

Univerzita Karlova
1. lékařská fakulta
Studijní program: Navazující magisterské studium
Studijní obor: Adiktologie



**Deskriptivní analýza a evaluace substituční léčby
závislosti na opioidech v Kazachstánu**

**Descriptive analysis and evaluation of the opioid
substitution treatment in Kazakhstan**

Diplomová práce

Autor závěrečné práce:
Bc. Olga Čečeleva

Vedoucí závěrečné práce:
MUDr. Tomáš Zábranský, Ph.D.

Praha, 2016

Prohlášení:

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

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

V Praze, 2016

Olga Čečeleva

Podpis

Identifikační záznam:

ČEČELEVA, Olga. *Deskriptivní analýza a evaluace substituční léčby závislosti na opioidech v Kazachstánu. [Descriptive analysis and evaluation of the opioid substitution treatment in Kazakhstan]*. Praha, 2016. 61 s., 2 příl. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1.LF UK a VFN v Praze. Vedoucí práce Zábanský, Tomáš

Poděkování

Velké poděkování patří vedoucímu práce, panu MUDr. Tomáši Zábranskému, Ph.D., za odborné rady poskytované v průběhu vypracovávání závěrečné práce. Zároveň bych chtěla poděkovat projektu CADAP (<http://cadap-eu.org/>) za podporu tohoto výzkumu.

Dále děkuji všem odborníkům za spolupráci a poskytnutí potřebných dat, a to především Anně Vatulinové, Anye Sarang, Natalii Rudokvasové, Nurije Gafarové, Oksaně Ibragimové, Olze Byelyavevové, Olze Komarovové, Olze Ryl a Salušaš Bekmagambetové. Děkuji všem respondentům za jejich aktivní přístup k poskytování informací.

Na závěr bych chtěla poděkovat panu MUDr. Viktoru Mravčíkovi, Ph.D., za oponenturu.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	8
1. ÚVOD	9
2. TEORETICKÁ ČÁST	11
2.1. CHARAKTERISTIKA OPIOIDŮ A ZÁVISLOSTI NA NICH	11
2.2. POPIS OPIOIDNÍ SUBSTITUČNÍ TERAPIE	12
2.3. ZÁKLADNÍ GEOGRAFICKÁ A SOCIODEMOGRAFICKÁ DATA O KAZACHSTÁNU	14
2.4. PŘEHLED SITUACE V OBLASTI DROG V KAZACHSTÁNU	16
2.5. HISTORIE A SOUČASNOST OPIOIDOVÉ SUBSTITUČNÍ TERAPIE V KAZACHSTÁNU	19
3. PRAKTICKÁ ČÁST	22
3.1. STANOVENÍ CÍLŮ	22
3.2. DESIGN VÝZKUMU	22
3.3. VÝZKUMNÝ SOUBOR A KRITÉRIA ZAŘAZENÍ DO STUDIE	23
3.4. METODY SBĚRU DAT	24
3.5. METODY ANALÝZY DAT	26
3.6. VÝSLEDKY – EX/UŽIVATELÉ OPIÁTOVÝCH DROG	26
VÝSLEDKY –	32
3.7. NEPACIENTI OST	32
VÝSLEDKY –	36
3.8. PACIENTI OST	36
VÝSLEDKY –	42
3.9. KLÍČOVÉ INFORMANTKY	42
4. DISKUZE	46
4.1. OMEZENÍ STUDIE	46
4.2. VYUŽITÍ VÝSLEDKŮ STUDIE	46
5. ZÁVĚRY	50
6. SEZNAM TABULEK	51
7. SEZNAM OBRÁZKŮ	51
6. ODKAZY	52
7. PŘÍLOHY	56
7.1. PŘÍLOHA 1.DOTAZNÍK 1	56
7.1. PŘÍLOHA 2. DOTAZNÍK 2	60

Abstrakt

Úvod: Opioidní substituční terapie (OST) v Kazachstánu zůstává i po 8 letech od zavedení programu předmětem kontroverze.

Cíle výzkumu: Analyzovat faktory ovlivňující postoje pacientů OST i těch, pro které by tato léčba byla vhodná, ale nevyužívají ji, a znalosti a postoje vybraných organizací a jejich představitelů – klíčových hráčů v dané oblasti.

Soubor a metody: Studie probíhala metodou dotazníkového šetření doplněného semistrukturovanými individuálními a skupinovými rozhovory. Studie se zúčastnilo 100 respondentů. První skupinu tvořilo 46 současných pacientů OST. Druhá skupina byla tvořena respondenty splňujícími kritéria závislosti na opioidech, a zahrnovala aktivní uživatele i pacienty léčby v (abstinenčně orientovaných) rehabilitačních zařízeních, mezi nimiž byli i bývalí pacienti OST. Sběr dat probíhal od října do prosince 2015. Do výzkumu byla zařazena (kvalitativní) interview se dvěma klíčovými informantkami.

Výsledky: Pacienti OST s průměrnou dosavadní délkou léčby 29,4 měsíců zaznamenali během léčby zlepšení zdravotního stavu, finanční situace, vztahů s okolím, byli spokojenější s místem bydliště ($p < 0,001$), a za posledních 30 dní podle vlastního vyjádření nepáchali žádné trestné činy. Ve všech uvedených kategoriích vykazovali vyšší míru spokojenosti než nepacientská skupina. Většina pacientů (80 %) byla s léčbou spokojena, i když pacienti zmiňovali řadu návrhů na zlepšení služeb. Všichni pacienti OST považovali za potřebné dále rozšiřovat dostupnost OST v Kazachstánu. Odpovědi respondentů ze skupiny nepacientů se významně lišily ($p < 0,001$): 40,7 % respondentů považovalo za potřebné rozšiřovat dostupnost OST a 38,9 % respondentů mělo opačný názor.

Interview s klíčovými informantkami ukázalo významné rozdíly v jejich názoru na OST. Zatímco pozitivní stanoviska ředitelky Národního vědecko-praktického centra zdravotní a sociální problematiky závislosti byla pečlivě vyargumentovaná a odvolávala se na veřejně dostupné dokumenty a zprávy, prezidentka Národní lékařské asociace byla v interview vyhýbavá, odmítala sdílet výzkumy a další podklady, na něž se odvolávala, a používala silně emočně zabarvená axiomatická prohlášení, jimiž podporovala svůj negativní postoj k OST.

Závěr a doporučení: Ačkoliv pacienti OST hodnotili průběžné výsledky léčby jednoznačně kladně, postoje ostatních respondentů byly různorodé. Další intervence by se měly zaměřit na rozšiřování dostupnosti léčby a její přizpůsobení potřebám pacientů s ohledem na jejich psychosociální prospěch, na kontroly kvality služeb prováděné nezávislými odborníky a na systematické vzdělávání narkologů a lékařů obecně.

Klíčová slova: Kazachstán, závislost na opioidech, medicínská léčba, harm reduction, substituční léčba, metadon

Abstract

Background: In Kazakhstan, opioid substitution therapy (OST) has been a controversial topic since its introduction in 2008.

Aim: To examine and analyse factors influencing approach towards OST among OST patients, opioid-dependent drug users who could re-consider engagement in this therapeutic method, as well as attitudes of selected key organisations and their representatives.

Methods: A survey method complemented by semi-structured individual and group interviews has been selected. One hundred respondents participated in the study between October and December 2015. The first group consisted of 46 OST patients. The second group consisted of 54 respondents who met criteria for opioid dependence. This group included patients of residential treatment centres, former OST patients and current injecting drug users. Key persons were interviewed about their attitudes.

Results: Patients receiving OST, with the average treatment duration of 29.4 months, reported improved health, improved social functioning and financial well-being, as well as reduction of their involvement in crime. This group showed better results in all examined categories. Most (80 %) were satisfied with the treatment, even though a number of shortcomings have been reported. All OST patients considered necessary to expand the availability of OST in Kazakhstan. Feedback of the second group of respondents was significantly different ($p < 0,001$): 40.7% of respondents considered necessary to expand the availability of OST and 38.9% took the opposite view.

Survey with key interviewees showed significant differences in their view about the OST. While a positive opinion of the Director of the National Scientific and Practical Centre on Medical and Social Problems of Drug Addiction has been carefully articulated and based on publicly available data, the president of the National Medical Association has been evasive, refusing to share studies results and using emotional axiomatic statements to support a resolutely adverse position towards OST.

Conclusions: Although OST patients perceived OST as unanimously efficacious and beneficial, negative attitudes persist among many other respondents. Further interventions should focus on expanding treatment availability and matching its design to patient's needs so that the psychosocial wellness is prioritized; quality controls by independent experts and systematic education on OST for narcologists and all medical professionals should be performed routinely and on continuous basis.

Keywords: Kazakhstan, opioid addiction, medical treatment, harm reduction, substitution treatment, methadone

Seznam použitých zkratk

HIV / AIDS	Infekce virem lidské imunitní nedostatečnosti / syndrom získaného selhání imunity (Human Immunodeficiency Virus / Acquired Immune Deficiency Syndrome)
CADAP	Protidrogový program ve Střední Asii (Central Asia Drug Action Programme)
GFATM	Globální fond pro boj s AIDS, tuberkulózou a malárií (Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria)
IUD	Injekční uživatel drog
LAAM	Levo-Acetyl Alpha-Methadol
MZSR RK	Ministerstvo zdravotnictví a sociálního rozvoje Republiky Kazachstán
OSN	Organizace spojených národů
OST	Substituční léčba opioidy (Opioid Substitution Treatment)
SSSR	Svaz sovětských socialistických republik
UNAIDS	Úřad OSN pro prevenci šíření HIV / AIDS (Joint United Nations Program on HIV)
UNDP	Rozvojový program OSN (United Nations Development Programme)
UNICEF	Dětský fond Organizace spojených národů (United Nations Children's Emergency Fund)
UNODC	Úřad OSN pro drogy a prevenci kriminality (United Nations Office on Drug and Crime)
VHB	Virová hepatitida typu B
VHC	Virová hepatitida typu C
VTOS	Výkon trestu odnětí svobody
WHO	Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)

1. ÚVOD

Přestože je medicínská účinnost opioidní substituční terapie (OST¹) známa již více než padesát let (V. P. Dole & Nyswander, 1965; Vincent P Dole, Nyswander, & Kreek, 1966; V. P. Dole, Nyswander, & Warner, 1968; Joseph, Stancliff, & Langrod, 2000), v některých zemích zůstává stále předmětem kontroverze a ideologicky či moralistně orientovaných debat. Děje se tak navzdory stanoviskům a doporučením Světové zdravotnické organizace a dalších relevantních mezinárodních agentur (WHO, UNODC, & UNAIDS, 2004a; World Health Organization, 2009) a vědeckých organizací (Center for Substance Abuse Treatment, 2012; EMCDDA, 2004).

Mezi země, kde OST dosud vzbuzuje rozporuplné reakce, patří i postsovětská republika Kazachstán, kde byl pilotní projekt OST s využitím metadonu (buprenorfin není v Republice Kazachstán dostupný) zaveden relativně nedávno – v roce 2008. Od té doby neutichají diskuze týkající se ne/potřebnosti a “ne/přípustnosti” této léčby. Postoje veřejnosti se rozdělily na dva póly. Na jedné straně figurují zásadní odpůrci substituční léčby, na té druhé především samotní pacienti OST a jejich nejbližší, kteří substituční léčbu podporují.

Země Střední Asie jsou konfrontovány s jednou z nejrychleji šířících se epidemií HIV/AIDS, jež je z velké části způsobena injekčním užíváním drog (Ancker & Rechel, 2015). Z vědeckých studií přesvědčivě vyplývá, že OST je spojena s významným poklesem objemu injekční aplikace a její frekvence (viz např. Gowing, Farrell, Bornemann, Sullivan, & Ali, 2011). Metadonová substituční léčba se považuje za jednu z hlavních typů léčby závislosti na opioidech; v naplňování svých cílů je vysoce efektivní a široce využívaná (Mattick, Breen, Kimber, & Davoli, 2014). Na území Kazachstánu byla substituční terapie v době sběru dat (leden 2016) poskytována v 10 městech. Vzhledem k rozloze země, počtu obyvatel a odhadovanému počtu problémových/injekčních uživatelů opioidních drog (zejména heroinu a acetylovaného opia) je ale počet poskytovatelů OST i dostupnost této léčby zcela nedostatečná. Nejednotné postoje k OST v odborné veřejnosti se přenášejí i do veřejnosti laické a vedou k častým rozporům v názorech oficiálních představitelů země, resp. jejich odborných organizací, a tyto rozpory jsou často medializovány (Klimova, 2016). Přestože Ministerstvo zdravotnictví Republiky Kazachstán² zaujímá k OST pozitivní postoj, podložený vědeckými důkazy i národní zkušeností, odpor části odborné veřejnosti k OST výrazně komplikuje rozvoj substitučních programů v Kazachstánu. Zavádějící, vědeckými důkazy nepodložené informace o substituční léčbě vedly k protestu a prosbám občanů o rezignaci ministryně zdravotnictví Salidat Kairbekovové³ (Koemec, 2014). Kladný postoj Ministerstva zdravotnictví a sociálního rozvoje Republiky Kazachstán se přitom opírá o doporučení odborníků, o

¹ Kromě zkratky OST (z angl. opioid substitution therapy) se někdy jako synonyma užívají také MAT (medically assisted treatment) a pro substituční léčbu s využitím metadonu také MMT (methadone maintenance treatment)

² Od srpna 2014 přejmenováno na Ministerstvo zdravotnictví a sociálního rozvoje

³ Ministryně zdravotnictví RK v letech 2010 – 2014, která vyjadřovala kladný postoj vůči OST. V roce 2014 Dr. Kairbekovová opustila funkci ministryně. V roce 2014 poskytla podrobnou odpověď zdůvodňující význam OST v léčbě závislosti, která je uvedena v bakalářské práci (Čečeleva, 2014). Dr. Kairbekovová zemřela 3.7.2016

výsledky pilotních projektů v zemi samotné i jinde v regionu (kde průkopníkem OST byl Kyrgyzstán) a o zásadní poziční dokumenty řady organizací OSN (WHO, UNODC, UNAIDS, UNDP, UNICEF), jež jsou založeny na nesčetných vědeckých důkazech a jejich analýze (Ministry of Health of Kazakhstan, 2014). Prezidentka Národní lékařské asociace RK⁴ (Sadykova, Saitbekov, Shadrina, & Mukayev, 2012) přesto k OST zastává zcela nesmiřitelně záporný postoj, který dlouhodobě aktivně prosazuje.

Co se týká samotného projektu OST, aktuální kazachstánský monitorovací a hodnotící systém je zaměřen především na posuzování krátkodobých výsledků zavedení projektu, resp. jeho logistických a administrativních aspektů, jako jsou např. jeho finanční náklady a vývoj počtu pacientů a jejich sociodemografické charakteristiky. Ve sběru dat zásadně absentují proměnné zaměřené na pacienta / klienta, na jeho léčbu a její výsledky: neprovádí se v moderní léčbě závislostí standardní monitoring spokojenosti pacientů, nedostatečné je i hodnocení vztahu mezi pacienty a zaměstnanci zařízení poskytujících OST, chybí pravidelný sběr dat týkající se rizikového chování, který by zahrnoval údaje o užívání návykových látek, kriminalitě a zdravotním stavu pacientů (Gafarova, Ganina, Elizaryeva, Musabekova, & Zhumataeva, 2014).

Cílem této práce je pokusit se alespoň částečně zaplnit existující mezery a poskytnout data, která by přispěla k lepšímu porozumění této problematice. Za účelem získání hlubších informací byli osloveni současní i bývalí klienti OST, uživatelé drog podstupující léčbu jinou než OST, a také aktuálně neléčení injekční uživatelé (opioidních⁵) drog (dále IUD), kteří by s vysokou pravděpodobností mohli být k léčbě OST indikováni. V analytické části této práce jsou popsány postoje respondentů z pěti různých měst na území Kazachstánu. Svá stanoviska vůči OST vyjádřily i představitelky Národní lékařské asociace a Národního vědecko-praktického centra zdravotní a sociální problematiky závislosti, jež představují klíčové osobnosti veřejné diskuse o OST v Kazachstánu.

Hlavním cílem výzkumu je na základě získaných informací navrhnout řešení, která by vedla ke zvýšení kvality poskytovaných služeb. Tato práce navazuje na bakalářskou práci věnující se postojům lékařů k substituční terapii v Kazachstánu, v rámci které byla navržena některá doporučení s cílem zvýšit informovanost medicínské obce o OST a zlepšit pracovní podmínky těm, kteří OST poskytují (Čečeleva, 2014).

⁴ Národní lékařská asociace RK byla založena před 26 lety z iniciativy Dr. A. Sadykovové, původně jako „Asociace lékařů a farmaceutů Kazachstánu“. V roce 2009 byla přejmenována na Národní lékařskou asociaci. Organizace sdružuje lékaře a zdravotníky, spolupracuje s ministerstvem, obhajuje zájmy svých členů. Její zástupci jsou součástí vládních komisí. Od roku 1994 se pravidelně účastní setkání Evropského fóra lékařských asociací. Členství je dobrovolné na základě individuálních žádostí.

⁵ Kazachstánu a ve Střední Asii obecně se injekční užívání takřka bez výjimky omezuje na opiáty – jednak na heroin, jednak na acetylované opium („širka“); injekční užívání metamfetaminu („vint“) a metkatinoninu („jeff, boltuška“), známé z evropských a zakavkazských zemí bývalého SSSR, se prozatím Střední Asii vyhýbá

2. TEORETICKÁ ČÁST

2.1. Charakteristika opioidů a závislosti na nich

Opiáty a opioidy jsou považovány mezi nelegálními drogami za nejškodlivější – způsobující nejsilnější závislost, nejvíce somatických onemocnění a úmrtí na světě (United Nations Office on Drugs and Crime, 2014). Opioidy mohou být získávány z máku setého (*Papaversomniferum*), a pak jsou označovány za opiáty (thebain, morfin, diacetylmorfin (heroin), kodein, hydrokodon a další) nebo mohou být připraveny plně synteticky (fentanyl, pethidin, tramadol, metadon, buprenorfin atd.). Představují skupinu sloučenin ovlivňujících receptory v centrálním i periferním nervovém systému odpovídající za vnímání bolesti, pocit euforie a řízení dýchání, a v orgánech retikuloendotelové soustavy, ale i v srdci a ve fetální tkáni, kde řídí některé další funkce.

V medicíně se používají při léčbě bolesti a při léčbě závislosti na nelegálních opioidech; dodnes je užívána také opiová tinktura pro tlumení život ohrožujících průjmů a kodein pro tlumení dusivého kašle. Při předávkování mohou mechanismem inhibice dýchacích center v prodloužené míše vyvolat útlum dýchání až jeho život ohrožující zástavu (UNODC & WHO, 2013). Nejčastěji užívané opioidy pro léčbu bolesti působí na opioidové μ -receptory. Kromě analgetického účinku také působí na náladu a aktivují centrální dopaminové dráhy modulující euforii (Al-Hasani & Bruchas, 2011). Známe ještě δ (delta), κ (kappa), ζ (zeta) a tzv. nociceptivní opioidní receptory. Základem pro vznik závislosti na opioidech je tzv. efekt odměny vznikající navázáním drogy na μ -receptor, což vede k uvolnění dopaminu v mozku. Tento proces provází příjemné pocity tepla, radosti a klidu, souhrnně označovaný jako „rauš“ (angl. „high“) (United Nations Office on Drugs and Crime, 2014). Po vzniku návyku k pravidelnému užívání opioidů a klinické závislosti se může rozvinout nekontrolovatelné impulzivní chování s pokusy o získání drogy i přes vysoké riziko negativních následků. Zvyšující se tolerance snižuje intenzitu „efektu odměny“ a navozuje nepříjemné a někdy až bolestivé abstinenci příznaky; v tomto stádiu onemocnění závislí na opioidech užívají drogu především proto, aby se vrátili ke své „normální“ náladě a snaha o navození rauše je spíše sekundární. Pokusy o redukci nebo vysazení opioidů se projevují abstinenci příznaky o vysoké intenzitě (United Nations Office on Drugs and Crime, 2014). Samotná závislost pak vede k závažným zdravotním, sociálním, rodinným a finančním následkům. Injekční uživatelé drog jsou vysoce rizikovou skupinou co do pravděpodobnosti získání (a dalšího šíření) HIV, VHC a dalších onemocnění přenášených krví; k přenosu infekce dochází především v důsledku sdílení injekčního materiálu, zejména u HIV je ale častý i pohlavní přenos (Zábranský, 2016).

2.2. Popis opioidní substituční terapie

Dlouholetá zkušenost s OST dokazuje vysokou efektivitu této léčebné modality.

Opioidní substituční terapie patří mezi nejvýznamnější komponenty prevence šíření HIV (spolu s výměnnými programy, HIV testováním, poradenstvím a antiretrovirovou léčbou). Přestože jde o klasickou komplexní medicínskou léčbu, směřující k co možná nejvyššímu snížení konzumace nelegálních opiátů či abstinenci od nich (Zábranský, 2016), je často považována i za součást služeb označovaných jako „harm reduction“ (United Nations Office on Drugs and Crime, 2014) či „minimalizace škod a rizik“ (ibid).

Zjednodušeně řečeno, jedná se o léčbu závislosti na droze prostřednictvím předepisování legální látky, ke které má pacient zkříženou toleranci. Je-li OST poskytována ve shodě s doporučeními Světové zdravotnické organizace, neomezuje se na prostý „výdej“ substituční látky, ale je doplněna komplexní individuální, rodinou, skupinou psychoterapií a dalšími složkami adiktologické léčby podle individuálního stavu pacienta (WHO, UNODC, & UNAIDS, 2004b).

Cílem léčby je eliminace nebo snížení nemedicínského užívání návykových látek, snížení míry poškození, zdravotních rizik a také snížení sociálních konsekvencí spojených s užíváním návykových látek (Ali, 2010). Světová zdravotnická organizace (WHO et al., 2004a) řadí mezi látky, které se používají při substituční terapii závislosti na opioidech především metadon, buprenorfin a další farmakologické opioidy, jako je LAAM a dihydrokodein. V roce 2005 byl metadon spolu s buprenorfinem zařazen na seznam doporučených základních léků WHO (Herget, 2005).

V Kazachstánu se jako jediný dostupný preparát používá metadon. Buprenorfin ani další nemetadonové substituční léky se v současnosti v Kazachstánu legálně nepoužívají. Metadon významně zvyšuje adherenci k antiretrovirové léčbě u nemocných HIV/AIDS (Roux et al., 2008). Léčba závislosti na opioidech s využitím metadonu snižuje riziko úmrtí pacientů (Cousins et al., 2016).

Dostupnost léčby je globálně stále velmi nízká; navzdory řadě konkluzivně prokázaných pozitivních účinků OST je pacienty tohoto typu léčby celosvětově pouze 8 % z odhadovaného počtu IUD užívajících opiáty (Bachireddy, Weisberg, & Altice, 2015; Mathers et al., 2010).

Substituční léčba závislosti na opiátech má i některá omezení, což bylo v minulosti důvodem k upřednostňování jejích alternativ. Podobně jako u jakékoliv jiné léčby by mělo být samozřejmostí, že lékaři provádějící OST by měli znát veškeré možné vedlejší účinky metadonu (a jakékoliv jiné použité substituční látky) a možné komplikace léčby.

Již po vynechání jedné denní dávky metadonu se může rozvinout odvykací stav se všemi nebezpečími, jež s sebou tento stav nese – od relapsu užívání nelegálních opiátů až k somatickým poškozením (Mattick et al., 2014). Schopnost zabezpečit zvládnutí odvykacího stavu pacientů by mělo být prvním krokem při poskytování léčby (Gowing, Ali, & White, 2009). Rozdíly ve farmakokinetice a vedlejších účincích na jednotlivé pacienty mohou způsobovat to, že někteří z nich nebudou reagovat na léčbu optimálně (Bell, 2014). Je nutné brát v úvahu případné nebezpečné kombinace léků, rozdílnou míru tolerance u jednotlivých pacientů a metabolická specifika metadonu (Corkery, Schifano,

Ghodse, & Oyefeso, 2004). Genové varianty OPRM1 a CYP2B6 byly identifikovány jako rizikové faktory související s náchylností k otravě metadonem a úmrtím pacientů OST, čemuž by bylo možné předcházet screeningem (Bunten, Liang, Pounder, Seneviratne, & Osselton, 2010). Metadon i sladké sirupy, v nichž bývá pro orální aplikaci rozpuštěn, může při nesprávné dentální péči poškozovat chrup uživatelů (Brondani & Park, 2011). Jak bylo uvedeno výše, většině nežádoucích účinků lze zabránit a jejich příčinou bývá zejména nedostatek informací na straně lékařů nebo pacientů. Další nevýhodou a faktorem, který by mohl odradit IUD od léčby, je v mnoha programech prosazované pravidlo každodenního docházení do zařízení k aplikaci „pod dozorem.“ V zemích EU, USA i v Kanadě a Austrálii je standardem při dobrém prospívání v léčbě vydávání dávek na více dní; to sice vyvolává riziko možného „průsaku“ metadonu mimo medicínské užívání (tedy nelegálního užívání těmi, kteří nejsou pacienti OST (Mattick et al., 2014)), při správném léčebném postupu ale převažují výhody pro pacienta co do možnosti vést plnohodnotný sociální a profesionální život, nekoncentrující se na každodenním získávání substitučního léku, a riziko „průsaku“ je při správně nastavené a stabilní dávce minimální (WHO et al., 2004a). Pro zajímavost lze uvést příklad Ruské federace, kde je OST od roku 1997 zakázána zvláštním federálním zákonem (Smith, 2014), proti substituční léčbě je namířena ostrá vládou podporovaná propaganda (Krasnov, Ivanets, Dmitrieva, Kononets, & Tiganov, 2005), jež běžně lživě tvrdí, že metadonová léčba byla „[po špatných zkušenostech krátce po svém zavedení] zakázána v Anglii, Dánsku i Německu“ (viz např. Bortsov, 2010) a kde k OST zachovává ostře negativní postoj i drtivá většina lékařů specializovaných v „narkologii“ (Mendelevich, 2004; Parfitt, 2009) – oboru, zaměřeném na závislosti, jenž se od psychiatrie v SSSR oddělil již v roce 1926 a nese si s sebou dědictví jednak ryze biologického přístupu,⁶ jednak komunismem implantované snahy o sociální kontrolu nemocných (Elovich & Drucker, 2008; A. B. Latypov, 2011). Podle studie z druhého největšího ruského města Petrohradu (Heimer, Lyubimova, Barbour, & Levina, 2015) tam i užívání *nelegálního* metadonu bylo asociováno s nižším rizikem přenosu HIV a nižší frekvencí sdílení injekčního náčiní mezi uživateli. V letech 2012-2013 byl v Petrohradu podle téže studie zaznamenán nárůst prevalence injekčního užívání metadonu za posledních 30 dní z 3,6 % na 53,3 %. Černý trh s metadonem je tam relativně novým fenoménem a vznikl především v souvislosti s nelegálním statutem metadonu. Protože neexistuje legální zdroj, vyrábějí si jej v Rusku uživatelé opioidů sami v improvizovaných domácích „laboratořích“ (ibid).

⁶ a tedy ignorující psychosociální složku poruch, souvisejících se zneužíváním psychotropních látek, (nemluvě o složce spirituální, jež je někdy v moderní medicíně přidávána k nejběžněji uznávanému bio-psycho-sociálnímu modelu)

2.3. Základní geografická a sociodemografická data o Kazachstánu

Kazachstán je 9. nejrozlehlejším státem světa (2 724 900 km²); drtivou většinou rozlohy leží ve Střední Asii a západním cípem (za řekou Ural) zasahuje do Východní Evropy.



Obrázek 1: Poloha Kazachstánu v ortografické projekci (zdroj: Wikipedia; autor: Turkish Flame; Creative Commons Attribution 3.0 Unported license)

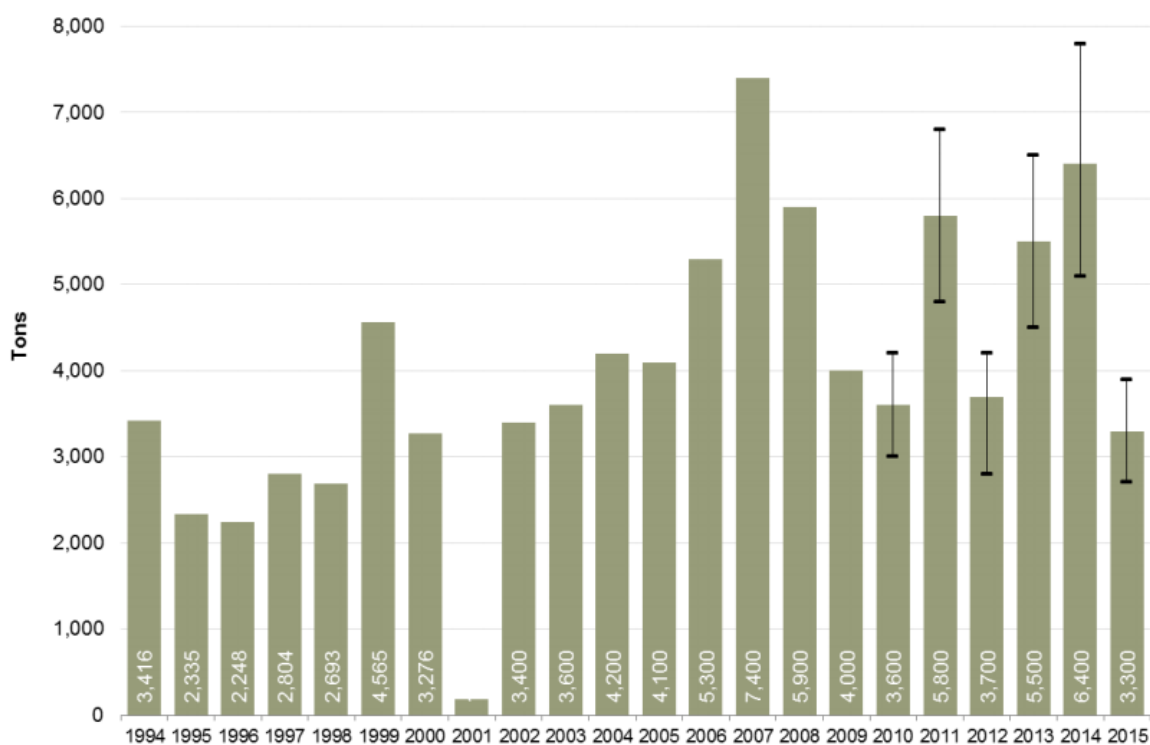
Až do konce roku 1991 byl součástí Svazu sovětských socialistických republik (SSSR) a byl tedy poslední ze 14 zemí bývalého SSSR, jež vyhlásila nezávislost. Na severu hraničí s Ruskou federací, na východě s Čínou, a na jihu s Kyrgyzstánem, Uzbekistánem a Turkmenistánem. K 1. listopadu 2015 měl Kazachstán více než 17,6 mil. obyvatel. V současnosti je hlavním městem Astana; do roku 1997 jím byla historická metropole Almaty.⁷ Prezidentem Kazachstánu je již od roku 1991 Nursultan Nazarbajev. Jedná se etnicky rozmanitou zemi (oficiální kazašské zdroje - viz např. Kazakhstan Embassy in USA, o 2016 - uvádějí, že v zemi žije přes 100 etnických skupin; majoritu tvoří Kazaši (59 %) a Rusové (26 %)) se dvěma úředními jazyky a se sunnitským islámem (k němuž se hlásí 70,2 % obyvatel) a pravoslavným křesťanstvím (26,3 %) jako hlavními náboženstvími; zastoupení jsou také vyznavači judaismu (0,2 %), buddhismu (0,1 %) a jiných forem křesťanství než je východní ortodoxie (2,3 %); téměř 3 % Kazachstánců se považují za ateisty. V zemi panuje a vládními orgány je důsledně podporována náboženská

⁷ Někdy přepisována jako Alma-Ata

tolerance (Ministry of National Economy of the Republic of Kazakhstan - Committee on Statistics, 2011).

Kazachstán je vzhledem ke své geografické poloze transitní zemí pro afgánský heroin. Leží na tzv. „Severní cestě“ či „Hedvábné stezce“ pašování opia a heroinu. Ta zásobuje především Rusko, země EU a ve stále vyšší míře také Čínu. Nejvyužívanější trasa vede ze severního Afghánistánu do Tádžikistánu přes v zásadě nekontrolovatelnou, velmi dlouhou vysokohorskou hranici mezi oběma zeměmi; v nižší míře jsou využívány i trasy přes Turkmenistán či Uzbekistán – všechny tři se ale spojují právě v Kazachstánu.⁸

Afghánistán dlouhodobě zaujímá celosvětově první místo v pěstování opiového máku; plocha makových polí po nárazovém snížení v roce 2001 setrvale rostla až do roku 2014, kdy jeho pěstební plocha v Afghánistánu (224 tisíc hektarů) dosáhla nejvyšších hodnot od třicátých let minulého století. V roce 2015 se podle Úřadu OSN pro drogy a kriminalitu osevňovací plocha snížila cca o 19 % a ještě více poklesla produkce – oproti roku 2014 o celých 48 % (UNODC, 2015); to bylo způsobeno zejména prudkým snížením výnosnosti opiového máku o 36 % – zřejmě v důsledku sucha a vyčerpání půdy v tradičních pěstebních oblastech (UNODC, 2016).



Obrázek 2: Odhadovaná produkce opia v Afghánistánu v letech 1994-2015 (Zdroj: UNODC, 2015)

⁸ Za nejméně důležitou se považuje trasa přes Kaspické moře a Kavkaz dále do Ruska a na Balkán

Jakkoliv je nutno k odhadům UNODC přistupovat se značnou opatrností, protože odhadovaná produkce dlouhodobě vysoce převyšuje odhady globální spotřeby (Zábranský, 2016), fakt, že Afghánistán je dlouhodobě globálně největším producentem nelegálních opiátových drog a pro Evropu a Asii je jejich zdrojem nejméně z 90 % (ibid) je nezpochybnitelný, stejně jako postavení Kazachstánu coby nutného průchozího bodu drog pašovaných z Afghánistánu na výnosnější trhy.

V sovětské střední Asii se první známky masivního zneužívání heroinu a opia objevily již v osmdesátých letech během sovětské okupace Afghánistánu; po pádu SSSR se Kazachstán spolu s ostatními postsovětskými státy⁹ v regionu rychle stal z tranzitní země také zemí konzumentskou. Vzhledem k faktu, že Kazachstán je hospodářsky nejsilnější středoasijskou zemí s nejvyšší kupní silou, panují v zemi silné obavy, že se zejména v posledním desetiletí stává i ekonomicky atraktivním primárním cílem pašeráků drog z Afghánistánu (i odjinud) (Gafarova et al., 2014).

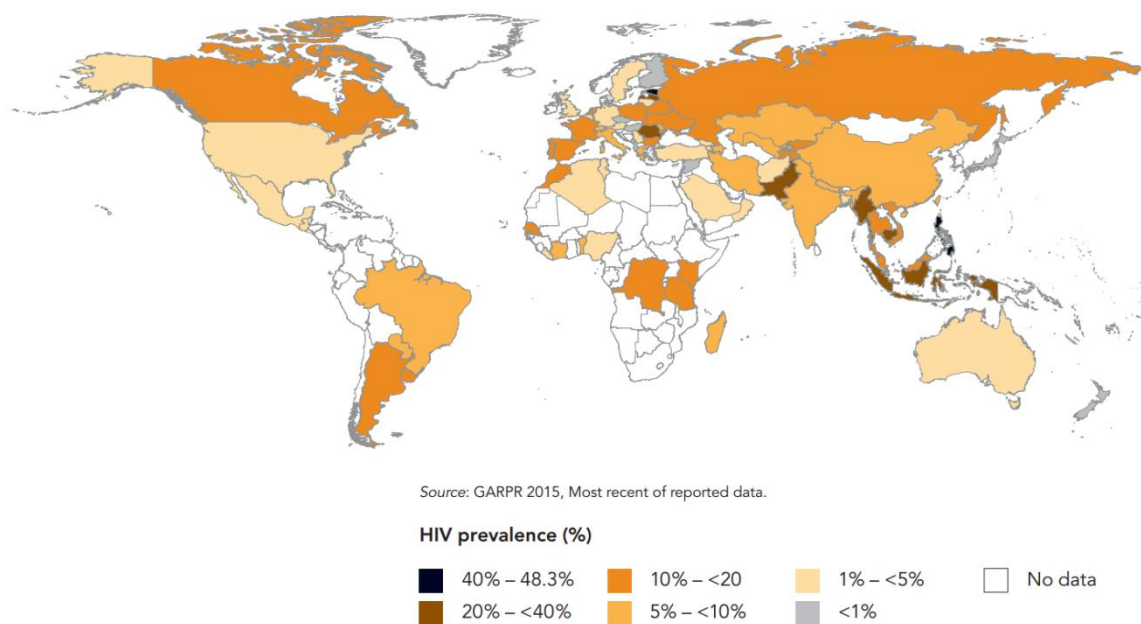
2.4. Přehled situace v oblasti drog v Kazachstánu

Odhadovaný počet IUD v Kazachstánu představoval k 31.12.2013 celkem 112 740 uživatelů, což představuje 0,9 % populace Kazachstánu starší 15 let. Injekční užívání návykových látek patří k nejběžnějším způsobům užívání v Kazachstánu. Nejvyšší koncentrace IUD podle národních odhadů připadá na Pavlodarskou (2,0 %) a Karagandinskou oblast (1,2 %), následuje Východokazachstánská a Jihokazachstánská oblast a hlavní město Astana s 1,1 %. V roce 2013 bylo Narkologickou službou Republiky Kazachstán registrováno¹⁰ 38 203 osob, z nich 21 432 osob s diagnózou závislosti a jiných poruch souvisejících se zneužíváním opioidů (F11 dle MKN-10) (Gafarova et al., 2014). Přenos infekčních onemocnění, jako je HIV a parenterální virové hepatitidy (zejména VHC, ale díky absenci očkování také VHB) a výskyt smrtelných předávkování (které v Kazachstánu nejsou spolehlivě monitorovány) představují jen některé rizikové faktory zvyšující mortalitu IUD až patnáctinásobně (United Nations Office on Drugs and Crime, 2015).

Ve Střední Asii je zdokumentována historie sociálně kontrolovaného užívání opiátů zejména mezi seniory autochtonní (kazašské či „turkické“) populace (A. Latypov, 2008). Po rozpadu SSSR byla Střední Asie zasažena masivní epidemií užívání opiátů a s ní se paralelně rozvíjející epidemií HIV mezi injekčními uživateli drog: současná míra promořenosti HIV/AIDS mezi IUD ve Střední Asii a Transkavkazsku se odhaduje na 7,7 % (United Nations Office on Drugs and Crime, 2014).

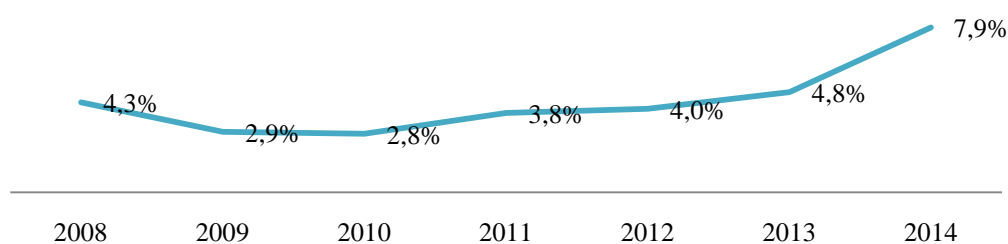
⁹ Kyrgyzstán, Tádžikistán, Turkmenistán a Uzbekistán

¹⁰ „narkologická registrace“



Obrázek 3: Prevalence HIV mezi IUD podle zemí (zdroj: UNAIDS, 2015)

Prevalence injekčního užívání drog ve Střední Asii se odhaduje na 0,8 % a představuje dvojnásobek celosvětového průměru (ibid). Nejčastěji se zde injekčně užívá heroin, rozšířeno je i injekční užívání acetylovaného opia (DAMOS / CADAP 5, 2013). Země Střední Asie jsou konfrontovány s jednou z nejrychleji se šířících epidemií HIV/AIDS, z velké části způsobenou právě injekčním užíváním drog; rychleji se mezi uživateli drog HIV šíří již jen v Ruské federaci (Mathers et al., 2008). V posledních letech se prevalence HIV mezi uživateli závislími na opioidech v Kazachstánu postupně zvyšuje. Její vývoj zobrazuje Obrázek 4.



Obrázek 4: Prevalence HIV mezi IUD závislími na opioidech v letech 2008-2014 (Zdroj: Oficiální statistika MZSR RK (Musabekova, 2015)

Prevalence VHC mezi IUD zůstává v Kazachstánu poměrně stabilní; pohybuje se kolem 60 %. Naopak míru výskytu tuberkulózy (zejména její multirezistentní formy) ve Střední Asii lze obecně považovat za extrémně vysokou a IUD patří mezi nejvíce zasažené subpopulace – časté jsou u nich i polyinfekce HIV-TBC. Bylo by proto vhodné zabezpečit vzájemnou spolupráci služeb pro IUD a služeb pro léčbu TBC a HIV (Schluger et al., 2013). Poměrně vysoký je ve Střední Asii také počet smrtelných i nesmrtelných předávkování; odhaduje se, že smrtelná předávkování jsou v regionu častější příčinou úmrtí než

HIV/AIDS u IUD. Infekce HIV/AIDS ale může mít v tomto případě aditivní účinek, protože může u nemocných IUD způsobovat prudké výkyvy v toleranci opioidů (Gilbert et al., 2013). V řadě zemí Střední Asie, včetně Kazachstánu, jsou oficiálně vykazovaná data o fatálních předávkováních nerealisticky nízká, jak to vyplývá např. z výpovědí IUDs, kteří uvádějí, že až 25,1 % z nich bylo někdy v životě svědky smrtelného předávkování (Population Services International, 2010; UNODC & WHO, 2013). Zásadním problémem v celé Střední Asii včetně Kazachstánu je nekvalitní sběr dat o fatálních předávkováních, ovlivněný jednak nedostupností analytické techniky, která by prokazovala nelegální drogy resp. jejich metabolity v tekutinách a tkáních zemřelých, jednak kulturními¹¹ a náboženskými¹² důvody (Mravcik et al., 2014; Zabransky, Mravcik, Talu, & Jasaitis, 2014). V Kazachstánu je vše dále komplikováno extrémně rozlehlým územím s obrovskými rozdíly v hustotě osídlení, které by měl monitorovací systém pokrýt. V zemi stále převládá punitivní a stigmatizující přístup a diskriminace namířená proti uživatelům drog a lidem nakaženým HIV/AIDS. Podobný přístup ale není specifický pouze pro Kazachstán, a lze se s ním setkat ve většině postsovětských zemí. Také pacienti v Rusku nevyhledávají služby pro IUD z obavy, že budou pronásledováni policií (Burki, 2015). V Turkmenistánu, jenž s Kazachstánem sousedí, je stigmatizace ostře vnímána i na státní úrovni: vláda země oficiálně tvrdí, že v zemi není ani jeden nakažený HIV/AIDS, a že se „v polovině této dekády podařilo zcela eliminovat drogový problém a v zemi není jediný uživatel nelegálních drog“ (Zabranský & Mravčík, 2016).

Enormní stigmatizace uživatele drog tedy nutí „zůstat v podzemí“ a mimo dosah institucí včetně zdravotnických a pomáhajících organizací. Je zřejmé, že tento stav podporuje šíření epidemie HIV/AIDS. Marginalizace uživatelů brzdí veškeré úsilí o prevenci HIV (Bachireddy et al., 2015).

Marginalizace a stigmatizace je ještě výraznější u žen než u mužů: příkladem z kulturně blízké země mohou být uživatelky drog v Gruzii, jež nevyužívají jinak v zemi solidně rozšířené harm reduction programy; jako důvod uvádějí stigmatizaci a diskriminaci, a to i ze strany zdravotníků. Ve využívání služeb jim navíc brání hluboce zakořeněné konzervativní postoje vůči ženské roli ve společnosti (Holt, 2014; Kirtadze et al., 2013; Lund, Kirtadze, Otiashvili, O'Grady, & Jones, 2012; Otiashvili et al., 2013).

Ve všech postsovětských středoasijských zemích je zaveden systém narkologických registrů, který je krajně zastaralý¹³ a neplní ani funkce, pro něž byl zřízen – především pro

11 Úmrtí z předávkování drogami se považuje za extrémně zahanbující pro širokou rodinu; ta se velmi často snaží nejrůznějšími formami nátlaku na lékaře nahradit pravou příčinu úmrtí v oficiálních dokumentech „přijatelnější“ formulací – typicky bývá předávkování heroinem maskováno jako „kardiopulmonální zástava“

12 podle pravidel islámu má být tělo pohřbeno do setmění téhož dne, kdy k úmrtí došlo

13 Do narkologických registrů by podle platných zákonů v postsovětských zemích (mimo pobaltské země, Gruzii a Ukrajinu) měl být zanesen každý občan, u něhož byla prokázána (obvykle orientačním testem moči) přítomnost jakékoliv nelegální drogy nebo jejích metabolitů; většina osob, jež je v registru zanesena, se tam dostala po zadržení policií a předvedení do narkologického pracoviště, kde se testy obvykle vykonávají; na zanesení do registru není navázána žádná léčebná intervence, v některých zemích ale následuje administrativní nebo trestní postih. Narkologické registry jsou udržovány jen na lokální úrovni a do centra se obvykle hlásí jen kumulovaná data; není tedy vyloučen masivní výskyt duplicit. Uživatelé drog, kteří se přihlásí do léčby dobrovolně, nejsou do narkologických registrů v některých zemích – např. právě v Kazachstánu – vůbec zaneseni. Vyřazení z registrů je podmíněno negativními nálezy drog a metabolitů v moči během dvou až pěti let – testy by měl provádět v půlletých intervalech místně příslušný narkolog, v praxi se to však neděje, protože osoby z registrů nemají žádný zájem narkology vyhledávat (jen minorita registrovaných jsou závislí

sociální kontrolu uživatelů nealkoholových netabákových drog; možnost jeho využití pro veřejnozdravotnické účely pak je zcela nulová (Zabransky et al., 2014). Narkologické registry jsou zato spolehlivým nástrojem stigmatizace uživatelů drog, a ve všech postsovětských zemích také jsou zdrojem masivní korupce v narkologii. Preference v oblasti užívání drog mezi uživateli prochází v posledních letech změnou. Kromě tradičně užívaných drog jako je heroin se stává aktuální výroba a užívání tzv. „nových syntetických drog,“ ale také podomácku či přímo na ulici vyráběné drogy. Mezi nejproblémovější drogy lze zařadit desomorfin¹⁴ vyráběný z dostupných léků obsahujících kodein, používání oftalmologického mydriatika (spasmolytika) tropikamidu¹⁵ a dále směsí vyráběných z máku setého – typicky acetylovaného opia, případně tradičního odvaru z makovic zvaného „koknar“ (Gafarova et al., 2014).

2.5. Historie a současnost opioidové substituční terapie v Kazachstánu

Opioidní substituční terapie se v Republice Kazachstán poskytuje od roku 2008 formou pilotního projektu financovaného Globálním fondem pro boj proti AIDS, tuberkulóze a malárii (GFATM). V říjnu roku 2008 se OST začala poskytovat v prvních dvou městech: Pavlodaru a Temirtau. Tyto regiony byly vybrány na základě vysoké prevalence HIV a injekčního užívání drog. V té době byla léčba určena maximálně padesáti pacientům (Dvoryak & Karazhanova, 2013).

O dva roky později se do projektu přidalo třetí město: Ust'-Kamenogorsk. V listopadu 2012 se do poskytování OST zapojila i další města - Aktobe, Ekibastuz, Karaganda, Kostanaj, Semej, Taraz a Uralsk. K 31. prosinci 2015 se OST poskytovala v deseti městech na území Kazachstánu (Musabekova, 2015). Města participující na pilotním projektu znázorňuje Obrázek 5.

uživatelé drog či injekční uživatelé drog) – vyjma situací, kdy žádají o cestovní pas, řidičský průkaz nebo místo ve státní správě či státních podnicích; to vše je podmíněno „potvrzením o nepřítomnosti v registru,“ jež vydávají právě narkologové. Pomineme-li obrovský korupční potenciál tohoto stavu, lze spolehlivě tvrdit, že čísla „registrovaných uživatelů“ nemají žádnou výpovědní hodnotu o jakémkoliv aspektu drogové situace v dané zemi; přesto řada postsovětských zemí zcela chybně uvádí počet registrovaných uživatelů drog jako „počet uživatelů drog v zemi celkem.“

¹⁴ Známy v médiích jako „krokodýl / krokodil.“

¹⁵ Intravenózní užívání tropikamidu, lege artis užívaného jako oční kapky, je novým a rozšířeným trendem mezi IUD v Kazachstánu (ale i v Rusku, Turecku a Itálii). Nejčastěji je spojeno s primární závislostí na opioidech (z nich především na heroinu). Důvodem k intravenóznímu užívání tropikamidu je především jeho (spasmolytická) schopnost zvýraznit účinky heroinu, zmírnit abstinenci příznaky po užití heroinu, relativně nízká cena, snadná dostupnost a rychlý účinek. Při injekčním užívání ale představuje vážné zdravotní riziko (Bersani, Imperatori, Prilutskaya, Kuliev, & Corazza, 2015).



Obrázek 5: Mapa Republiky Kazachstán s vyznačením měst, kde se poskytuje OST

Jak vyplývá z obrázku, OST není poskytována v současném ani bývalém hlavním městě. Jakákoliv rozhodnutí ohledně ne/zavedení OST závisí především na postojích akimů (šéfů samosprávy).¹⁶

Otevření centra OST plánované na rok 2012 v Almaty, která vykazuje vysokou prevalenci injekčního užívání opiátů, bylo zastaveno v důsledku silného tlaku “protisubstituční opozice” organizované Národní lékařskou asociací (NLA4), jejíž sídlo se nachází právě v bývalém hlavním městě Kazachstánu. Opozice bojkotuje veškeré pokusy o diskuzi týkající se OST v Almaty, naposledy při veřejné debatě v červnu 2016 (Akulova, 2016). Podobně se situace vyvíjí i v současném hlavním městě. Uživatelé z Astany se tak léčby v nejbližší době pravděpodobně nedočkají.

Navzdory těmto omezením dostupnosti OST v krizových regionech byl v srpnu 2015 v Kazachstánu zahájen proces registrace metadonu hydrochloridu jako standardní látky pro medicínské použití, a v prosinci roku 2015 již byl oficiálně zaregistrovaný (Klimova, 2016). Pokrytí programů OST v Kazachstánu ale zůstává nadále extrémně nízké (Zabransky et al., 2014).

V roce 2011 bylo původně plánované rozšíření OST nad rámec „pilotního programu“ pozastaveno v důsledku silného tlaku řady organizací (opět v čele s Národní lékařskou asociací) vystupujících v médiích a snažících se přesvědčit o údajném nebezpečí i prezidenta Kazachstánu (právě z nařízení prezidenta dochází v zemi k zavádění nových léčebných metod do praxe). V otevřeném dopise prezidentovi N. Nazarbayevovi je například uvedeno, že navrhovaná léčba (OST) je nehumánní, hraničící s eutanázií, a podpora takových programů v zemi „je rovnocenná narkoterorismu vedoucímu ke genocidě.“ Obecně řečeno dopis, podepsaný prezidentkou NLA Dr. Sadykovovou, opakuje emotivní a ideologické argumenty a zavádějící nebo zcela lživá tvrzení, známá z obdobných dokumentů a prohlášení v Ruské federaci (viz např. Bortsov, 2010; Krasnov

¹⁶Akim: V Kazachstánu označení pro osobu jmenovanou prezidentem do čela oblasti (kraje) nebo jednoho ze tří „měst republikového významu“ (Astana, Almaty a Bajkonur)

et al., 2005). Nicméně v roce 2012 byla provedena nezávislá mezinárodní evaluace pilotního projektu za období 2008 – 2011, jejíž výsledky potvrdily efektivitu použití metadonu v léčbě závislosti na opioidech (Boltaev, Deryabina, & Howard, 2012).

Tabulka 1 shrnuje některé významné údaje získané za celou dobu realizace pilotního projektu OST v Republice Kazachstán (kumulativně z let 2008-2015):

Tabulka 1: Kumulativní údaje o pacientech OST z let 2008 – 2015 (Musabekova, 2015)

	Počet pacientů
Nezaměstnaní	484 (58,2 %)
Z nich během účasti v OST získali práci:	184 (38 %)
Založení rodiny	65 (7,8 %)
Ukončení studia	33 (4 %)
HIV pozitivní	223 (26,8 %)
	<i>Zahájení léčby:</i>
ART	54 (6,5 % ze všech pacientů OST; 24,2% z HIV+ pacientů OST)
TBC	19 (2,3 %)
	<i>Ukončení nebo přerušeni léčby</i>
Dobrovolné ukončení	176 (2,2 %)
Porušování pravidel	130 (15,6 %)
Po postupném snížení dávky (detoxifikaci)	112 (13,5 %)
Změna trvalého bydliště	22 (2,6 %)
Odchod do jiného zařízení	52 (6,3 %)
Úmrtí	2 (0,2 %)
Nastoupili na léčbu opakovaně	123 (14,8 %)
Celkem ukončení / přerušeni:	551 (66,2 %)
Počet klientů k 31.7.2015	281 (33,8 %)
Celkem pacientů OST	832 (100 %)

Jak lze vyčíst z tabulky, nejčastějším důvodem přerušeni léčby bylo porušování pravidel, následované řádným ukončením po snížení dávky. Za celou dobu realizace projektu byla zaznamenána pouze 2 úmrtí. Léčba měla pozitivní efekt na snížení nezaměstnanosti pacientů.

3. PRAKTICKÁ ČÁST

3.1. Stanovení cílů

- Hlavním cílem práce je analýza faktorů ovlivňujících postoje pacientů OST i těch, pro které by tato léčba byla vhodná, ale nevyužívají ji, a znalosti a postoje vybraných organizací a jejich představitelů – klíčových hráčů v dané oblasti.

Dílčí cíle jsou tedy následující:

- popsat postoje pacientů OST programů k substituční léčbě závislosti na opioidech v Kazachstánu;
- zjistit postoje “potenciálních pacientů” – tedy IUD se závislostí na opioidech, kteří by mohli o léčbě uvažovat;
- zjistit postoje vybraných osob ovlivňujících rozvoj programů v zemi a poskytnout hlubší informace získané od respondentů;
- navrhnout opatření, jež by mohla alespoň zčásti odstranit překážky pro rozvoj OST v Kazachstánu a zlepšit kvalitu poskytované léčby.

3.2. Design výzkumu

Byla zvolena kombinace kvantitativní a kvalitativní metodiky – konkrétně byla použita kvantitativní metoda dotazníkového šetření a kvalitativní nástroje pohovoru (interview) a ohniskové skupiny (focus group); individuální rozhovory byly aplikovány face-to-face i korespondenčně v závislosti na dostupnosti respondentů.

Tabulka 2: Přehled metodologie studie

Respondentská skupina	počet respondentů	metody sběru dat	analytické metody
uživatelé opiátů – pacienti OST	46	Dotazníkové šetření, interview face-to-face, focus group	kvantitativní, kvalitativní
uživatelé opiátů mimo OST	54	Dotazníkové šetření + interview face-to-face	kvantitativní, kvalitativní
klíčová informantka 1 – prezidentka NLA	1	Interview face-to-face	kvalitativní
klíčová informantka 2 – ředitelka Institutu pro výzkum závislosti v Pavlodaru	1	Interview korespondenčně	kvalitativní

3.3. Výzkumný soubor a kritéria zařazení do studie

Výzkumný soubor tvořilo 100 ex/uživatelů ilegálních opiátů. Aby bylo možné lépe porozumět faktorům ovlivňujícím postoje vůči OST v zemi, bylo nutné získat data z několika různých zdrojů. V souvislosti s tím byla oslovena řada zařízení typu NNO a narkologických klinik. Dvě základní skupiny respondentů byly tvořeny samotnými pacienty OST a uživateli ilegálních opiátů, kterým by taková léčba mohla pomoci. Klíčovým kritériem bylo užívání ilegálních opiátů v anamnéze. Města a zařízení byla vybrána především podle počtu pacientů. Data byla získána ve dvou městech s nejvyšším počtem pacientů OST, mezi která patří Pavlodar a Ust'-Kamenogorsk; a v současném i bývalém hlavním městě Kazachstánu, kde OST stále ještě není dostupná. V Astaně se sběr dat prováděl v Centru pro medicínskou a sociální rehabilitaci, další informace byly získány od Správy zdravotnictví Astany. V Almatě byl sběr dat realizován ve spolupráci s Kazašským svazem lidí žijících s HIV majícím přístup ke klientům místních nízkoprahových zařízení. Data byla doplněna rozhovorem v Národní lékařské asociaci a několika rozhovory s pouličními uživateli drog. V Ust'-Kamenogorsku byly organizovány dvě skupiny respondentů ve spolupráci s nadací "Answer". V Pavlodaru sběr dat probíhal ve spolupráci se samotnými pacienty OST. K identifikaci možných mezer v poskytování OST v zemi bylo potřeba najít bývalé pacienty OST, kteří z různých důvodů léčbu přerušili. V Centru socio-psychologické rehabilitace pro drogově závislé Razdolnoe "Senim" jsem potkala 3 takové pacienty, kteří jsou ve výsledcích zařazeni do skupiny „nepacientů“.

Následující tabulka uvádí počty respondentů z jednotlivých měst. Z nich 46 respondentů (46 %) každodenně docházelo do zařízení poskytujícího OST, 28 respondentů bylo umístěno v léčebných zařízeních typu rehabilitačního centra, a 26 z nich nebylo v kontaktu s žádným léčebným zařízením, resp. byli v kontaktu převážně s nízkoprahovými službami.

Tabulka 3: Přehled respondentů podle bydliště / místa sběru dat

místo sběru dat	pacienti OST		nepacienti OST – v rehabilitačním centru		nepacienti OST – bez medicínské léčby		celkem		TOTAL
	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy	
Pavlodar	11	5					11	5	16
Ust'-Kamenogorsk	26	4			11	4	37	8	45
Astana			13				13		13
Almaty					11		11		11
Razdolnoe			14	1			15		15
CELKEM	37	9	27	1	22	4	87	13	100

Studie se zúčastnila i prezidentka Národní lékařské asociace⁴. Lepší pochopení její motivace k systematickému šíření negativních a vesměs zavádějících / na faktech nezaložených informací týkajících se metadonu a substituční léčby obecně by mohlo přispět ke zlepšení kvality diskuse a následně snad i léčby.

Další informace poskytla vedoucí Národního vědecko-praktického centra zdravotní a sociální problematiky závislosti v Pavlodaru. Centrum má za úkol zvyšovat efektivitu a kvalitu narkologické léčby v Kazachstánu, a disponuje podrobnou informací týkající se OST.

3.4. Metody sběru dat

3.4.1. Ex/uživatelé opiátových drog

Na základě dostupných informací a mého předchozího výzkumu (studie mezi zdravotnickým narkologickým personálem v RK) byl sestaven dotazník týkající se postojů respondentů vůči OST, zahrnující témata jako je rizikové chování, užívání drog, zdravotní stav, finanční situace, bydlení a životní styl respondentů. Dotazníky obsahovaly otevřené, polouzavřené a uzavřené otázky. Zastoupení jednotlivých typů otázek a tematických okruhů jsou uvedena v Tabulce 4 a Tabulce 5.

Tabulka 4: Typy otázek a okruhy v dotazníku I (pacienti OST)

tematický okruh / typ otázky	uzavřené	polootevřené	otevřené
sociodemografie	1	1	2
využití léčby			1
informace o OST	1	2	
dostupnost léčby	1	1	1
spokojenost s léčbou	2		2
problémy související s léčbou	1		
zdravotní stav	4		
rodinné vztahy	2		
vztahy s okolím	2		
finance a bydlení	3		
vlastní postřehy			1

Design tohoto dotazníku se pro obě skupiny lišil, nicméně 10 otázek bylo totožných pro obě dvě skupiny respondentů, aby bylo možné výsledky obou skupin vzájemně porovnávat. Pacienti OST dostali navíc 18 specifických otázek týkajících se léčby a změn po nástupu do léčby. Celkem bylo tedy každému pacientovi OST položeno 28 otázek v Dotazníku I. Skupina „nepacientů“ dostala navíc 9 otázek zjišťujících vztah k OST a jejich

aktuální stav. Dotazník II určený této skupině respondentů obsahoval celkem 19 otázek. Dotazníky byly sestaveny v ruštině (viz Příloha 1, 2 a 3).

Tabulka 5: Typy otázek a okruhy v dotazníku II (nepacienti)

tématický okruh / typ otázky	uzavřené	polootevřené	otevřené
sociodemografie	1	1	2
rozšiřování dostupnosti	1		
informace o OST	2	1	
zdravotní stav	4		
rodinné vztahy	1		
vztahy s okolím	1		
finance a bydlení	3		
životní styl	2		

Pro komplexnější zmapování situace pacientů byl s každým respondentem – ex/uživatelem opiátů vyplněn dotazník *Maudsley Addiction Profile* (Marsden et al., 1998) – ověřený nástroj pro zmapování projevů problémového užívání drog¹⁷. Dotazník byl sestaven primárně pro zmapování dopadů léčby na pacienty s problémy s alkoholem nebo jinými psychotropními látkami; principem je jeho opakovaná administrace (typicky při nástupu do léčby, v době léčby a při opouštění léčby). Hodí se ale velmi dobře také pro rychlý jednorázový scan problémů, souvisejících s užíváním psychotropních látek. Dotazník byl přeložen do ruštiny.

Podrobnější údaje mohli respondenti doplnit prostřednictvím semistrukturovaných individuálních a skupinových rozhovorů, případně v dotazníku pro pacienty OST byl vyhrazen prostor pro písemné doplnění veškerých připomínek k léčbě.

Sběr dat probíhal anonymně a účast byla dobrovolná. Účastníci byli seznámeni s cílem výzkumu. Pacientům OST byla poskytnuta finanční odměna v závislosti na časové náročnosti sběru dat a vzdálenosti od narkologického centra: 700 tenge (₮)¹⁸

respondentům v Pavlodaru a 1 500 ₮¹⁹ respondentům z Ust' – Kamenogorsku. Získaná data jsou použita pouze pro účely tohoto výzkumu. Doplnující rozhovory týkající se problematiky OST byly nahrávány nebo zaznamenávány písemně na základě dohody s respondenty, počty respondentů a délky rozhovorů závisely především na časových možnostech respondentů a časovém intervalu vymezeném pro sběr dat. Sběr dat byl realizován ve spolupráci s vybranými organizacemi, které byly požádány o pomoc při sběru dat / náborech respondentů. V případě, že nebylo možné spolupracovat s žádnou z oslovených organizací (což byl případ Pavlodaru) byla zvolena metoda sněhové koule: respondenti byli požádáni o zprostředkování kontaktu s dalšími respondenty na podkladě požadovaných charakteristik. Sběr dat probíhal od 30.10.2015 do konce roku 2015.

¹⁷ Dotazník je k dispozici na http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_3945_CS_map_czlast.pdf

¹⁸ V přepočtu 50 Kč

¹⁹ V přepočtu 107 Kč

3.4.2. Klíčové informantky

Doplňující informace byly získány prostřednictvím hloubkového rozhovoru s prezidentkou Národní lékařské asociace, a prostřednictvím korespondenčního interview s ředitelkou Národního vědecko-praktického centra zdravotní a sociální problematiky závislosti v Pavlodaru.²⁰

3.5. Metody analýzy dat

Výsledky byly vyhodnoceny za použití programu *IBM SPSS Statistics, verze 20.0*. Ve frekvenčních tabulkách jsou uváděny možnosti odpovědí a počty respondentů spolu s procentuálním zastoupením u každé odpovědi. U otázek položených oběma skupinám respondentů jsou odpovědi zobrazeny v souhrnných tabulkách. Otevřené otázky a rozhovory byly analyzovány pomocí programu *f4analyse*.²¹ Data byla seřazena a popsána dle vzniklých sub-témat. U otázek majících podobu Likertovy škály měly kladné odpovědi („zcela souhlasím“, „velmi dobré“, „rozhodně zlepšuje“ a „výrazně lepší“) hodnotu 5, a naopak záporné odpovědi měly hodnotu 1.

3.6. Výsledky – ex/uživatelé opiátových drog

3.6.1. Souhrn výsledků dotazování první skupiny respondentů (pacienti OST)

Nejčastějším iniciálním zdrojem informací (tedy informací, jež pacienti získali ještě před nástupem do léčby) o OST v této skupině byli jiní – stávající – pacienti OST. Hlavním zdrojem v době vyplňování dotazníků byli lékaři a zdravotnický personál. Většina pacientů byla spokojena s dostupností informací týkajících se OST i s léčbou jako takovou (80,5 %). Všichni pacienti OST považovali za potřebné rozšiřovat dostupnost OST do dalších měst v Kazachstánu.

Svůj zdravotní stav hodnotili lépe pacienti OST. Skóre týkající se tělesného a duševního zdraví bylo v této skupině značně nižší než u respondentů skupiny „nepacientů OST“. Většina pacientů OST zaznamenala během OST zlepšení zdravotního stavu (89,1%), rodinných vztahů (93,5%) a finanční situace (95,7 %) v průběhu léčby. Respondenti zaznamenali snížení počtu dní, kdy měli konflikty ve vztazích s rodinou i okolím. Většina pacientů (95,7 %) byla spokojena s aktuálním místem bydliště. Pacienti OST neměli problémy se zákonem (100 %) a za posledních 30 dní podle vlastního tvrzení nepáchali žádné trestné činy.

²⁰ V době sběru dat vedoucí výzkumné a klinické pracoviště v oblasti závislosti v Kazachstánu

²¹ www.audiotranskription.de

3.6.2. Souhrn výsledků dotazování druhé skupiny respondentů („nepacientů“ OST)

Část (54 %) respondentů, která se nenacházela v OST, užívala nejčastěji opium a heroin (z toho v 96,2 % případů injekčně). Měli vyšší skóre týkající se zdravotního stavu – svůj stav hodnotili hůře než pacienti OST.

Většina respondentů (72,2%) již někdy slyšela o substituční terapii. Většina respondentů (75,9 %) se nikdy nepokoušela o vyhledání bližších informací o OST. Za preferovaný zdroj informací označovali nejčastěji internet (40,7 %) a pacienty OST (33,3 %).

Odpovědi na otázku týkající se rozšiřování dostupnosti OST byly různorodé, nejčastější odpovědí však bylo “rozhodně ne” (35,2 %). Respondenti, kteří nikdy neslyšeli o OST (13%), ve všech případech uvedli, že s rozšiřováním dostupnosti OST rozhodně nesouhlasí.

Prevalence HIV/AIDS, VHB a VHC byla v obou skupinách přibližně stejná, TBC bylo mírně vyšší ve skupině „nepacientů.“ Svůj aktuální zdravotní stav hodnotili poněkud hůře než pacienti OST. Většina respondentů uvedla (85,2 %), že užívání návykových látek zhoršuje jejich fyzické i psychické zdraví.

Hlavním zdrojem financí byly rodiny respondentů (38,9 %). Respondenti v této skupině měli ve většině případů vlastní bydlení (51,9 %), nicméně častěji bydleli u rodičů. V porovnání s pacienty OST vyjadřovali větší nespokojenost s aktuálním místem bydliště a téměř polovina respondentů (48,1 %) by si přála místo bydliště změnit ($p < 0,001$). Stejně procento respondentů označilo svoji finanční situaci za “velmi špatnou”, a 88,9 % respondentů uvažovalo v posledních 30 dnech o změně životního stylu. Většina respondentů (90%) se setkává s kritikou týkající se užívání drog.

Respondenti druhé skupiny se podle vlastního tvrzení dopouštěli přestupků nebo trestné činnosti (celkem 9,3 % v posledních 30 dnech).

Charakteristika respondentů

Výzkumu se zúčastnilo 46 současných pacientů OST s průměrnou délkou léčby 29,4 měsíců a 54 „potenciálních pacientů“ – respondentů, kteří by mohli o léčbě uvažovat, tedy injekčních uživatelů opiátové drogy nebo drog, kteří se v době studie nacházeli mimo jakoukoliv léčbu nebo v jiném typu léčby či zařízení odborné služby než OST. Z nich bylo 37 mužů a 9 žen s průměrným věkem 38,1 let v „OST („patientské“) skupině“, a 48 mužů a 6 žen s průměrným věkem 39,2 v „non-OST („nepatientské“) skupině“ respondentů.

V následující tabulce jsou uvedeny výsledky společné pro obě skupiny respondentů, tzn. pro pacienty OST i pro “nepacienty”.

Tabulka 6: Rozdělení respondentů (n = 100)

Odpověď	OST		Bez OST	
	Počet respondentů	%	Počet respondentů	%
Pohlaví				
Muž	37	80,4	48	88,9
Žena	9	19,6	6	11,1
Vzdělání				
ZŠ	0	0	1	1,9
SŠ	40	87	41	75,9
VŠ	4	8,7	11	20,4
Jiné	2	4,3	1	1,9
Onemocnění				
HIV / AIDS	16	34,8	18	33,3
VHB	5	10,9	12	22,2
VHC	28	60,9	30	55,6
TBC	3	6,5	4	7,4
Problémy se zákonem				
Bez problémů se zákonem	46	100	49	90,7
Trestní stíhání			1	1,9
Podmíněný trest			3	5,6
Nepodmíněný trest			1	1,9
Finanční zdroje				
Žádné	0	0	11	20,4
Ze zaměstnání	31	67,4	16	29,6
Sociální dávky v nezaměstnanosti nebo jiné	1	2,2	1	1,9
Důchod	2	4,3	1	1,9
Od rodiny, partnera/ky, přátel	10	21,7	21	38,9
Z prostituce	2	4,3	0	0
Z jiných zdrojů	0	0	4	7,4
Bydlení				
Vlastní bydlení, dlouhodobý pronájem	41	89,1	28	51,9
Dočasně pronajatý, půjčený byt	1	2,2	4	7,4
Institucionalizované bydlení, u rodičů	3	6,5	19	35,2
Squat	1	2,2		
Žádné	0	0	3	5,6

Četnost konfliktů s okolím (n=100) % dní v konfliktu

S partnery	4	7,2
S rodinou	6,4	18,5
S přáteli	2,8	12,3

Rozdělení respondentů dle zaměstnanosti

Placená práce	13,2	12
Chybění v práci kvůli nemoci / pro nepovolenou absenci	0,8	1
Nezaměstnanost	12,3	15,3

Ve většině případů měli respondenti z obou skupin ukončené středoškolské vzdělání.

Respondenti z obou skupin měli srovnatelné zastoupení jednotlivých onemocnění ($p > 0,05$). Mezi nejčastěji zmiňovaná onemocnění patřily VHC a HIV.

Hlavním zdrojem financí u pacientů OST byla práce (67,4 %), u skupiny nepacientů byly nejčastějšími zdroji rodina, partneri/ky nebo přátelé (38,9 %). Většina respondentů uvedla, že má vlastní bydlení, nicméně výrazně větší podíl respondentů s vlastním bydlením byl

mezi pacientů OST: 89,1 % ($p < 0,001$). Respondenti ze skupiny nepacientů bydleli častěji u svých rodičů (35,2 %).

Průměrný počet odpracovaných dní byl u obou skupin respondentů přibližně stejný ($p > 0,05$). Na tuto otázku neodpovídali ti, kteří se nacházeli v rezidenční léčbě ($n = 28$).

Průměrný podíl dní za posledních 30 dní strávených v konfliktu s partnerem/kou, s rodinou nebo s přáteli byl ve všech třech případech nižší u pacientů OST.

Odpověď	OST			Bez OST		
	Počet respondentů	%	Průměrné skóre	Počet respondentů	%	Průměrné skóre ²²
Zdravotní stav						
Velmi dobré	8	17,4	3,5	9	16,7	3,3
Spiše dobré	15	32,6		15	27,8	
Ani dobré, ani špatné	18	39,1		18	33,3	
Spiše špatné	4	8,7		9	16,7	
Velmi špatné	1	2,2		3	5,6	
Rozšiřování dostupnosti OST						
Rozhodně ano	35	76,1	4,8	16	29,6	3
Spiše ano	11	23,9		6	11,1	
Nevím				11	20,4	
Spiše ne				2	3,7	
Rozhodně ne				19	35,2	
Spokojenost s aktuálním místem bydliště						
Rozhodně ano	35	76,1	4,7	14	25,9	3,3
Spiše ano	9	19,6		15	27,8	
Nevím				8	14,8	
Spiše ne	2	4,3		9	16,7	
Rozhodně ne				8	14,8	
Přání změnit místo bydliště						
Rozhodně ano	1	2,2	1,7	25	46,3	3,4
Spiše ano	2	4,3		4	7,4	
Nevím	1	2,2		1	1,9	
Spiše ne	18	39,1		16	29,6	
Rozhodně ne	24	52,2		8	14,8	
Celkem	46	100		54	100	

V otázce zda je potřeba rozšiřovat dostupnost OST se odpovědi respondentů významně lišily ($p < 0,001$). Všichni pacienti OST považovali za potřebné rozšiřovat dostupnost OST v dalších městech na území Kazachstánu (4,8). Odpovědi skupiny nepacientů OST byly téměř zcela vyrovnané pro i proti: 40,7 % respondentů považovalo za potřebné rozšiřovat dostupnost OST, 38,9 % respondentů mělo opačný názor a ostatní nevěděli, zda je to potřebné či nikoliv. Zároveň uváděli, že pacienti OST by neměli substituční terapii metadonem považovat za panaceu. Na druhou stranu, pacienti OST použili naprosto stejný argument v souvislosti s pacienty z rehabilitačních center, a uvedli, že to, že někomu

²² průměrné skóre na stupnici 1 (velmi špatné, rozhodně ne) až 5 (velmi dobré, rozhodně ano)

pomohlo rehabilitační centrum, nemusí automaticky znamenat, že to pomůže i ostatním uživatelům.

Negativní vztah k policii sdíleli respondenti obou skupin. Ve třech městech z pěti se objevil názor, že policie se podílí i na dovozu a prodeji drog. Jeden uživatel bez domova (nepacient) uvedl, že byl odveden policií v okamžiku, kdy zrovna jedl na ulici a nic neužíval. Někteří respondenti předpokládali, že mezi motivy takového jednání patří především finanční odměny a povýšení v práci.

Pacienti OST hodnotili subjektivně svůj aktuální zdravotní stav nepatrně lépe než nepacienti ($p > 0.05$). Pacienti OST vyjádřili větší spokojenost s aktuálním místem bydliště než respondenti druhé skupiny ($p < 0,001$). Většina pacientů OST neuvažovala v posledních 30 dnech o změně místa bydliště (91,3 %). Skupina nepacientů OST uvažovala o změně bydliště v 53,7 % případů ($p < 0,001$).

Respondenti odpovídali na 21 otázek týkajících se jejich fyzického a duševního zdraví, z nichž bylo vypočteno souhrnné skóre²³. Vyšší hodnoty byly pozorovány u nepacientů, kdy skóre pro fyzické zdraví bylo rovné 14,3 a pro zdraví duševní 11,9; zatímco u pacientů OST byly tyto hodnoty nižší: 8,4 pro fyzické a 8,1 pro duševní zdraví. Podíl uživatelů, kteří užívali v posledních 30 dnech drogy injekčně, byl 96,2 % ($n=25$), v průměru 22,7 dní z 30 s frekvencí 1,9krát za jeden typický den. Dva nepacienti aplikovali jehlou, kterou použil někdo jiný (v průměru 0,3krát za posledních 30 dní, rozsah 0-5). Dva pacienti OST užívali drogy injekčně v průměru 4krát za posledních 30 dní s frekvencí dvakrát denně za jeden typický den (rozsah 1-7). Pacienti OST neaplikovali jehlou dříve použitou jiným uživatelem. Co se týká rizikového sexuálního chování, 19,2 % nepacientů ($n=5$) mělo pohlavní styk bez použití kondomu v průměru s 4,5 lidmi (rozsah 1-8) 4,6krát v posledních 30 dnech (rozsah 0-10); 19,6 % ($n=9$) z 46 pacientů OST mělo pohlavní styk bez použití kondomu v průměru s 4,5 lidmi (rozsah 1-8) 9,5 krát v posledních 30 dnech (rozsah 1-30).

²³ Nižší hodnoty svědčí o lepším zdravotním stavu.

Tabulka 7: Nejvhodnější zdroj informací z pohledu respondentů (n=100)

Odpověď	Nejvhodnější zdroj informací dle nepacientů		Hlavní zdroje informací pacientů OST	
	Počet respondentů	%	Počet respondentů	%
Zaměstnanci nízkoprahových zařízení, lékaři	14	25,9	26	56,5
Zaměstnanci NNO	15	27,8	0	0
Knihy	9	16,7	1	2,2
Časopisy	8	14,8	1	2,2
Internet	22	40,7	11	23,9
Televize	13	24,1	0	0
Rádio	7	13,0	2	4,3
Informační letáky	6	11,1	0	0
Vzdělávací aktivity	5	9,3	5	10,9
Pacient OST	18	33,3	6	13
Uživatel, který není pacientem OST	1	1,9	10	21,7
Jiné	0	0,0	1	2,2
Celkem	54	100	46	100

Jak uvádí Tabulka 7, za nejvhodnější zdroj informací týkajících se OST byl nepacienty nejčastěji považován internet (40,7 %), následovali pacienti OST (33,3 %), pracovníci NNO (27,8 %), lékaři a zaměstnanci nízkoprahových zařízení (25,9 %). Lékaři a zaměstnanci nízkoprahových zařízení patřili mezi hlavní zdroje informací skupiny pacientů OST.

3.7. Výsledky – nepacienti OST

Z celkového počtu 100 respondentů bylo identifikováno 26 aktivních uživatelů. Tato otázka se tedy týkala uživatelů, kteří se nenacházeli v léčbě. Jak již bylo zmíněno, dva pacienti uvedli, že za posledních 30 dní užívali návykovou látku injekčně, nicméně bez specifikace konkrétního druhu návykové látky. Proto následující tabulka zobrazuje užívání návykových látek mezi nepacienty.

Tabulka 8: Rozdělení respondentů dle užívání návykových látek (n = 26)

Užívání návykové látky za posledních 30 dní (počet uživatelů)	Užívání drog za posledních 30 dnů + s.d.	Množství užitá během typického dne	Věk prvního užití	Celoživotní užívání (v letech)
Alkohol (n=8)	16 (11,4)	459 ml	12,3 *	27,8
Heroin (n=12)	17,1 (7,7)	1,1 g	18,5	23,5
Marihuana, hašiš (n=4)	7,5 (7,2)	2,7 jointů	16,5	31
Tropikamid (n=1)	30	5 ml	27,9	3
Opium (n=16)	20,4 (11,7)	403,7 g	20,9	13,3
Tramadol (n=5)	9,6 (11,5)	6,6 tbl	31,8	4,3

* 2 respondenti nedokázali uvést věk prvního užití alkoholu, průměrný věk u zbývajících respondentů (n=6) byl 12,3

Deset respondentů užívalo pouze 1 návykovou látku, 13 uživatelů 2 druhy a 3 uživatelů 3 druhy návykových látek. Mezi dalšími látkami míchanými do směsi s heroinem / opiem se objevil Pipolfen[®] (Promethazinum) a Dimedrol[®] (Diphenhydraminum) – používané k “zabránění vzniku nevolnosti” po aplikaci opiátu.

Uživatelé z rehabilitačních center (n = 27) byli dotazováni na užívání drog před nástupem do léčby. Mezi často zmiňovanou látkou (ve 4 případech, tedy 15 % z uživatelů – pacientů rehabilitačních center) / patřil tropikamid (tropicamidum). Důvodem k jeho užívání je údajně nedostatek heroinu na trhu. Užívá se nitrožilně a uživatelé předpokládají, že jeho užívání vede ke zvýšenému riziku nákazy HIV. Podle slov uživatelů trvá účinek po užití Tropikamidu krátce (20 až 30 minut), což vyžaduje častější aplikaci drogy. Výdej tohoto léku by měl být výhradně na recept. Uživatelé ale uvádějí:

“V každém městě se najde minimálně jedna lékárna, kde se dá koupit cokoliv”.

Nedostatek heroinu respondenti nahrazovali především opiem. Zkušenosti s amfetaminy a NSD byly spojeny hlavně s pobytem respondentů v Rusku (2 % ze 100 respondentů, kteří měli zkušenosti s těmito typy drog). Po periodě užívání stimulantů – ať už tradičních nebo „nových“ – údajně přestával účinkovat heroin.

Mezi další užívané látky (samostatně i vzájemně kombinované) patřily opium, krokodil (desomorfin), Tramadol[®] (tramadolium), PCP (phencyklidinipiperidin), efedrin, extáze, kokain, Somnol[®] (zopiclonum), Fenazepam[®] (bromdihydrochlorphenylbenzodiazepinum), Klofelin[®] (clonidinum), oční kapky Cyklomed[®] (cyclopentolatum), Naftizin[®] (naphazoline), Relanium[®] (diazepamum), Cyklodol[®] (trihexyphenidylum) a nové syntetické drogy (dále NSD) jako jsou Spice a tzv. „koupelové soli“.

Pacienti OST uváděli, že před nástupem do léčby užívali heroin, opium, tropikamid, ale i „heřmánkový čaj“, což je látka vzhledově připomínající heroin, kde heroin se míchá s čajem za účelem zvětšení objemu. Jak uvedli pacienti OST, heroin se také míchá s Dimedrolem a „čistý“ se v podstatě neprodává.

Tabulka 9: Užívání drog a vliv na zdraví nepacientů (n=54)

Odpověď	Počet respondentů	%
Somatické zdraví		
Neovlivňuje	3	5,6
Spíše zhoršuje	13	24,1
Rozhodně zhoršuje	33	61,1
Nevím	1	1,9
Spíše zlepšuje	2	3,7
Rozhodně zlepšuje	2	3,7
psychické zdraví		
Neovlivňuje	4	7,4
Spíše zhoršuje	14	25,9
Rozhodně zhoršuje	32	59,3
Nevím	3	5,6
Spíše zlepšuje	1	1,9
Celkem	54	100

Skupina respondentů – „nepacientů OST“ hodnotila své aktuální vztahy v rodině nejčastěji (31,5 %) jako „ani dobré, ani špatné“. Na otázku, zda užívání návykových látek ovlivňuje jejich fyzické zdraví, převážná většina respondentů (85,2 %) uvedla, že užívání návykových látek zhoršuje jejich zdravotní stav. Jeden respondent dodal, že se mu po heroínu „rozpadají“ zuby. Stejná otázka se týkala i psychického zdraví respondentů. Stejně jako v předchozím případě, 85,2 % respondentů předpokládalo, že užívání návykových látek zhoršuje jejich psychické zdraví. Vztahy se svými známými považovala tato skupina respondentů spíše za dobré (3,8). Svoji finanční situaci považovali ve většině případů (48,1 %) za špatnou / velmi špatnou (2,5).

Drtivá většina ze skupiny nepacientů se setkávala s kritikou okolí ohledně užívání návykových látek. Většina (88,9 %) nepacientů OST uvažovala v posledních 30 dnech o změně životního stylu.

Tabulka 10: Otázka pokládané pouze „nepacienům“ OST (n=54)

Odpověď	Počet respondentů	%	Průměrné skóre ²⁴
Zda někdy slyšeli o OST			
Rozhodně ano	27	50,0	3,8
Spiše ano	12	22,2	
Nevím	4	7,4	
Spiše ne	4	7,4	
Rozhodně ne	7	13,0	
Finanční situace			
Velmi dobré	2	3,7	2,5
Spiše dobré	8	14,8	
Ani dobré, ani špatné	18	33,3	
Spiše špatné	14	25,9	
Velmi špatné	12	22,2	
Vztah s přáteli a známými			
Velmi dobré	15	27,8	3,8
Spiše dobré	19	35,2	
Ani dobré, ani špatné	17	31,5	
Spiše špatné	2	3,7	
Velmi špatné	1	1,9	
Přání změnit životní styl			
Rozhodně ano	40	74,1	4,5
Spiše ano	8	14,8	
Nevím	1	1,9	
Spiše ne	3	5,6	
Rozhodně ne	2	3,7	
Snaha o vyhledání informací o OST			
Ano	13	24,1	
Ne	41	75,9	
Kritika okolí			
Ano	51	94,4	
Ne	3	5,6	
Celkem	54	100	

Polovina respondentů (50 %) někdy slyšela o OST. Pouze 24 % respondentů uvedlo, že se pokoušeli vyhledávat bližší informace týkající se OST.

Respondenti, kteří se nenacházeli v léčbě (n=26) měli častěji pozitivní postoje vůči OST: „*Chtěl bych se uzdravit. Vím určitě, že mi metadon pomůže. Pokud by se začal vydávat metadon, zájemci o léčbu by zde [v Almaty] vytvořili dlouhou frontu.*“

Nicméně i mezi nimi se objevovaly negativní postoje. Jeden uživatel bez domova například uvedl, že celá narkologie je „blbost“ a že v ní nevěří.

²⁴ průměrné skóre na stupnici 1 (velmi špatné, rozhodně ne) až 5 (velmi dobré, rozhodně ano)

Pacienti z rehabilitačních center měli naopak spíše negativní postoje vůči OST:

“Hlavně aby byl ten projekt ukončen [celý projekt OST v Kazachstánu], je třeba mít vlastní sílu vůle, pokud po něm [po metadonu] vůbec přežiješ.”

Další pacient z rehabilitačního centra měl podobný názor:

“Propaguje to tady fond Sorose, chtějí nás vyhubit.”

Dva uživatelé disponující hlubšími znalostmi o léčbě uvedli, že v zahraničí bývá ex-user plnohodnotným členem multidisciplinární komise při příjmu nových pacientů do léčby. Také by tuto možnost uvítali, protože ex-user, podle jejich slov, dokáže lépe pochopit uživatele projevujícího zájem o léčbu. Uvedli, že narkologové většinou nebyvají rádi, když musejí “plýtvat časem” na nově přicházející uživatele. Navrhují, že by bylo vhodné organizovat tréninky, kterých by se účastnili narkologové ze všech zařízení poskytujících OST v Kazachstánu, pacienti těchto zařízení a uživatelé uvažující o léčbě. To vše by se mělo odehrávat výhradně pod vedením odborníků ze zahraničí pracujících v zařízeních, kde je poskytována substituční léčba. Dále uvádějí, že by bylo vhodné pořádat výcviky, kde by měli narkologové možnost vcítit se do role uživatelů. Kromě toho poznamenali, že koordinátorem programu by měl být nezávislý odborník (i ze zahraničí), nikoliv narkolog, kterému na plnění této funkce nezbývá čas. Rovněž pravidla jednotlivých zařízení by podle nich měla být sjednocena a kontrolována (např. odlišná pracovní doba). Respondenti dále poznamenali, že metadon by se měl užívat přes brčko, aby nedocházelo k poškození zubů. Ta ale podle jejich slov místní zařízení poskytující OST nekupuje, což zdůvodňují nezájmem ze strany pacientů. Pacienti by také měli dostávat pitnou vodu, ale dostávají kohoutkovou, jejíž kvalitu respondenti zpochybňují. Stomatologická péče je podle jejich slov v zemi poměrně nákladná. Respondenti předpokládají, že úspěšnost léčby závisí hlavně na samotném pacientovi.

3.8. Výsledky – pacienti OST

Tabulka 11: Otázky pokládané pouze pacientům OST (n=46)

Odpověď	Počet respondentů	%
První zdroj informací		
Od lékaře – narkologa	5	10,9
Od jiného lékaře / zdravotnického pracovníka	2	4,3
Od známého / kamaráda (není pacientem OST)	8	17,4
Od pacienta OST	25	54,3
Od zaměstnance nízkoprahového zařízení	3	6,5
Od zaměstnance NNO	1	2,2
Z médií	1	2,2
Od manžela	1	2,2
Dostupnost léčby		
Lehce dostupné pro všechny uživatele / bez problémů	26	56,5
Provázeno problémy	6	13,0
Není moc jednoduché	8	17,4
Nevím	6	13,0
Problémy s policií v souvislosti se statutem pacientů		
Ano	12	26,1
Ne	34	73,9
Celkem	46	100

Prvním zdrojem informací o OST před nástupem do léčby byli samotní pacienti OST (54 %), následovali známí a přátelé (17,4 %) a lékaři / narkologové (10,9 %). Léčbu hodnotili jako lehce dostupnou (56,5 %). Většina respondentů uvedla (73,9 %), že se nesečkala s problémy s policií, které by souvisely se statutem pacientů. Nicméně pacienti OST se domnívali, že substituční terapie nepřináší žádnou výhodu policii, která by uvítala, kdyby byl projekt ukončen:

„Policisté jsou všude, bez nich se nic neobejde, mají všechno pod kontrolou. Čekají u místa, kde se prodávají drogy, vědí, že se tam denně prodá 100 až 150 dávek. Chytají narkomana s dávkou v kapse a chtějí po něm 500 dolarů. Ale kde vezme narkoman 500 dolarů? Nasazují mu pouta a vedou k matce, která prodává na trhu. Ta pak prosí peníze u známých. Na samotného dealera nesahají, prostě se to nesmí, tečka.“

Postoje policie vůči pacientům jsou dle pacientů OST problematické:

„Ani lékaři tu nemají pro substituční terapii pochopení, proč by ho měla mít policie? Celou dobu jsou vedeni k tomu, že narkomani se mají posílat do vězení.“

Tabulka 12: Otázky posuzované dle Likertovy škály (n=46)

Odpověď	Počet respondentů	%	Průměrné skóre ²⁵
Spokojenost s léčbou			
Rozhodně ano	24	52,2	4,1
Spíše ano	13	28,3	
Nevím	1	2,2	
Spíše ne	6	13,0	
Rozhodně ne	2	4,3	
Spokojenost s množstvím informací			
Rozhodně ano	22	47,8	3,5
Spíše ano	4	8,7	
Nevím	2	4,3	
Spíše ne	13	28,3	
Rozhodně ne	5	10,9	
Zdravotní stav po zařazení do léčby			
Výrazně lepší	31	67,4	4,5
Poněkud lepší	10	21,7	
Přibližně stejné	4	8,7	
Poněkud horší ²⁶	1	2,2	
Rodinné vztahy po zařazení do léčby			
Výrazně lepší	31	67,4	4,6
Poněkud lepší	12	26,1	
Nezměnily se	3	6,5	
Vztahy se známými a přáteli po zařazení do léčby			
Výrazně lepší	23	50,0	4,2
Poněkud lepší	13	28,3	
Nezměnily se	9	19,6	
Výrazně horší	1	2,2	
Finanční situace po zařazení do léčby			
Výrazně lepší	28	60,9	4,6
Spíše lepší	16	34,8	
Nezměnilo se	2	4,3	
Souhlas s tvrzením: OST zlepšuje zdravotní stav IUD			
Zcela souhlasím	22	47,8	4,2
Spíše souhlasím	17	37	
Nevím	2	4,3	
Spíše nesouhlasím	3	6,5	
Rozhodně nesouhlasím	2	4,3	
Souhlas s tvr.: vztahy s okolím jsou na dobré úrovni			
Zcela souhlasím	17	37,0	4,2
Spíše souhlasím	23	50,0	
Nevím	6	13,0	
Souhlas s tvr.: vztahy v rodinách jsou na dobré úrovni			
Rozhodně souhlasím	17	37,0	4,1
Spíše souhlasím	22	47,8	
Nevím	3	6,5	
Spíše nesouhlasím	4	8,7	
Souhlas s tvr.: služby se poskytují na dobré úrovni			
Zcela souhlasím	11	23,9	3,6
Spíše souhlasím	18	39,1	
Nevím	7	15,2	
Spíše nesouhlasím	8	17,4	
Rozhodně nesouhlasím	2	4,3	
Celkem	46	100	

²⁵ průměrné skóre na stupnici 1 (velmi špatné, rozhodně ne, výrazně horší) až 5 (velmi dobré, rozhodně ano, výrazně lepší)

²⁶ Ostatní možnosti nejsou uvedeny, protože nebyly označeny respondenty. Kompletní dotazník je k dispozici v Příloze 1

Tabulka 12 uvádí otázky posuzované dle Likertovy škály a pokládané pouze pacientům OST.

Většina pacientů (84,8 %) souhlasila s tvrzením, že OST zlepšuje zdravotní stav uživatelů drog (průměrné skóre 4,2 na stupnici 1-5). S tvrzením, že vztahy s okolím udržují na dobré úrovni, souhlasilo 87 % pacientů OST (4,2). Většina pacientů (89,1 %) zaznamenala zlepšení (4,5) zdravotního stavu v průběhu léčby, a také souhlasila s tvrzením, že vztahy v jejich rodinách jsou na dobré úrovni (4,1). Většina pacientů OST (93,5 %) uvedla, že došlo ke zlepšení vztahu s rodinou po zařazení do programu OST (4,6). Podobně se zlepšily i vztahy s přáteli a známými po zařazení do programu (4,2). Drtivá většina pacientů (95,7 %) uvedla, že jejich finanční situace se po zařazení do programu zlepšila (4,6). Pacienti OST byli s poskytovanou léčbou ve většině případů (80,5 %) spokojeni (4,1). Pacienti OST byli spíše spokojeni (3,5) s dostupností informací týkajících se OST. Respondenti spíše souhlasili (3,6) s tvrzením, že služby se poskytují na dobré úrovni.

Jedním z nejčastěji uváděných přínosů OST (n=20) byl rodinný blahobyt. Pacienti uváděli, že díky léčbě došlo ke zlepšení vztahů a znovusjednocení rodiny. Hned poté následovala skutečnost (n=19), že pacienti již nemuseli užívat drogy injekčně, zároveň neztráceli čas na jejich hledání a nemuseli na drogy myslet. Mezi dalšími výhodami souvisejícími s užíváním drog se objevil názor, že OST snižuje šíření návykových látek, a v jednom případě pacient uvedl, že díky OST přestal užívat alkohol. Dalším pozitivním faktorem bylo zlepšení zdravotního stavu pacientů a menší poškození organismu. Respondenti uváděli, že se po zahájení léčby začali cítit lépe (n=8), přestali mít nauseu, dušnost a další problémy. Někteří pacienti uváděli, že výrazně změnili svůj životní styl (n=3). Dále oceňovali komfort a stabilitu léčby. Během léčby se mnohým pacientům změnil okruh přátel a začali navazovat přátelství nová. Někteří pacienti našli během léčby partnery, zlepšily se vztahy s dětmi nebo se jim děti narodily. Pacienti také zdůrazňovali (n=4) důležitou roli OST v prevenci šíření HIV / AIDS. Zmíněna byla i role OST v sociální adaptaci a reintegraci problémových uživatelů.

Možnost pracovat (nebo alespoň si práci hledat) patřila mezi další často zmiňované výhody léčby (n=12). Jeden respondent uvedl, že díky OST může v klidu pracovat a nemyslet u toho na drogy:

“Vypiješ metadon, jsi v klidu, můžeš pracovat, můžeš dávku neustále snižovat, mnozí ji snižují a odcházejí.”

Někteří léčbu hodnotí jako finančně výhodnou pro ně samotné i pro jejich okolí. Jedna respondentka uvedla, že léčba ji umožnila vzít si hypotéku. Pro některé respondenty představuje léčba životní stimul a pomáhá měnit jejich pohled na svět.

“Pro mě osobně to [léčba] znamenalo vyproštění ze studny. Kdyby nebylo OST, zemřel bych před 4-5 lety na předávkování.”

Respondenti hodnotili pozitivně i to, že léčba je poskytována bezplatně. Proto ani nemusejí krást, což souvisí s nižším výskytem kriminality uváděným respondenty:

“Proč bych kradl, když je metadon zadarmo?”

Na druhou stranu ale někteří poukazovali na to, že pokud by stát odmítl financovat poskytování léčby, chtěli by v léčbě pokračovat, a to i za cenu hrazení z vlastních zdrojů. Někteří pacienti uvedli, že se méně hádají a nemají problémy s policií. Další zmíněnou výhodou byla možnost snížení dávky metadonu a ukončení léčby s dobrou prognózou do budoucna.

Většina pacientů OST (56,2 %) hodnotila léčbu jako snadno dostupnou pro osoby, které mají o tuto léčbu zájem.

Nicméně nejčastěji uváděnou bariérou (n=18) bylo velké množství povinných testů. Test na přítomnost VHC respondenti hodnotili jako příliš drahý. Navíc se jedná o zdoluhavý proces vyžadující mnoho času (n=8). Za bariéru považují také “byrokratické papírování” a mnohonásobné návštěvy lékařů. Jeden pacient například uvedl, že ho “posílají od jednoho lékaře k druhému”. Další pacientka popisovala proces následovně:

“Vstup do léčby by měl být jednodušší, je složité si vyřizovat všechny ty testy a běhat po nemocnicích.”

Jako problém vnímali pacienti OST i příjem (“z donucení”) u místního narkologa a komunikaci s psychologem doprovázenou vzájemným nepochopením. Respondenti si myslí, že chybí vzájemné porozumění mezi nimi a lékaři. Pacienti viděli problém také v nedostatku a nízké dostupnosti informací (n=7): *“Chyběl tu člověk, který by všechno vysvětlil ve srozumitelnějším jazyce, ne v lékařských termínech.”*

Další často zmiňovanou bariérou (n=9) byl příliš krátký časový interval, během kterého je možné dostávat metadon. Respondenti žádali o rozšíření doby pro výdej metadonu, a to od 7:00 a případně i v odpoledních hodinách. Někteří pacienti nestíhali do práce, případně si kvůli krátké výdejní době nemohli práci najít. Pacienti považovali za problém i to, že nemají možnost dostávat metadon na několik dní (n=9). Jednalo se především o pacienty, kteří by potřebovali odjet do jiného regionu z osobních nebo pracovních důvodů. Také by uvítali možnost dostávat metadon i v případě hospitalizace v nemocnici. Připoutání k místní narkologii pro mnohé pacienty představuje překážku. Byly zmiňovány i další důvody, proč je pro pacienty každodenní docházení do narkologického zařízení problematické:

“Léčba není anonymní a lidé si všímají, že sem každodenně docházím. Navíc je to nákladné na dopravu.”

Nemalou obavu měli pacienti (n=6) i z narkologického registru. Při dotazu na problémy se zákonem jeden pacient uvedl, že samotné zařazení do narkologického registru považuje za problém se zákonem. Samotná závislost a s ní související potřeba užívat drogy byla rovněž zmíněna jako možná bariéra při vstupu do léčby. Jeden respondent uvedl, že odmítání OST veřejností bylo jednou z překážek při vstupu do léčby. Mezi zbývající bariéry patřily nedostatek motivace, pocity zoufalství, strach z neznámého a nejistota ohledně budoucího vývoje programů OST.

Mezi návrhy na zlepšení kvality poskytování služeb OST se objevil názor, že je nutné implementovat do praxe poznatky ze zahraničí. Někteří pacienti měli poměrně dobré znalosti ohledně fungování OST v zahraničí:

“U nás [v Kazachstánu] by se to dalo pochopit, ale proč by tak údajně nebezpečnou léčbu zaváděli na západě? Například v Německu.”

Také by uvítali, kdyby bylo možné dostávat metadon v odůvodněných případech i na několik dní: *“V Německu vydávají [metadon] i na týden.”*

Někteří pacienti vzkazovali vládě, aby se projekt neukončoval. Naopak by si přáli rozšíření OST do více měst na území Kazachstánu. Přivítali by také více informací týkajících se léčby:

“Mluvíme s lékaři. Všechno se tu odehrává před našima očima, všechno se dozvídáme jako jedni z prvních. Jinak jaká by tu byla informace? Dostávali jsme časopisy, letáky, nic víc.” Jeden pacient by byl vděčný za pomoc při hledání práce:

“Je pro mě obtížné si najít práci. Myslím, že je potřeba pomoci uživatelům v hledání práce. Je to velmi těžké.”

Někteří pacienti uváděli, že se jim nedostává pochopení od zaměstnanců. Uvítali by více zdvořilosti ze strany narkologů a méně přísný dohled, který některé pacienty “irituje”. Samotné podávání metadonu bylo hodnoceno jako ponižující, ale z důvodu nedůslednosti některých pacientů uznávají, že je nezbytné je kontrolovat. Někteří pacienti si myslí, že zaměstnanci odvádějí svoji práci tím způsobem, že se vůbec nezajímají o jejich zdraví. Chování některých narkologů popisovali jako přehnaně direktivní a finančně motivované. Několik respondentů se zmínilo o tom, že by v zařízení přivítali přítomnost terapeuta (který by jim “porozuměl”), zubaře, chirurga a dalších odborníků s tím, že některé lékaře by potřebovali navštěvovat nejlépe jednou za měsíc. Dále by pacienti uvítali, kdyby za podmínek dodržování pravidel měli možnost dostávat metadon na několik dní. Jeden respondent dodal, že veškerá snaha přesvědčit personál o možnosti výdeje metadonu předem na několik dní je marná. Pacienti mají problém vycestovat do jiného města, kde nemají možnost v léčbě pokračovat. Někteří pacienti by rádi léčbu ukončili, ale mají strach z nástupu abstinčních příznaků. Navíc uvádějí, že tento stav narkologové neumějí léčit.

Pacienti OST nevykazovali žádné problémy v oblasti kriminality, a podle vlastních vyjádření neměli v době sběru dat žádné problémy se zákonem.

Pacienti OST ve fokusních skupinách často spontánně uváděli, že pozorují mnohem nižší výskyt kriminality. Uváděli, že se s ostatními pacienty setkávají a mají o situaci přehled. Zároveň se sami obávali uživatelů, kteří nedostávají OST. Pacient OST popsal situaci pomocí následujícího příkladu:

„Představte si, nyní tu máme okolo 70 pacientů. Zkuste tento projekt ukončit. Padesát pacientů půjdou páchat zločiny, aby měli peníze na drogy. Ostatních 20 pacientů bude

schopno jít domů a najít tam 5 000 tenge²⁷ na drogu. Ale i těm dvaceti brzy dojdou peníze a budou muset krást. Krást znamená jít do vězení. Nemusejí zabíjet důchodce kvůli pár mincím, prohledávat popelnice, prodávat věci svých matek.“

Co se týká úniku metadonu na černý trh, pacienti OST dodávají, že se s takovými případy setkali. Podle jejich slov se vyskytly ojedinělé případy, kdy pacienti metadon nespokli, ale snažili se ho přeprodat. Nejedná se ale o častý jev. Na druhou stranu, někteří pacienti zpochybňují kvalitu metadonu, jehož chuť je někdy proměnlivá (jednou chutná hořce, jindy „jako voda“). Pacienti, kteří dostávali stejnou dávku metadonu v zahraničí, si všímali jeho rozdílné kvality.

3.8.1. Substituční terapie z pohledu bývalých pacientů s negativní zkušeností s OST

S pacienty s negativní zkušeností s léčbou metadonem se bylo možné setkat v rehabilitačním centru.

Jeden pacient uvedl, že po jednom měsíci léčbu opustil kvůli obavám z návykového potenciálu metadonu. Dále uvedl, že někteří jeho přátelé zemřeli a jiní se po roce léčby změnili “k nepoznání” v horším slova smyslu. Poté ale dodal, že byl vyloučen kvůli několikanásobnému porušování pravidel, jelikož současně užíval heroin. Uvedl, že když měl problémy s obstaráním drogy on sám nebo jeho dealer, “doplňoval” si denní dávku metadonem. Na metadonu mu vadila především absence euforizujícího účinku. Jak uvádí bývalý pacient, právě tato skutečnost byla častým důvodem ukončování léčby u ostatních pacientů, které znal.

Další pacient byl HIV pozitivní, a rovněž ukončil léčbu po jednom měsíci. Důvodem byl jeho původně plánovaný třídenní pobyt ve městě, kde neměl možnost v léčbě pokračovat. Po jednom dni se pacient vrátil kvůli abstinenčnímu syndromu. Hlavním důvodem ukončení léčby byla neochota být vázán na místní narkologické zařízení. Dále měl problém s odstraněním příznaků abstinenčního syndromu, protože ve dvou městech mu bylo odmítnuto poskytnutí pomoci, resp. lékaři nevěděli, jak jeho stav zlepšit. Nyní je přesvědčen o tom, že cílem této terapie je “vyhubit narkomany”. Respondent dále uvedl, že se mu začaly “sypat” zuby, a rány se začaly hojit déle než obvykle. Na druhou stranu respondent uznal, že OST snižuje kriminalitu. Uvedl, že i on sám přestal každé ráno krást na drogy.

Objevil se i další respondent, který uvedl, že se mu během léčby zhoršila imunita a přestaly se hojit bércové vředy.

Celkem se tedy výzkumu zúčastnilo 3 bývalých pacientů OST, z nichž všichni zúčastnění měli ostře negativní postoj vůči OST. Příčinám jejich negativního postoje se věnuji v diskuzi.

²⁷Kazašská měna (1 euro je přibližně 380 kazašských tenge)

3.9. Výsledky – klíčové informantky

3.9.1. Prezidentka Národní lékařské asociace Ajžan Sadykovová

Prezidentka asociace Ajžan Sadykovová odpověděla na některé otázky týkající se poskytování OST v Kazachstánu. Její postoj lze zhodnotit jako ostře negativní. Samotný projekt označila za projekt ohrožující zdraví pacientů i národní bezpečí Kazachstánu. Odkazovala na studii, v rámci které prováděla dotazování mezi pacienty s negativní zkušeností s OST. Výsledky této studie A. Sadykovová odmítla poskytnout k nahlédnutí, stejně tak i petici proti zavádění OST s 5 000 podpisy. Svůj postoj argumentovala například tím, že po užití metadonu nastupuje velmi těžký abstinenci syndrom, což se projevuje bledostí kůže, nespavostí, agresí a neklidem. Pacienti, kteří vyplňovali dotazníky k výše zmíněné studii údajně tvrdili, že by spáchali jakýkoliv zločin, jen aby získali další dávku metadonu. Dotazy se týkaly období, kdy pacienti z různých důvodů náhle přerušovali léčbu. A. Sadykovová také uvedla, že léčba je i finančně nákladná:

„...Představte si, že nedej Bože někdo z vaší rodiny se stane závislým, ale vám řeknou, že do něj budou dál vpichovat drogu. Líbilo by se vám, kdyby vašeho syna neléčili, ale stále by mu kupovali drogu navíc za vaše peníze? A poté by řekli [narkologové]: rozlučte se se svým synem.“

Rozhovor s A. Sadykovovou byl podnětem pro vyhledání pacientů s negativní zkušeností s metadonem, jejichž postoje byly popsány výše. Jejich zkušenostem bude věnován prostor v diskuzi.

Dr. Ajžan Sadykovová dále odkazovala na výsledky analýzy, ve které údajně všichni pacienti měli v krvi metadon společně s heroinem. Dle jejího názoru metadon slouží k snadnějšímu shánění heroinu. Uvedla, že všichni pacienti by měli být vyloučeni z projektu, a neděje se tak pouze kvůli tomu, že by vyloučení všech pacientů vedlo k ukončení projektu. Situaci popisuje následovně:

“Existují dva druhy byznysu: heroinový a metadonový. Nejdřív jdou do heroinového a dodávají peníze těm, kteří jim prodávají heroin. Když už všechno vynesou z domova a ztratí práci, pak se vzdávají a přecházejí do byznysu metadonového. Metadonový a heroinový byznys si vzájemně cestu nekříží, vzájemně nekonkurují, podporují se. Pokud bude existovat byznys heroinový, bude existovat i metadonový.“

Dr. Sadykovová dále uvedla, že všichni žurnalisté a uživatelé vystupují proti OST. Podle jejích slov, lékaři v centrech OST jsou „přinuceni“ vykonávat svou práci.

Naopak ti, kteří OST podporují, podle dr. Sadykovové „prodali duši ďáblu za peníze“. Dále uvedla, že zastánci OST „podporují zabíjení a páchají hřích“. S cílem zabránit otevření OST se údajně obrátila na Ministerstvo zdravotnictví a žádala, aby k tomu v žádném případě nedošlo v Almaty ani v Astaně.²⁸ Její postoj údajně sdíleli i tehdejší

²⁸V souvislosti s výše zmíněnými informacemi jsem odeslala dotaz Správě zdravotnictví Astany ohledně možnosti otevření OST v hlavním městě. Podle odpovědi se otvírání OST v hlavním městě neplánuje, a uživatelé by se tudíž měli i nadále obracet na místní Centrum zdravotně-sociální rehabilitace. Odpověď je dostupná na: http://densauylk.astana.kz/blog_segizbaeva/

akimové („starostové“) obou uvedených měst. Mimo jiné je přesvědčena o tom, že se pacientům podává metadon ředěný vodou. Na závěr uvedla vlastní zkušenost s pacienty „závislími na metadonu“:

„Patřím mezi profesionály v oblasti anesteziologie, jsem expertka na bolest, tudíž vím, jaké množství léku zavést, aby bylo možné uříznout nohu a nebolelo to. Odstranit bolest při abstinčním syndromu u metadonu je pro mě jednoduché, mám to všechno pod kontrolou. Narkologové takové hluboké znalosti jako já nemají. Vyléčit takové množství závislých narkologové nedokážou.“

3.9.2. Ředitelka Národního vědecko-praktického centra zdravotní a sociální problematiky závislosti Altynaj Eskalieva

Dr. Eskalieva, jež byla v době (korespondenčního) interview ředitelkou centra, sídlícího v Pavlodaru a představujícího hlavní kazašské odborné pracoviště pro problematiku závislostí (a dalších tzv. sociálních patologií/epidemií), uvedla, že opioidní substituční terapie je jednou z možností léčby pro pacienty se závislostí na opioidech a že je zároveň pečlivě prostudovanou a vědecky podloženou lékařskou intervencí, která spočívá v podávání metadonu či buprenorfinu ve vhodně zvolené dávce. Opioidní substituční terapie se používá od konce šedesátých let a osvědčila se jako nejpříjemnější, nízkonákladová, vědecky prokázaná a efektivní metoda léčby závislosti na opioidech. *„Na základě mezinárodních zkušeností i zkušeností naší bylo potvrzeno, že pacienti jsou schopni odmítnout užívání nelegálního heroínu a vrátit se (v mnoha případech vůbec poprvé) k normálnímu životnímu stylu, zatímco kontinuálně užívají udržovací dávky metadonu. Léčba závislosti na opioidech pomocí agonistů opiátových receptorů je soubor farmakologických a psychosociálních intervencí zaměřených na snížení a ukončení užívání nelegálních opioidů, snížení rizika předávkování opioidy, snížení úmrtnosti uživatelů drog / pacientů OST a snížení kriminality související s drogami, a vedoucí k vyšší adherenci k antiretrovirální a antituberkulózní léčbě. Opioidní substituční léčba je nákladově efektivnější v porovnání s „tradiční“ ústavní léčbou. Existují přesvědčivé důkazy, že finanční výdaje spojené s poskytováním OST jsou výrazně nižší.“*

Dále odkázala na zahraniční autory předpokládající, že docílit působivých úspěchů a mít epidemii HIV a/nebo užívání nelegálních opiátů pod kontrolou není až tak složité. Podle ní k tomu stačí používat metody s vědecky prokázanou efektivitou. Pozornost by se měla věnovat především léčbě drogové závislosti, výměně injekčních stříkaček a jehel, a testování na HIV i antiretrovirová léčba by měly být snadno dostupné (Mathers et al., 2010).

Eskalieva popisuje léčbu drogové závislosti jako složitou a komplexní práci, která by měla být pro uživatele přijatelnou a dostupnou, stejně jako jakákoliv jiná léčba pomáhající lidem s drogovou závislostí. Udržovací terapie metadonem je dle jejích slov bezpečná a efektivní, a uživatelé, kteří chtějí skoncovat s drogovou závislostí a souvisejícím životním stylem, o ni projevují po celém světě obrovský zájem.

„Dlouhodobá léčba metadonem zlepšuje fungování centrálního nervového systému a stabilizuje psychiku pacientů, což vede k jejich sociální rehabilitaci a reintegraci do

společnosti. Léčba není nebezpečná. Podle WHO, UNODC, UNAIDS úmrtnost mezi osobami se závislostí na opioidech v OST představuje 25-30 % analogického ukazatele mezi uživateli, kteří nejsou pacienti OST. Metadon má dobře předvídatelnou efektivitu a trvání účinku je kolem 24 až 36 hodin, zatímco trvání účinků u většiny drog se pohybuje kolem 3-6 hodin. Stav po vysazení metadonu není intenzivnější než po heroinu. Jediným rozdílem je trvání odvykacích příznaků, což se vysvětluje prodlouženým účinkem metadonu (WHO et al., 2004a).“

Následně uvádí, že v zemích, kde je tato léčba široce dostupná, došlo k výraznému snížení nových případů infekcí HIV mezi IUD a jejich sexuálními partnery (například ve Finsku, Norsku, České republice, Belgii, Švýcarsku, Španělsku, Nizozemsku, Dánsku, Austrálii a v dalších zemích).

Eskalieva zároveň upozorňuje na situaci týkající se HIV. I když je dle jejích slov prevalence HIV v Kazachstánu poměrně nízká, prevalence HIV mezi uživateli drog je epidemiologicky významná. Dále dodává, že v Kazachstánu dochází k nárůstu šíření HIV neinjekční cestou, což by mohlo svědčit o vyšším riziku šíření onemocnění do běžné populace prostřednictvím sexuálních partnerů uživatelů. Vzniklá situace je podle ní důsledkem nedostatečné efektivity prevence HIV mezi uživateli drog a vyžaduje radikální změny v podobě rozšíření dostupnosti služeb a prevence v oblasti zdravotnictví a sociální ochrany. Dále zdůrazňuje význam aplikace praxe založené na důkazech.

“Mezi takové metody patří OST. Právě proto Ministerstvo zdravotnictví Republiky Kazachstán přijalo rozhodnutí poskytovat OST osobám závislým na opioidech.”

Altynaj Eskalieva uvádí řadu výhod OST. Za dobu realizace projektu si řada pacientů našla zaměstnání a vytvořila rodinu, pacienti začali více pečovat o své zdraví, a podstoupili antiretrovirovou a protituberkulózní léčbu. Naprostá většina (96 %) podle jejích dat zaznamenala zlepšení kvality rodinných vztahů. Prakticky všichni pacienti jsou spokojeni se svým životem a nechtějí ho měnit (poprvé po mnoha letech užívání). Žádný z pacientů neměl problémy se zákonem a užívání ilegálních drog se snížilo téměř k nulové hodnotě. Uvádí ale i některé rezervy v poskytování léčby v Kazachstánu. Problémem je podle ní například to, že dochází k opakovaným vyloučením z léčby z důvodu hospitalizace v jiných léčebných zařízeních. Stávající praxe neumožňuje předávání nebo doručení preparátu do jiného zdravotnického zařízení, kam se pacient OST dostává v souvislosti se svými zdravotními problémy. Není zajištěno ani postupné snižování dávky metadonu v případě nástupu do výkonu trestu odnětí svobody. Také dodala, že někteří pacienti přerušují léčbu kvůli tomu, že nemají možnost si každodenně vyzvedávat metadon z důvodu pracovních cest do jiných měst.

„Narkologové, praktičtí lékaři, nemocní i jejich blízcí hodnotí OST v absolutní většině pozitivně, a myslí si, že je efektivní, ale že léčba musí být zdokonalena a rozšířena.

K 1. prosinci 2013 program pokrývá 0,98 % z celkového počtu oficiálně zaregistrovaných IUD a pouze 0,20 % z odhadovaného počtu IUD. To nestačí k tomu, aby bylo možné pozitivně ovlivnit vývoj epidemie HIV a virových hepatitid v Kazachstánu. Dle doporučení OSN by pokrytí OST nemělo být nižší než 20 % z odhadovaného počtu IUD, užívajících

opiáty. Expanze OST by usnadnila přístup k substituční léčbě injekčních uživatelů drog v jiných regionech země. K dnešnímu dni je poskytována v 10 městech. Dostupnost OST by mohla být zvýšena, a prevence HIV /AIDS by mohla být účinnější, pokud by neexistovaly bariéry pro získání léčby. Stává se to, že uživatelé drog mající zájem o získání OST se odmítají obrátit k narkologům kvůli strachu z porušení anonymity, možných problémů s policií, povinného zařazení do narkologického registru a kvůli omezené kapacitě zařízení“.

Odpovědi na otázky, které ředitelka Eskalieva obdržela v rámci této studie, byly později zveřejněny na webových stránkách centra (www.rnpc.kz).

4. DISKUZE

4.1. Omezení studie

K sestavení vzorku nebyla s ohledem na charakter cílové populace a specifické podmínky v zemi použito žádné z reprezentativních výběrových metod, a výsledky tudíž nelze jednoduše generalizovat na všechny pacienty OST v Kazachstánu, ani na uživatele z jiných měst, ani na injekční uživatele drog mimo jakoukoliv léčbu či v substituční léčbě.

Značným omezením jsou obvyklé problémy spojené se self-reporting výzkumy, zejména v otázkách týkajících se kriminality. Respondenti často v dotazníku označovali možnost „jiné“ bez následné specifikace s očividným cílem neprozrazovat konkrétní zdroje financí či spáchané trestné činy. Bylo nutné respondenty opakovaně ujišťovat, že studie je zcela anonymní.

Dalším omezením byl nedostatek času na straně některých respondentů, kteří např. spěchali do zaměstnání a neměli dostatek času na poskytnutí detailnějších informací o svých zkušenostech OST. Z těchto důvodů tato práce nemusí plně odrážet postoje nebo skutečnou praxi respondentů. Omezením byla zároveň nespolečná a problematická (ne)komunikace s některými z oslovených organizací.

Nicméně úkolem studie nebylo provádět sběr dat na celostátní úrovni, ale identifikovat a popsat hlubší souvislosti dané problematiky. Z výzkumu bylo vyřazeno 12 respondentů kvůli nenaplnění věkových a/nebo diagnostických kritérií.

4.2. Využití výsledků studie

Nehledě na výše uvedená omezení, práce poskytuje užitečný náhled na vybrané faktory ovlivňující postoje respondentů vůči OST, a z toho vyplývající návrhy na zkvalitnění poskytovaných služeb. Byly nejen potvrzeny některé již známé informace (např. medicínská efektivita OST) – práce by mohla přispět k lepšímu porozumění místním specifikům poskytování OST a tak ji zkvalitnit a zvýšit její prospěšnost pro pacienty i výhodnost pro zdravotnický systém země. Výsledky mohou být využity při plánovaném rozšíření OST v Kazachstánu²⁹ tak, aby se předešlo opakování identifikovaných chyb a aby byly programy pro potenciální pacienty zdravotně, sociálně a logisticky vhodně nastaveny a zbaveny někdy se vyskytujícího a podporovaného mýtu „závislosti na další, strašné droze.“

Pacienti OST vykazovali zlepšení a spokojenost ve všech sledovaných oblastech, zaznamenali zlepšení zdravotního stavu, nacházeli se ve větším subjektivně vnímaném bezpečí než ti, kteří v léčbě nebyli. Lze tedy předpokládat, že budou vystaveni nižšímu riziku nákazy HIV a budou trávit méně času v nemocnicích a vězeních, než neléčení uživatelé drog. Výsledky jsou konzistentní s výsledky jiných studií (Boltaev et al., 2012).

²⁹ K němuž má dojít v roce 2017 (S. Altynbekov, osobní rozhovor)

Předkládaná práce také identifikovala řadu nedostatků v kvalitě OST z pohledu respondentů. Pacienti byli limitováni relativně krátkou dobou určenou pro výdej metadonu, a přáli by si, aby byl umožněn výdej metadonu již od 7:00. Někteří pacienti nestíhali do práce nebo jim právě toto omezení hledání práce ztěžuje. Za bariéru při vstupu do léčby považovali drahé testování na VHC. Obavy měli i z nutnosti se „připoutat“ k místní narkologii a také z povinného zařazení do narkologického registru. Dalším problematickým tématem bylo nedostatečné věnování pozornosti fyzickému i psychickému zdraví pacientů ze strany lékařů. Z tohoto důvodu by pacienti uvítali přítomnost lékařů jiných specializací na pracovišti OST. I když se nejedná o běžnou praxi a tento požadavek by byl jen stěží realizovatelný, situace by se dala zlepšit především vzájemnou komunikací mezi narkology a lékaři jiných specializací, kteří by neměli k uživatelům drog stigmatizující přístup. Často zmiňovaným tématem v souvislosti s léčbou metadonem byly potíže s chrupem. Bylo by vhodné zvýšit informovanost mezi odborníky a pacienty zaměřenou na význam dentální péče u pacientů OST (Brondani & Park, 2011). Jednou z možností edukace by mohly být obsahově i vzhledově zajímavé informační materiály, s instrukcemi týkajícími se správné péče o chrup při léčbě metadonem. Bylo by vhodné se inspirovat materiály ze zahraničí, které by poskytly pacientům informace v pro ně akceptovatelné podobě. Pacienti OST si rovněž stěžovali na to, že lékaři používají v komunikaci odborné termíny, kterým pacienti nerozumí. Odborníci by si měli osvojit schopnost srozumitelně komunikovat s pacienty. Někteří pacienti uváděli, že dochází ke vzájemnému nepochopení i mezi nimi a psychology. Bylo by také vhodné zajistit pacientům OST pomoc při hledání práce. Někteří pacienti sami navrhovali možná řešení problémů a uváděli příklady ze zahraničí. Přáli by si, aby byly do léčby v Kazachstánu rychle a důsledně implementovány zahraniční zkušenosti.

Výzkumu se zúčastnili i 3 bývalí pacienti OST s negativním názorem vůči léčbě, nicméně většinou negativních zážitků popisovaných bývalými pacienty by pravděpodobně bylo možné předejít především soustředěním se na dodržování režimu léčby z jejich strany a zřejmě rovněž individuální úpravou léčby (matching) jako takové ze strany zdravotníků. Negativní zkušenosti bývalých pacientů OST s léčbou byly totiž způsobeny zejména porušováním daných (jakkoliv třeba z pohledu rozvinutých systémů léčby nevyhovujících) pravidel pacienty, neznalostí či miskondukcí na straně narkologů, ale i problémy zmiňované současnými pacienty OST, jako je například nemožnost vycestovat do jiného města nebo země. Nutnost cestovat může pro pacienty představovat poměrně vážný problém, jelikož nemají možnost získávat lék na několik dní a hrozí tedy riziko rozvoje odvykacího stavu. Právě nepříjemné odvykací stavy bývalých pacientů vedly k vytvoření averze vůči metadonu, což ovlivnilo i jejich celkový postoj vůči OST. Své nepříjemné zkušenosti popisovali ostatním pacientům z rehabilitačních zařízení. Pravděpodobně z tohoto důvodu respondenti nacházející se ve stejné skupině s těmi, kteří popisovali negativní zkušenosti s léčbou, vystupovali častěji proti OST, aniž by disponovali jinými informacemi než těmi, které získali od bývalých pacientů OST. Je možné, že negativní postoj respondentů byl dán také tím, že rehabilitační centrum financuje Ministerstvo vnitra Kazachstánu, známé pro svůj negativní postoj vůči substituční léčbě.

Rovněž by bylo vhodné věnovat větší pozornost příjmu nových pacientů, čímž by se omezil počet pacientů majících v úmyslu i nadále pokračovat v užívání drog během léčby, případně by se díky vědomému terapeutickému zaměření se na tento aspekt pacientova problému mohl jeho zdravotní stav časněji a efektivně řešit.

V Kazachstánu se v OST používá metadon jako jediný dostupný preparát, ten však není jediným univerzálním lékem, který by mohli užívat všichni pacienti závislí na nelegálních opiátech; proto by měli mít možnost využít jiných přípravků. Buprenorfin ani jiné substituční léky se v současnosti v Kazachstánu nepoužívají. Časem by bylo vhodné rozšířit nabídku léčebných preparátů a podávat i buprenorfin, jehož implementace by se ale měla provádět důkladně a léčba by měla být doprovázena psychosociálními intervencemi. Některé studie například uvádějí, že průběh odvykacího stavu při užívání buprenorfinu je rychlejší (Gowing et al., 2009).

Ačkoli díky společným snahám místních i mezinárodních organizací dochází v posledním roce k lepšímu informování veřejnosti, negativní postoje vůči OST přetrvávají. Rok 2015 byl pro vývoj pilotního projektu kritický, a v souvislosti s tím bylo vynaloženo mnoho úsilí za účelem zvyšování informovanosti mezi veřejností prostřednictvím veřejných setkání a publikací článků na téma OST na internetu.

Interview se dvěma klíčovými informantkami ukázalo významné rozdíly v jejich názoru na OST, její smysl a medicínskou racionalitu, také ale ve způsobu argumentace a ochotě zveřejnit podklady, díky nimž dospěla každá z obou lékařek ke svým závěrům. Zatímco střizlivě pozitivní stanoviska ředitelky Národního vědecko-praktického centra zdravotní a sociální problematiky závislosti Altynaj Eskalievové byla pečlivě vyargumentovaná a odvolávala se na veřejně dostupné dokumenty a zprávy, prezidentka Národní lékařské asociace A. Sadykovová byla v interview vyhýbavá, odmítala konkretizovat studie a sdílet podklady, na něž se odvolávala, a používala silně emočně zabarvená axiomatická prohlášení, jimiž se snažila podpořit svůj ostře negativní postoj k OST jako „zlu.“.

A. Sadykovová vytrvale ovlivňuje řadu držitelů rozhodovacích pravomocí, což vede k takovým veřejnozdravotním paradoxům, jako je absence OST v bývalém i současném hlavním městě Kazachstánu. Podobnou demagogii lze pozorovat i na jejím působení na místní média, kde spolu s Natalií Šadrinovou, která odpovídá za vztahy s veřejností v asociaci (a působí v organizaci neúnavně kritizující zavádění metadonu), využívají nedostatečné informovanosti spoluobčanů. Často oslovují organizace, pro něž může být problematika OST poměrně vzdálená a nejasná. Z toho důvodu se na internetu vyskytuje celá řada článků označujících metadon za “biologickou zbraň”. Na stránkách Svazu pravoslavných občanů Kazachstánu například narazíme na tento tučně zvýrazněný text (Shadrina, 2014):

“Natalie Šadrinová se domnívá, že se jedná o monstrózní záměnu pojmů porušující samotnou podstatu práva člověka na život. Toto právo je nahrazeno právem na degradaci a smrt kvůli metadonu, a to pod záminkou pomoci, z rukou lékařů v bílých pláštích a za peníze našich občanů – vzorně dodržujících zákony!”

Článek odeslaný do redakce N. Šadrinovou navíc obsahuje řadu gramatických chyb a není třeba dodávat, že podobný text nelze považovat za odborný. Vzhledem k množství

komentářů je ovšem evidentní, že i takto nekvalitní článek může zapůsobit na laickou veřejnost. V zemi, kde se naprostá většina občanů hlásí k religiozitě, je argumentace skrze náboženství poměrně „pohodlným“ nástrojem k manipulaci veřejného mínění – právě proto, že v náboženství jde primárně o *víru*, a tak se v něm z definice běžně operuje se „zjevenou pravdou“ bez potřeby racionální debaty na její podporu. Jsem ale přesvědčena, že představitelé pravoslavné církve – tedy „mé“ církve, k níž se sama hlásím – by neměli vystupovat proti léčbě, která v mnoha případech zcela prokazatelně pomáhá zabránit předčasným úmrtím uživatelů. Pominu-li, že adiktologie je vysoce odborným polem, do něhož zasahovat bez patřičného backgroundu je nezodpovědné, jsem přesvědčena i o tom, že záchrana života a návrat ex-uživatelů nelegálních opiátů do společenských a rodinných vazeb (jak to dokumentuje tato studie a stovky mnohem komplexnějších výzkumů a evaluačních studií na dané téma) je plně ve shodě s křesťanským vnímáním světa a s principy křesťanství jako takovými. Užívání léku, o jehož účinnosti vládne drtivě majoritní shoda vědců i lékařů a kterou prokazuje i tato studie, nemůže být hříchem.

Neustálé opakování mnohokrát vyvrácené kritiky výrazně komplikuje poskytování kvalitní léčby a zpomaluje rozvoj OST v zemi. Odpor ze strany veřejnosti i odborníků spolu s jejich stigmatizujícím přístupem vyvíjí poměrně velký tlak na pacienty OST. Někteří autoři se domnívají, že předsudky a nedůvěra vůči léčbě mohou být způsobeny nevhodným používáním termínu OST. Tento široce užívaný termín zjednodušuje neurobiologii poruch souvisejících s užíváním opioidů na pouhou farmakologii léčby. Termín desinformuje pacienty, jejich rodiny, odbornou a laickou veřejnost, a vede přesvědčení, že léčba nahrazuje jednu závislost druhou (Samet & Fiellin, 2015). Autoři předpokládají, že termín OST mylné přesvědčení nezáměrně podporuje. Na stejném principu založená farmakoterapie inzulinem se neoznačuje za substituční léčbu, a není tak označováno ani podávání glukosteroidů u Addisonovy choroby. Autoři dále navrhují použití termínu „terapie opioidními agonisty“, protože léky jako metadon a buprenorfin patří mezi agonisty μ receptorů. Samotný termín by tak neposkytoval prostor pro negativní konotace a mylné interpretace. Z tohoto důvodu se v poslední době ustupuje od termínu OST.

Je nepochybné, že substituční léčbu v Kazachstánu je nutné dále zdokonalovat a současný stav není ideální. Bylo by vhodné k prezentovaným výsledkům přihlížet při plánování aktivit, které by vedly ke zkvalitnění služeb. Je potřeba se zaměřit na problémy zmiňované pacienty OST i ostatními respondenty.

Výsledky této studie navazují na mou bakalářskou práci (Čečeleva, 2014) a potvrzují potřebu nadále vzdělávat narkology a zvyšovat jejich profesionalitu, což by vedlo k oboustranné spokojenosti a porozumění mezi narkology a pacienty.

5. ZÁVĚRY

Na základě výsledků studie a s využitím mé dřívější práce (Čečeleva, 2014) lze doporučit následující opatření cílená na faktory ovlivňující postoje pacientů i odborné veřejnosti:

- zaměřit se na cílené a systematické vzdělávání narkologů, a to i s ohledem na etické aspekty jejich práce;
- při plánování a zavádění nových programů – ale i při úpravách těch existujících – se zaměřit na přizpůsobení režimních a logistických aspektů nejen zdravotnímu, ale i sociálnímu stavu pacientů tak, aby léčba nekolidovala se zapojením do zdravého sociálního života (typicky standardního zaměstnání, rodinných povinností atd.), například:
 - změnit dobu pro výdej metadonu tak, aby pacienti měli možnost včas docházet do práce;
 - umožnit pacientům dodržujícím pravidla dostávat metadon na několik dní v případě nutnosti odcestovat do jiného města nebo do zahraničí;
 - zajistit předávání metadonu do jiného zdravotnického zařízení, kam se pacient OST dostává v souvislosti se svými zdravotními problémy;
 - zajistit postupné snižování dávky metadonu v případě nástupu do VTOS;
- provádět kontroly kvality poskytování služeb. Kontroly by měly probíhat nejlépe namátkově, ideálně nezávislými zahraničními experty pracujícími v zařízeních OST;
- dbát na jednotná pravidla zařízení poskytujících OST a omezit neopodstatněná rozhodnutí jednotlivých zaměstnanců, například s cílem ušetřit finance určené k poskytování kvalitnějších služeb pacientům;
- vytvořit léčebné protokoly, o které by se mohli narkologové opírat během případných odvykacích stavů a předávkování pacientů;
- instruovat pacienty ohledně správné péče o chrup a o možných nežádoucích účincích při podávání metadonu;
- rozšířit dostupnost léčby do dalších měst na území Kazachstánu, a to zejména do injekčním užíváním opiátů nejpostiženějších z nich, jež ještě nejsou OST pokryta – Astany a Almaty.

6. SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Kumulativní údaje o pacientech OST z let 2008 – 2015 (Musabekova, 2015)	21
Tabulka 2: Přehled metodologie studie.....	22
Tabulka 3: Přehled respondentů podle bydliště / místa sběru dat	23
Tabulka 4: Typy otázek a okruhy v dotazníku I (pacienti OST).....	24
Tabulka 5: Typy otázek a okruhy v dotazníku II (nepacienti)	25
Tabulka 6: Rozdělení respondentů (n = 100).....	28
Tabulka 7: Nejvhodnější zdroj informací z pohledu respondentů (n=100).....	31
Tabulka 8: Rozdělení respondentů dle užívání návykových látek (n = 26)	32
Tabulka 9: Užívání drog a vliv na zdraví nepacientů (n=54).....	33
Tabulka 10: Otázka pokládané pouze „nepacientům“ OST (n=54)	34
Tabulka 11: Otázky pokládané pouze pacientům OST (n=46)	36
Tabulka 12: Otázky posuzované dle Likertovy škály (n=46)	37

7. SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Poloha Kazachstánu v ortografické projekci (zdroj: Wikipedia; autor: Turkish Flame; Creative Commons Attribution 3.0 Unported license).....	14
Obrázek 2: Odhadovaná produkce opia v Afghánistánu v letech 1994-2015 (Zdroj: UNODC, 2015)	15
Obrázek 3: Prevalence HIV mezi IUD podle zemí (zdroj: UNAIDS, 2015).....	17
Obrázek 4: Prevalence HIV mezi IUD závislými na opioidech v letech 2008-2014 (Zdroj: Oficiální statistika MZSR RK (Musabekova, 2015)	17
Obrázek 5: Mapa Republiky Kazachstán s vyznačením měst, kde se poskytuje OST.....	20

6. ODKAZY

- Akulova, O. (2016, 7.6.2016). Две стороны метадона [Dvě strany metadonu]. *Time.kz*.
- Al-Hasani, R., & Bruchas, M. R. (2011). Molecular Mechanisms of Opioid Receptor-Dependent Signaling and Behavior. *Anesthesiology*, *115*(6), 1363-1381. doi: 10.1097/ALN.0b013e318238bba6
- Ancker, S., & Rechel, B. (2015). Policy responses to HIV/AIDS in Central Asia. *Glob Public Health*, *10*(7), 817-833. doi: 10.1080/17441692.2015.1043313
- Bachireddy, C., Weisberg, D. F., & Altice, F. L. (2015). Balancing access and safety in prescribing opioid agonist therapy to prevent HIV transmission. *Addiction*, *110*(12), 1869-1871. doi: 10.1111/add.13055
- Bell, J. (2014). Pharmacological maintenance treatments of opiate addiction. *British Journal of Clinical Pharmacology*, *77*(2), 253-263. doi: 10.1111/bcp.12051
- Bersani, F. S., Imperatori, C., Prilutskaya, M., Kuliev, R., & Corazza, O. (2015). Injecting eye-drops: a mini-review on the non-clinical use of tropicamide. *Hum Psychopharmacol*, *30*(4), 262-264. doi: 10.1002/hup.2481
- Boltaev, A. A., Deryabina, A. P., & Howard, A. A. (2012). Assessment of medication assisted therapy program in Kazakhstan [Hodnocení programů poskytujících farmakologicky asistovanou léčbu v Kazachstánu].
- Bortsov, A. (2010, 4 Aug). Someone Wants Number of Drug Addicts in Russia to Grow with Methadone Help. *PRAVDA.Ru*.
- Brondani, M., & Park, P. E. (2011). Methadone and Oral Health – A Brief Review. *American Dental Hygienists Association*, *85*(2), 92-98.
- Bunten, H., Liang, W. J., Pounder, D. J., Seneviratne, C., & Osselton, D. (2010). OPRM1 and CYP2B6 gene variants as risk factors in methadone-related deaths. *Clin Pharmacol Ther*, *88*(3), 383-389. doi: 10.1038/clpt.2010.127
- Burki, T. (2015). Stigmatisation undermining Russia's HIV control efforts. *The Lancet Infectious Diseases*, *15*(8), 881-882. doi: 10.1016/S1473-3099(15)00163-2
- Center for Substance Abuse Treatment. (2012). *Medication-Assisted Treatment For Opioid Addiction in Opioid Treatment Programs*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment.
- Corkery, J. M., Schifano, F., Ghodse, A. H., & Oyefeso, A. (2004). The effects of methadone and its role in fatalities. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, *19*(8), 565-576. doi: 10.1002/hup.630
- Cousins, G., Boland, F., Courtney, B., Barry, J., Lyons, S., & Fahey, T. (2016). Risk of mortality on and off methadone substitution treatment in primary care: a national cohort study. *Addiction*, *111*(1), 73-82. doi: 10.1111/add.13087
- Čečeleva, O. (2014). *Postoje lékařů a dalších klíčových profesionálů k substituční léčbě závislosti na opioidech v Kazachstánu*. (Bc), Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1.LF UK a VFN v Praze.
- DAMOS / CADAP 5. (2013). *The Regional Report on Drug Situation in Central Asia [Региональный обзор о наркоситуации в Центральной Азии]* (T. Zabransky & V. Mravcik Eds. 1st ed.). Prague: ResAd.
- Dole, V. P., & Nyswander, M. (1965). A medical treatment for diacetylmorphine (heroin) addiction: A clinical trial with methadone hydrochloride. *JAMA*, *193*(8), 646-650. doi: 10.1001/jama.1965.03090080008002
- Dole, V. P., Nyswander, M., & Kreek, M., J. . (1966). Narcotic Blockade. *Archives of Internal Medicine*, *118*, 304-309.
- Dole, V. P., Nyswander, M. E., & Warner, A. (1968). Successful treatment of 750 criminal addicts. *JAMA*, *206*(12), 2708-2711. doi: 10.1001/jama.1968.03150120042009
- Dvoryak, S., & Karazhanova, A. (2013). Отчет по реализации проекта опиоидной заместительной терапии в Республике Казахстан за 2013 год [Zpráva o realizaci

- projektu opioidní substituční terapie v Kazachstánu v roce 2013]: Ministerstvo zdravotnictví Republiky Kazachstán.
- Elovich, R., & Drucker, E. (2008). On drug treatment and social control: Russian narcology's great leap backwards. *Harm Reduction Journal*, 5(1), 1-5. doi: 10.1186/1477-7517-5-23
- EMCDDA. (2004). Key role of substitution in drug treatment. In K. Robertson & J. Wright (Eds.), *Drugs in focus* (Vol. 1, pp. 1-4). Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Gafarova, N., Ganina, L., Elizaryeva, A., Musabekova, Z., & Zhumataeva, G. (2014). National Report on the Drug Situation in the Republic of Kazakhstan for 2014 (Drug situation in 2013) In Y. Oleg (Ed.). Pavlodar: Monitoring Center on Alcohol and Drugs.
- Gilbert, L., Primbetova, S., Nikitin, D., Hunt, T., Terlikbayeva, A., Momenghalibaf, A., . . . El-Bassel, N. (2013). Redressing the epidemics of opioid overdose and HIV among people who inject drugs in Central Asia: the need for a syndemic approach. *Drug Alcohol Depend*, 132 Suppl 1, S56-60. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2013.07.017
- Gowing, L., Ali, R., & White, J. M. (2009). Buprenorphine for the management of opioid withdrawal. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3).
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002025.pub4/abstract>
doi:10.1002/14651858.CD002025.pub4
- Gowing, L., Farrell, M. F., Bornemann, R., Sullivan, L. E., & Ali, R. (2011). Oral substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8).
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004145.pub4/abstract>
doi:10.1002/14651858.CD004145.pub4
- Heimer, R., Lyubimova, A., Barbour, R., & Levina, O. S. (2015). Emergence of methadone as a street drug in St. Petersburg, Russia. *Int J Drug Policy*. doi: 10.1016/j.drugpo.2015.10.001
- Herget, G. (2005). Methadone and buprenorphine added to the WHO list of essential medicines. *HIV AIDS Policy Law Rev*, 10(3), 23-24.
- Holt, E. (2014). Female drug users in Georgia face barriers to access therapy. *The Lancet*, 384(9952), 1416. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61850-X
- Joseph, H., Stancliff, S., & Langrod, J. (2000). Methadone maintenance treatment (MMT): a review of historical and clinical issues. *Mt Sinai J Med*, 67(5-6), 347-364.
- Kazakhstan Embassy in USA. (2016). Ethnic Diversity in Kazakhstan. Retrieved 05-24, 2016, from <http://www.kazakhembus.com/content/ethnic-diversity>
- Kirtadze, I., Otiashvili, D., O'Grady, K. E., Zule, W., Krupitsky, E., Wechsberg, W. M., & Jones, H. E. (2013). Twice stigmatized: provider's perspectives on drug-using women in the Republic of Georgia. *J Psychoactive Drugs*, 45(1), 1-9.
- Klimova, I. (2016). Метадон в Алматы: за и против [Metadon v Almaty: pro a proti] *Казахстанский фармацевтический вестник [Kazachstánský farmaceutický věstník]*
Retrieved from http://pharmnews.kz/news/metadon_v_almaty_za_i_protiv/2016-06-21-10178
- Коемес, Е. (2014). Метадон. Откройте глаза министру! [Metadon. Otevřete oči ministryni!].
- Krasnov, V. N., Ivanets, N. N., Dmitrieva, T. B., Kononets, A. S., & Tiganov, A. S. (2005). Memorandum: Say No to Methadone Programs in the Russian Federation (Use of Methadone Cannot Be Considered Treatment) (OSF, Trans.). In Russian Society of Psychiatrists, National Center on Addictions, D. o. C. o. t. M. o. J. o. Russia, S. C. o. P. H. o. t. Russian & Academy of Medical Sciences (Eds.). Moscow.
- Latypov, A. (2008). *Medicine, culture and empire : European encounters with the opium consumer in Russian central Asia, 1867-1917*. [London: Wellcome Trust Centre for the History of Medicine at the University of London.
- Latypov, A. B. (2011). The Soviet doctor and the treatment of drug addiction: "A difficult and most ungracious task". *Harm Reduct J*, 8, 32. doi: 10.1186/1477-7517-8-32
- Lund, I. O., Kirtadze, I., Otiashvili, D., O'Grady, K. E., & Jones, H. E. (2012). Female partners of opioid-injecting men in the Republic of Georgia: an initial characterization. *Subst Abuse Treat Prev Policy*, 7, 46. doi: 10.1186/1747-597x-7-46

- Marsden, J., Gossop, M., Stewart, D., Best, D., Farrell, M., Lehmann, P., . . . Strang, J. (1998). The Maudsley Addiction Profile (MAP): a brief instrument for assessing treatment outcome. *Addiction*, 93(12), 1857-1867.
- Mathers, B. M., Degenhardt, L., Ali, H., Wiessing, L., Hickman, M., Mattick, R. P., . . . Strathdee, S. A. (2010). HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage. *The Lancet*, 375(9719), 1014-1028. doi: 10.1016/S0140-6736(10)60232-2
- Mathers, B. M., Degenhardt, L., Phillips, B., Wiessing, L., Hickman, M., Strathdee, S. A., . . . Mattick, R. P. (2008). Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. *The Lancet*, 372(9651), 1733-1745. doi: 10.1016/S0140-6736(08)61311-2
- Mattick, R. P., Breen, C., Kimber, J., & Davoli, M. (2014). Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2).
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002207.pub4/abstract>
doi:10.1002/14651858.CD002207.pub4
- Mendelevich, V. (2004). Subjective reasons for non-acceptance of substitution therapy among Russian narcologists. *Narkologia i Addiktologia*, 2, 93-100.
- Ministry of Health of Kazakhstan. (2014). Официальная блог-платформа руководителей государственных органов Республики Казахстан [Oficiální blog představitelů státních orgánů Republiky Kazachstán].
- Ministry of National Economy of the Republic of Kazakhstan - Committee on Statistics. (2011). Аналитический отчет. «Итоги Национальной переписи населения Республики Казахстан 2009 года» [Analytická zpráva. "Výsledky národního sčítání lidu z Kazašské republiky v roce 2009 rok. "] In A. Smailov (Ed.). Astana.
- Mravcik, V., Zabransky, T., Talu, A., Jasaitis, E., Gafarova, N., Musabekova, Z., . . . Ganiev, F. (2014). Mortality of registered drug users in Central Asia. *Int J Drug Policy*. doi: 10.1016/j.drugpo.2014.03.007
- Musabekova, Z. (2015, 3.9.2015). [ДОМП odpověď na dotaz GP RK na otázky týkající se OST [ДОМП ответ на запрос ГП РК по вопросам ОЗТ]].
- Otiashvili, D., Kirtadze, I., O'Grady, K. E., Zule, W., Krupitsky, E., Wechsberg, W. M., & Jones, H. E. (2013). Access to treatment for substance-using women in the Republic of Georgia: Socio-cultural and structural barriers. *Int J Drug Policy*. doi: 10.1016/j.drugpo.2013.05.004
- Parfitt, T. (2009). Vladimir Mendelevich: fighting for drug substitution treatment. *The Lancet*, 368(9532), 279. doi: 10.1016/S0140-6736(06)69060-0
- Population Services International. (2010). Central Asian republics (2010): HIV and TB TRaC study evaluating risk behaviors associated with HIV transmission and utilization of HIV prevention and HIV/TB co-infection prevention among IDUs in Almaty, Karaganda, Osh, Chu, and Dushanbe-round one.
- Roux, P., Carrieri, M. P., Villes, V., Dellamonica, P., Poizot-Martin, I., Ravaux, I., & Spire, B. (2008). The impact of methadone or buprenorphine treatment and ongoing injection on highly active antiretroviral therapy (HAART) adherence: evidence from the MANIF2000 cohort study. *Addiction*, 103(11), 1828-1836. doi: 10.1111/j.1360-0443.2008.02323.x
- Sadykova, A., Saitbekov, A., Shadrina, N., & Mukayev, S. (2012). Некоторые аспекты лоббирования применения метадона в Казахстане [Vybrané aspekty lobbování za používání metadonu v Kazachstánu].
- Samet, J. H., & Fiellin, D. A. (2015). Opioid substitution therapy—time to replace the term. *The Lancet*, 385(9977), 1508-1509. doi: 10.1016/S0140-6736(15)60750-4
- Shadrina, N. (2014). Метадоновая программа – это биологическое оружие? [Metadonový program - biologická zbraň?]. <http://spgk.kz/polemika/495-protivostoyanie-metadonovaya-programma-eto-biologicheskoe-oruzhie.html>
- Schluger, N. W., El-Bassel, N., Herмосilla, S., Terlikbayeva, A., Darisheva, M., Aifah, A., & Galea, S. (2013). Tuberculosis, drug use and HIV infection in Central Asia: an urgent need for attention. *Drug Alcohol Depend*, 132 Suppl 1, S32-36. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2013.07.012

- Smith, L. (2014, 2014-09-12). Why are HIV rates so high in Russia? *International Business Times*.
- UNAIDS. (2015). A Public Health and Rights Approach to Drugs *Reference* (pp. 12). Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2014). World Drug Report 2014. Vienna: United Nations.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2015). World Drug Report 2015. Vienna: United Nations.
- UNODC. (2015). Afghanistan Opium Survey 2015 – Executive Summary (1st ed., pp. 12). Vienna, Kabul: UNODC & Islamic Republic of Afghanistan, Ministry of Counter Narcotics.
- UNODC. (2016). Afghanistan Opium Survey 2015: Socio-economic Analysis (U. R. M.-N. N. S. Directorate, Trans.) (pp. 66). Vienna, Kabul: United Nations Office on Drugs and Crime & Ministry of Counter Narcotics of the Islamic Republic of Afghanistan.
- UNODC, & WHO. (2013). Opioid overdose: preventing and reducing opioid overdose mortality.
- WHO, UNODC, & UNAIDS. (2004a). WHO/UNODC/UNAIDS position paper. Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention: World Health Organization.
- WHO, UNODC, & UNAIDS. (2004b). WHO/UNODC/UNAIDS position paper. Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention: World Health Organization.
- World Health Organization. (2009). *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*. Geneva: WHO.
- Zábranský, T. (2016). *Adiktologická epidemiologie - výzkum drogového problému a monitorování situace v oblasti drog [Epidemiology in addiction science - research of the drug problem, and the monitoring of drug situation]*. Textbook.
- Zabransky, T., Mravcik, V., Talu, A., & Jasaitis, E. (2014). Post-Soviet Central Asia: a summary of the drug situation. *Int J Drug Policy*, 25(6), 1186-1194. doi: 10.1016/j.drugpo.2014.05.004
- Zábranský, T., & Mravčík, V. (2016). *NFP in CADAP 6 - Introduction Training Report*. ResAd. Prague, Bishkek.

7. PŘÍLOHY

7.1. Příloha 1. Dotazník 1

Dotazník I.

Uveďte pohlaví:

muž	<input type="checkbox"/>
žena	<input type="checkbox"/>

Vzdělání:

základní	<input type="checkbox"/>
středoškolské	<input type="checkbox"/>
vysokoškolské	<input type="checkbox"/>
žádné	<input type="checkbox"/>
jiné:	<input type="checkbox"/>

Věk.....

Povolání:.....

Jak dlouho se léčíte pomocí opioidní substituční terapie? (uveďte počet měsíců):

Kde jste se poprvé dozvěděl/a o opioidní substituční léčbě před nástupem do léčby? (vyberte jednu možnost)

narkolog	<input type="checkbox"/>
jiný lékař	<input type="checkbox"/>
uživatel, který není pacientem OST	<input type="checkbox"/>
pacient OST	<input type="checkbox"/>
zaměstnanec nízkoprahového zařízení	<input type="checkbox"/>
zaměstnanec NNO	<input type="checkbox"/>
člen rodiny	<input type="checkbox"/>
média	<input type="checkbox"/>
informační létáky (ne z narkologického nebo nízkoprahového zařízení)	<input type="checkbox"/>
jiné (uveďte):	<input type="checkbox"/>

Co aktuálně považujete za Váš hlavní zdroj informací o OST?

lékaři, zaměstnanci nízkoprahových zařízení	<input type="checkbox"/>
knihy	<input type="checkbox"/>
časopisy	<input type="checkbox"/>
internet	<input type="checkbox"/>
televize	<input type="checkbox"/>
rádio	<input type="checkbox"/>
informační létáky	<input type="checkbox"/>
vzdělávací aktivity	<input type="checkbox"/>
pacienti OST	<input type="checkbox"/>
uživatel, který není pacientem OST	<input type="checkbox"/>
jiné (uveďte):	<input type="checkbox"/>

Považujete množství informace týkající se opioidní substituční léčby za dostačující?

rozhodně ano	
spíše ano	
nevím	
spíše ne	
rozhodně ne	

Považujete za potřebné rozšiřovat dostupnost OST v dalších městech Kazachstánu?

rozhodně ano	
spíše ano	
nevím	
spíše ne	
rozhodně ne	

Uveďte tři hlavní výhody OST:

- 1.....
- 2.....
- 3.....

Uveďte tři hlavní bariéry vstupu uživatelů do OST:

- 1.....
- 2.....
- 3.....

Měl/a jste problémy s policií související se statutem pacienta/ka OST?

ano	
ne	

Jste spokojený/á s kvalitou poskytovaných služeb?

rozhodně ano	
spíše ano	
nevím	
spíše ne	
rozhodně ne	

Chtěl/a byste sdělit jakékoliv připomínky, které by vedly ke zkvalitnění poskytovaných služeb?

.....

.....

.....

.....

Jak byste ohodnotil/a dostupnost léčby pro uživatele mající zájem o léčbu?

léčba je snadno dostupná pro všechny uživatele	<input type="checkbox"/>
přijetí do léčby se provádí bezproblémově	<input type="checkbox"/>
přijetí do léčby je provázáno problémy	<input type="checkbox"/>
dostat léčbu není jednoduché	<input type="checkbox"/>
nevím	<input type="checkbox"/>
jiné (uved'te):	<input type="checkbox"/>

Souhlasíte s následujícím tvrzením?
Léčba se poskytuje na dobré úrovni.

rozhodně ano	<input type="checkbox"/>
spíše ano	<input type="checkbox"/>
nevím	<input type="checkbox"/>
spíše ne	<input type="checkbox"/>
rozhodně ne	<input type="checkbox"/>

Souhlasíte s následujícím tvrzením?
Opioidní substituční léčba zlepšuje celkový zdravotní stav uživatele.

rozhodně ano	<input type="checkbox"/>
spíše ano	<input type="checkbox"/>
nevím	<input type="checkbox"/>
spíše ne	<input type="checkbox"/>
rozhodně ne	<input type="checkbox"/>

Jak se změnil Váš zdravotní stav po zařazení do léčby?

výrazně lepší	<input type="checkbox"/>
spíše lepší	<input type="checkbox"/>
přibližně stejný	<input type="checkbox"/>
spíše horší	<input type="checkbox"/>
výrazně horší	<input type="checkbox"/>

Máte některé/á z uvedených onemocnění?

HIV / AIDS	<input type="checkbox"/>
VHB	<input type="checkbox"/>
VHC	<input type="checkbox"/>
tuberkulóza	<input type="checkbox"/>

Jak byste ohodnotil/a Váš aktuální zdravotní stav?

velmi dobrý	<input type="checkbox"/>
spíše dobrý	<input type="checkbox"/>
ani dobrý ani špatný	<input type="checkbox"/>
spíše špatný	<input type="checkbox"/>
velmi špatný	<input type="checkbox"/>

Změnily se Vaše rodinné vztahy po zařazení do léčby? (včetně vztahu s partnerem/kou)

rozhodně lepší	<input type="checkbox"/>
spíše lepší	<input type="checkbox"/>
nezměnily se	<input type="checkbox"/>
spíše horší	<input type="checkbox"/>
výrazně horší	<input type="checkbox"/>
nemám rodinu ani partnera/ku	<input type="checkbox"/>
s rodinou nekomunikuji	<input type="checkbox"/>

Souhlasíte s následujícím tvrzením?
Rodinné vztahy udržuji na dobré úrovni.

rozhodně ano	<input type="checkbox"/>
spíše ano	<input type="checkbox"/>
nevím	<input type="checkbox"/>
spíše ne	<input type="checkbox"/>
rozhodně ne	<input type="checkbox"/>

Změnily se Vaše vztahy s přáteli a známými po zařazení do léčby?

rozhodně ano	<input type="checkbox"/>
spíše ano	<input type="checkbox"/>
nevím	<input type="checkbox"/>
spíše ne	<input type="checkbox"/>
rozhodně ne	<input type="checkbox"/>

Souhlasíte s následujícím tvrzením?
Vztahy s okolím udržuji na dobré úrovni.

rozhodně ano	<input type="checkbox"/>
spíše ano	<input type="checkbox"/>
nevím	<input type="checkbox"/>
spíše ne	<input type="checkbox"/>
rozhodně ne	<input type="checkbox"/>

Změnila se Vaše finanční situace po zařazení do léčby?

výrazně lepší	<input type="checkbox"/>
spíše lepší	<input type="checkbox"/>
nezměnila se	<input type="checkbox"/>
spíše horší	<input type="checkbox"/>
výrazně horší	<input type="checkbox"/>

Líbí se Vám Vaše aktuální místo bydliště?

rozhodně ano	<input type="checkbox"/>
spíše ano	<input type="checkbox"/>
nevím	<input type="checkbox"/>
spíše ne	<input type="checkbox"/>
rozhodně ne	<input type="checkbox"/>

Uvažoval/a jste v posledních 30 dnech o změně místa bydliště?

rozhodně ano	<input type="checkbox"/>
spíše ano	<input type="checkbox"/>
nevím	<input type="checkbox"/>
spíše ne	<input type="checkbox"/>
rozhodně ne	<input type="checkbox"/>

Chtěl/a byste k tématu OST doplnit jakékoli vlastní připomínky?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7.1. Příloha 2. Dotazník 2

Dotazník II.

Uveďte pohlaví:

muž	<input type="checkbox"/>
žena	<input type="checkbox"/>

Vzdělání:

základní	<input type="checkbox"/>
středoškolské	<input type="checkbox"/>
vysokoškolské	<input type="checkbox"/>
žádné	<input type="checkbox"/>
jiné:	<input type="checkbox"/>

Věk.....

Povolání:.....

Slyšel/a jste již někdy o opioidní substituční léčbě?

rozhodně ano	<input type="checkbox"/>
spíše ano	<input type="checkbox"/>
nevím	<input type="checkbox"/>
spíše ne	<input type="checkbox"/>
rozhodně ne	<input type="checkbox"/>

Zkoušel/a jste v minulosti vyhledávat informace týkající se OST?

ano	<input type="checkbox"/>
ne	<input type="checkbox"/>

Které z uvedených zdrojů informací Vám nejlépe vyhovují?

zaměstnanci nízkoprahových zařízení, lékaři	<input type="checkbox"/>
zaměstnanci NNO	<input type="checkbox"/>
knihy	<input type="checkbox"/>
časopisy	<input type="checkbox"/>
internet	<input type="checkbox"/>
televize	<input type="checkbox"/>
rádio	<input type="checkbox"/>
informační létáky	<input type="checkbox"/>
vzdělávací aktivity	<input type="checkbox"/>
pacient OST	<input type="checkbox"/>
jiný uživatel	<input type="checkbox"/>
jiné (uveďte):	<input type="checkbox"/>

Považujete za potřebné rozšiřovat dostupnost OST v dalších městech na území Kazachstánu?

rozhodně ano	<input type="checkbox"/>
spíše ano	<input type="checkbox"/>
nevím	<input type="checkbox"/>
spíše ne	<input type="checkbox"/>
rozhodně ne	<input type="checkbox"/>

Jak byste ohodnotil/a Váš aktuální zdravotní stav?

velmi dobrý	<input type="checkbox"/>
spíše dobrý	<input type="checkbox"/>
ani dobrý ani špatný	<input type="checkbox"/>
spíše špatný	<input type="checkbox"/>
velmi špatný	<input type="checkbox"/>

Předpokládáte, že závislost na drogách zlepšuje/zhoršuje Vaše fyzické zdraví?

ne	<input type="checkbox"/>
spíše zhoršuje	<input type="checkbox"/>
rozhodně zlepšuje	<input type="checkbox"/>
nevím	<input type="checkbox"/>
spíše zlepšuje	<input type="checkbox"/>
rozhodně zlepšuje	<input type="checkbox"/>

Předpokládáte, že závislost na drogách zlepšuje/zhoršuje Vaše psychické zdraví?	ne spíše zhoršuje rozhodně zhoršuje nevím spíše zlepšuje rozhodně zlepšuje	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Máte v současné době některé/á z uvedených onemocnění?	HIV / AIDS hepatitida typu B hepatitida typu C tuberkulóza	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Jak byste ohodnotil/a aktuální vztahy v rodině? (včetně vztahu s partnerem/kou)	velmi dobré spíše dobré ani dobré ani špatné spíše špatné velmi špatné nemám rodinu ani partnera nejsem v kontaktu s rodinou	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Jak byste ohodnotil/a vztahy s přáteli a známými?	velmi dobré spíše dobré ani dobré ani špatné spíše špatné velmi špatné	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Jak byste ohodnotil/a Vaši aktuální finanční situaci?	velmi dobrá spíše dobrá ani dobrá ani špatná spíše špatná velmi špatná	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Líbí se Vám aktuální místo bydliště?	rozhodně ano spíše ano nevím spíše ne rozhodně ne	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Přemýšlel/a jste v posledních 30 dnech o změně bydliště?	rozhodně ano spíše ano nevím spíše ne rozhodně ne	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Uvažoval/a jste v posledních 30 dnech o změně životního stylu?	rozhodně ano spíše ano nevím spíše ne rozhodně ne	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Setkáváte se s kritikou okolí ohledně užívání návykových látek?	ano ne	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

