholu.