

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Klinika adiktologie 1.LF UK a VFN v Praze



**Postoje lékařů a dalších klíčových profesionálů
k substituční léčbě závislosti na opioidech v Kazachstánu**

**The attitudes of medical doctors and other key
professionals regarding opioid substitution treatment in
Kazakhstan**

Bakalářská práce

Autor závěrečné práce:

Olga Čečeleva

Vedoucí závěrečné práce:

MUDr. Tomáš Zábranský, PhD.

Praha, 2014

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, 2014

Olga Čečeleva

Podpis

Identifikační záznam:

ČEČELEVA, Olga. *Postoje lékařů a dalších klíčových profesionálů k substituční léčbě závislosti na opioidech v Kazachstánu. [The attitudes of medical doctors and other key professionals regarding opioid substitution treatment in Kazakhstan]*. Praha, 2014. 62 s., 4 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1.LF UK a VFN v Praze. Vedoucí práce Zábranský, Tomáš

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucímu práce, panu MUDr. Tomášovi Zábranskému, PhD., za odborné rady poskytované v průběhu psaní závěrečné práce. Zároveň bych chtěla poděkovat vedoucí organizačně-metodického oddělení Národního vědecko-praktického centra zdravotní a sociální problematiky závislosti v Pavlodaru (Kazachstán), paní MUDr. Nurije Gafarové, za pomoc při sběru dat a za poskytování informací potřebných pro vypracování závěrečné práce. Také děkuji lékařům, terapeutům a dalším odborníkům, kteří se zúčastnili studie. Děkuji panu MUDr. Viktoru Mravčíkovi, PhD., za oponenturu.

OBSAH

1. ÚVOD	9
2. TEORETICKÁ ČÁST.....	11
2.1. Substituční terapie: cíle, principy a další aspekty.....	11
2.2. Opioidy a důsledky jejich užívání	12
2.3. Substituční terapie ve světě.....	13
2.4. Základní geografická a sociodemografická data o Kazachstánu	14
2.5. Přehled situace v oblasti drog v Kazachstánu	14
2.6. Programy substituční terapie v Kazachstánu.....	16
2.7. Popis programů substituční terapie v Kazachstánu	17
2.8. Látky používané pro substituční terapii v Kazachstánu.....	18
2.9. Specifické faktory ovlivňující proces zavádění substituční terapie v Kazachstánu.....	19
3. PRAKTICKÁ ČÁST.....	22
3.1. Stanovení cílů.....	22
3.2. Design výzkumu.....	22
3.3. Metody sběru dat.....	22
3.4. Výzkumný soubor	23
3.4.1. Kritéria výběru zařízení	23
3.4.2. Kritéria zařazení do studie	24
3.5. Metody analýzy dat	24
3.6. Sběr dat.....	24
3.7. Výsledky.....	24
3.7.1. Souhrn výsledků dotazování první skupiny narkologů (neposkytovatelé OST)	24
3.7.2. Souhrn výsledků dotazování druhé skupiny narkologů (poskytovatelé OST)	25
3.7.3. Postoje lékařů-narkologů nemajících zkušenost s poskytováním substituční terapie.....	26
3.7.4. Postoje terapeutů / nelékařů, v jejichž zařízeních není substituční terapie poskytována ..	31
3.7.5. Postoje lékařů pracujících v zařízeních poskytujících substituční terapii	32
3.7.6. Postoje klíčových profesionálů k substituční terapii	40
4. DISKUZE	42
4.1. Omezení studie	42
4.2. Využití výsledků studie.....	42
5. ZÁVĚRY.....	45
6. ODKAZY.....	46
7. PŘÍLOHY	52
Příloha 1. Úvodní informace spolu s popisem účelu dotazníkového šetření	52
Příloha 2. Dotazník 1.....	53
Příloha 3. Dotazník 2.....	56
Příloha 4. Seznam narkologických center v Kazachstánu	60
Příloha 5. Dopis prezidentce Národní lékařské asociace Kazachstánu	61

Abstrakt

Cíle výzkumu

Práce se zabývá tématem substituční léčby závislosti na opioidech v Kazachstánu a klíčovými faktory v postojích specializovaných lékařů-narkologů, které brání či podporují její zavádění. Studie analyzuje názory kazachstánských lékařů, kteří zatím nemají zkušenosti se substituční léčbou závislosti na opioidech, a lékařů, v jejichž zařízeních již byla substituční léčba zavedena.

Soubor a metody

Výzkum probíhal formou dotazníkového šetření. Dotazníky byly odeslány do 17 center pro léčbu drogové závislosti v Kazachstánu. Studie se zúčastnilo 25 lékařů a 2 terapeuti. Kvantitativní výsledky byly doplněny a podbarveny kvalitativními daty, získanými studiem pramenných materiálů a interview s dvěma klíčovými informátory.

Výsledky

Jednotlivé postoje v první skupině respondentů se lišily, ale ne významně. Lékaři poskytující substituční terapii spolu s terapeuty měli kladný vztah k substituční terapii. Získané výsledky identifikují některé faktory, které ovlivňují proces zavádění substituční terapie v Kazachstánu. Jedná se o nedostatek relevantních a důvěryhodných zdrojů v ruském a kazašském jazyce.

Závěr a doporučení

Za účelem zajištění transparentnosti je vhodné přijímat rozhodnutí, založené na důkazech. Je rovněž důležité šířit informace řádným způsobem, aniž by docházelo k výběru pouze těch informací, které mohou být zavádějící. Výzkum identifikoval i další možnosti zlepšení procesu zavádění substituční terapie. Bylo by vhodné učinit import metadonu méně komplikovaným, stejně tak postupovat v případě vstupních požadavků na klienty, které byly označeny jako příliš náročné. Zlepšení lze také dosáhnout skrze spolupráci se zkušenými odborníky, kteří by podporovali nové i stávající substituční metadonové programy. Ze získaných výsledků lze usoudit, že by bylo vhodné zařadit základní kurs o farmakologické léčbě závislostí do kurikul lékařských fakult a zorganizovat celoživotní vzdělávací program v oboru substituční léčby pro odborníky.

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

Abstract

Background

A number of studies across countries have proven that the methadone maintenance program, if efficiently started and implemented, is really effective tool both for treatment of opioid dependence and harm reduction. The expansion of methadone substitution programmes in Kazakhstan may have a positive influence upon the health and social climate inside the country. The main target of this research is to survey the attitudes of medical doctors regarding opioid substitution treatment in Kazakhstan.

Methods

The study was composed of two surveys. Questionnaires were distributed (administered by electronic mail) to 17 centres for drug addiction treatment all over Kazakhstan. 19 medical doctors not yet providing opioid substitution treatment and 6 medical doctors enrolled in opioid substitution treatment responded to the questionnaire. Two therapists also participated this research and their responses are mentioned as well. Quantitative data were supplemented and enhanced by use of qualitative data obtained by analysis of original documents and by interviews with two key informants. Attitudes were measured using both multiple and single choice question types and a 5 point Likert scale.

Findings

Individual viewpoints of the first group of participants varied, but not largely. The fraction of the second group (doctors providing opioid substitution treatment) and therapists were with a positive attitude towards substitution treatment. Obtained results indicate some factors affecting implementation of opioid substitution treatment. Results identified significant lack of relevant and trusted resources in Russian and Kazakh languages.

Conclusions

In order to ensure transparency and accountability, it is appropriate to use resources that are aligned with principles of evidence-based practice. The problem cannot be dealt with by looking at it through one aspect only – it is important to disseminate information in a proper way, without selection that could be misleading. Authors should clearly reference all sources used in their work. It is appropriate to encourage medical doctors by providing resources that are aligned with principles of evidence-based practice. Other opportunities for improvement were identified, including making import of methadone less complicated as well as entry requirements for clients. Improvements can be achieved also by asking experienced professionals to support new and existing methadone substitution programmes and by adding appropriate courses at universities. Obtained results indicate considering organizing training options and a variety of educational programmes.

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

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 proti AIDS, tuberkulóze a malárii (Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria)
ICAP	Mezinárodní centrum pro léčbu AIDS a léčebné programy pro léčbu AIDS na Kolumbijské univerzitě (International Center for AIDS Care and Treatment Programs at Columbia University)
INCB	Mezinárodní výbor pro kontrolu drog (The International Narcotics Control Board)
LAAM	Levo-Acetyl Alpha-Methadol
NVPC ZSPZ	Národní vědecko-praktické centrum zdravotní a sociální problematiky závislosti v Pavlodaru
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)
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

Ze světových studií referujících o vlivu substituční terapie na pacienty vyplývá, že substituční terapii lze považovat za efektivní metodu léčby závislosti na opioidech. Efektivitu substituční terapie (resp. používání metadonu) potvrzuje velké množství výzkumů. Již Dole a Nyswanderová ve své rané práci (1965) označili metadon za život zachraňující léčbu.

„Internista Vincent Dole a jeho manželka, psychiatricka Marie Nyswanderová, začali svou výzkumnou spolupráci v roce 1964 s několika pacienty, dlouhodobě trpícími závislostí na heroinu. Svůj výzkum nepřerušili, ani když se je k tomu snažili pohrůzkami trestního stíhání a vysokých pokut přimět agenti federálního protinarkotického úřadu. Jejich odvážná pionýrská práce prokázala, že metadonová léčba je lékařským postupem s bezprecedentní úspěšností – a toto hodnocení platí dnes stejně jako před čtyřiceti lety. Díky tomuto léčebnému postupu nyní může přes tři čtvrtě miliónu lidí po celém světě vést zdravé, produktivní, naplňující životy.“ (Newman)

V roce 1971 bylo do programů jen v USA zapojeno zhruba 25 000 pacientů závislých na opioidech. O dva roky později ale začalo docházet ke sporům (kritici léčbu označovali za pouhý přechod od jedné závislosti k jiné), což vedlo k zavedení přísných administrativních kontrol předepisování a užívání metadonu, které existují dodnes. Dnes je do těchto programů zapojeno v USA více než 500 000 lidí, ale v některých kruzích metadon i nadále zůstává kontroverzním tématem (CRC Health Group). Celkový počet uživatelů v substituční léčbě v Evropské unii a Norsku se odhaduje na 670 000 lidí (EMCDDA, 2010). V Austrálii je například takových pacientů 47 000, a toto číslo vzrostlo v porovnání s rokem 1998 téměř dvojnásobně (Australian Institute of Health and Welfare, 2014). K podobnému nárůstu došlo i v Novém Zélandu, kdy původní počet 600 pacientů v roce 1990 stoupl na 4000 (Zorn, 2008). Ačkoli v Hong Kongu byl první pilotní projekt zahájen v roce 1972 (UNODC, UNAIDS, 2009), v Číně byl zaveden pilotní projekt substituční terapie metadonem až v roce 2004. K roku 2009 byly substituční programy využity již 242 000 uživateli (International Journal of Epidemiology, 2010).

V březnu roku 2005 došlo k zařazení metadonu a buprenorfinu do doporučeného základního seznamu léčiv Světové zdravotnické organizace (WHO, 2005). Tyto léky také zvyšují adherenci k antiretrovirální terapii a snižují riziko HIV infekce mezi injekčními uživateli návykových látek (Herget, 2005).

Jedná se o léčbu závislosti na droze prostřednictvím předepisování legální látky, ke které má pacient zkříženou toleranci. Mezi takovou léčbu patří právě léčba závislosti pomocí metadonu či buprenorfinu. Cílem této terapie je eliminace nebo snížení nemedicínského užívání návykových látek, snížení míry poškození a zdravotních rizik (infekční onemocnění vznikající v důsledku sdílení injekčního náčiní), a snížení sociálních konsekvencí spojených

s užíváním návykových látek. Může trvat několik měsíců i více než 20 let, a často je doprovázena jiným typem léčby (např. psychosociální léčba) (Ali, 2010).

Vzhledem k nynější situaci týkající se šíření HIV v zemích Střední Asie se jedná o aktuální problematiku, protože právě poskytování substituční léčby je spolu s intervencemi typu *harm reduction* jedním z prostředků, kterým lze šíření HIV prostřednictvím nesterilních injekcí zastavit (Mathers et al., 2008).

Práce je zaměřena především na postoje lékařů-narkologů¹, kteří by měli disponovat nejaktuálnější informací z této oblasti a dané poznatky využívat ve prospěch poskytování kvalitní léčby pacientům závislým na opioidech. Předpokládám, že negativní postoje klíčových odborníků i různých občanských organizací ztěžují práci lékařům-narkologům. Jednotlivým skupinám a jejich postojům je věnován popis v teoretické i analytické části práce.

Práce se věnuje i jiným možným faktorům, které mohou ztěžovat proces zavádění a poskytování substituční terapie. Práce je také zaměřena na mapování spokojenosti lékařů s kvalitou a dostupností vzdělávacích materiálů. Pokud by bylo zjištěno, že lékaři mají potíže s nalezením relevantních poznatků týkajících se poskytování substituční terapie, bude potřeba nalézt pro tuto situaci vhodné řešení. Důležité je také zjištění očekávání kazachstánských lékařů-narkologů ohledně vývoje procesu zavádění substituční terapie, případně důsledků tohoto procesu. V této souvislosti je také vhodné zjistit míru jejich otevřenosti vůči získávání vědecky doložených poznatků i sdílení těchto znalostí s ostatními specializovanými lékaři.

Hlavním cílem práce je analyzovat postoje specializovaných lékařů-narkologů a klíčových držitelů rozhodovacích pravomocí týkajících se substituční léčby závislosti na opioidech v Kazachstánu a identifikovat případné příčiny pomalého zavádění substituční léčby opioidy v této rozlehlé euro-středoasijské zemi. Konečným cílem práce je shromáždění informací o spektru faktorů majících vliv na proces zavádění substituční terapie závislosti na opioidech v Kazachstánu, a nalézt příležitosti pro případná zlepšení.

¹ Narkologie: v postsovětských zemích používaný název pro specializovaný lékařský obor, který se již v roce 1926 odštěpil od psychiatrie. V Sovětském svazu byl charakterizován především velmi mechanistickým, simplisticky biologizujícím přístupem k problémům závislosti na alkoholu a nelegálních drogách s oficiálním cílem „kontrolovat závislost a závislé ve společnosti“ (Latypov, 2011).

2. TEORETICKÁ ČÁST

2.1. Substituční terapie: cíle, principy a další aspekty

Těmínová (in Kalina et al., 2008) uvádí, že základním cílem substituční léčby je snížit užívání ilegálních drog, a tím i redukovat kriminální chování klientů. Dalším důležitým cílem je minimalizace zdravotního poškození klienta a jeho sociální stabilizace. Naplnění těchto cílů by mělo vést k abstinenci klienta od užívání ilegálních drog a ke změně jeho životního stylu, s ilegálními drogami spojeným.

Substituční terapie – a z ní zejména metadonová terapie v kombinaci s příslušnými sociálními, lékařskými a psychologickými službami – patří k neúčinnějším z dostupných typů léčby závislosti na opioidech. V substituční léčbě se používají látky s podobnými nebo identickými vlastnostmi a účinky, jaké má užívaná droga. Užívání látek zmírňuje abstinenci příznaky, které závislí uživatelé pociťují, a snižuje zdravotní a sociální rizika. Substituční léčba je určena zejména těm, pro něž je těžké přestat drogu zcela užívat. Je žádoucí, aby substituční látky měly delší biologický poločas než droga. Díky tomu je pacient schopen se věnovat běžným životním aktivitám, aniž by drogu sháněl (Verster & Buning, 2003).

WHO, UNODC a UNAIDS (2004) uvádí, že v několika longitudinálních výzkumech se sledovaly změny chování související s rizikem nákazy HIV u pacientů v substituční terapii a bylo zjištěno, že retence pacientů v léčbě koreluje se snížením rizikového chování. Uživatelé, kteří nejsou zařazeni do programu substituční terapie, jsou infikováni HIV asi šestkrát častěji než ti, kteří využívají služeb substituční terapie. Substituční terapie také koreluje s vyššími příjmy a s lepším sociálním fungováním.

Některé výzkumy také poukazují na to, že úroveň kriminality u účastníků programů substituční terapie se snížila přibližně dvakrát. Nunn a Rich (2012) proto uvádějí, že nelze akceptovat omezování dostupnosti substituční terapie kvůli strachu ze zvýšené kriminality.

Řada zahraniční výzkumů potvrzují pozitivní výsledky substituční terapie (Chou et al., 2013), (Bilban 2008), (Baharom et al., 2012) a Bart (2012). Dle Connocka (2007) je substituční terapie metadonem i buprenorfinem v porovnání s absencí terapie klinicky efektivní a ekonomicky výhodnější. Podle Uhlmana et al., (2010) metadonová terapie přispívá k rychlejšímu nástupu a k adherenci k antiretrovirové léčbě mezi injekčními uživateli. Tetrault a Fiellin (2012) ve své práci uvádějí, že díky dlouhodobějšímu poskytování substituční terapie dochází ke snížení užívání návykových látek, zlepšuje se vytrvání v léčbě, snižuje se míra rizikového chování spojeného s šířením HIV, a snižuje se kriminální činnost mezi uživateli návykových látek.

Vědecké studie z posledních 25 let poskytují přesvědčivé důkazy toho, že substituční terapie metadonem je efektivní metodou prevence šíření HIV. Výzkumy dokazují významné spojení

mezi účastí v programech substituční terapie a nižším výskytem HIV prevalence i incidence (Metzger a Zhang, 2010).

Podle WHO (2004) je substituční terapie kromě snížení rizikového chování spojeného s HIV/AIDS, spojena i se snížením rizika sdílení injekčních stříkaček, stabilizací zdravotního a sociálního prostředí. Petke et al., (2012) uvádí, že u uživatelů došlo k významnému zlepšení symptomů již během prvního měsíce léčby (úzkost, deprese, craving).

Modesto-Lowe et al., (2010) ve svém přehledu uvádějí, že v případech, kdy dochází k smrtelnému předávkování, se většinou jedná o nezodpovědný přístup ze strany pacientů OST. Mohou např. z důvodu cravingu užít dávku heroinu z ulice, případně užívání alkoholu nebo benzodiazepinů a dalších léků.

2.2. Opioidy a důsledky jejich užívání

Závislost na opiátech je stav, vyvolaný změnou neurochemického prostředí a receptorů v mozku. Z tohoto důvodu se opiáty stávají pro organismus významnou biologickou potřebou. Užívání heroinu mění biochemii mozku, dochází ke změně biologických procesů, které mohou být také ireverzibilní. Závislost na opiátech je závažný stav, který je spojen s vážnými nemocemi (HIV, VHA / B) a vysokou úmrtností. U infekcí hrozí rozšíření do obecné populace prostřednictvím sexuálních partnerů uživatelů drog nebo transplacentárně. Mimoto je závislost na opiátech považována za jev, který velkou měrou vede k chudobě, kriminalitě, rozpadu rodin a zvyšuje výdaje státní správy (Verster & Buning 2003).

WHO, UNODC a UNAIDS (2004) řadí opioidy do skupiny psychoaktivních látek, které se vážou na opioidové receptory v mozku, a jejich pravidelné užívání vyvolává závislost. Nekontrolované zneužívání opioidů může způsobit negativní důsledky pro jedince i jeho okolí. Může se jednat o nezaměstnanost, ztrátu domova, problémy v rodině, sociální nestabilitu a zvýšené riziko přenosu infekčních onemocnění, jako je HIV a VHB/C. Podle WHO, UNICEF a UNAIDS (2013) patří co do prevalence HIV injekční uživatelé návykových látek kvůli sdílení nesterilního injekčního náčiní k nejohroženějším skupinám. Jak uvádí Petersen (2013), existuje silná asociace mezi injekčním užíváním návykových látek a rizikem přenosu HIV.

WHO, UNODC a UNAIDS (2004) uvádí, že u jedinců se závislostí na opioidech neřídka dochází k předávkování a předčasné smrti. Užívání opioidů může být spojeno s kriminalitou, kdy závislí jedinci se snaží získat peníze na nákup drogy. Jako náhrada původně užívaných opiátů na bázi morfinu – ve Střední Asii zejména heroinu a opia – se používají látky s vlastnostmi podobnými nelegálním opioidům s cílem zmírnění odvykacích příznaků a touhy návykovou látku znovu užít. Zároveň oslabují účinky heroinu a dalších opioidů. Je výhodné, když preparát, kterým je nahrazována původně užívaná látka, má delší dobu účinnosti.

2.3. Substituční terapie ve světě

K léčbě závislosti na opioidech se využívá řada farmakologických intervencí. I přes jejich různé zaměření mají tyto intervence za cíl zlepšit zdraví a sociální fungování, snížit kriminalitu a sociální i jinou zátěž okolí jedince závislého na opioidech. Kromě snahy snižovat utrpení pacienta při odvykání se lze – zejména (i když ne výhradně) tam, kde pacient v léčbě směřující k plné abstinenci od psychotropních látek selhává nebo je důvodná obava, že by se tak stalo – pokusit nelegální opiát nahradit méně nebezpečnými, farmakologicky připravenými látkami, které kompenzují nedostatek exo- a/nebo endogenních opioidů v organismu nemocného. Látky užívané pro léčbu závislosti na opioidech zahrnují

- 1) úplné agonisty receptorů μ (např. metadon, hydrokodon, diacetylmorfin),
- 2) kombinované částečné ant/agonisty receptorů (buprenorfin),
- 3) úplné opioidní antagonisty (např. naltrexona naloxon) a
- 4) $\alpha 2$ -adrenergní agonisty (např. klonidin, lofexidin) (volně podle Schulte et al., 2010).

WHO, UNODC a UNAIDS (2004) řadí mezi látky, které se používají při substituční terapii závislosti na opioidech, metadon, buprenorfin, a jiné farmakologické preparáty (LAAM, dihydrokodein).

Metadon patří mezi nejčastěji užívané preparáty a užívá se především perorálně v tekuté formě. Díky velkému množství studií a monitorovacích zpráv byly získány přesvědčivé vědecky podložené údaje o tom, že efektivně pomáhá snižovat užívání nelegálních návykových látek, snižuje úmrtnost pacientů a riziko přenosu HIV. Správně prováděná terapie s využitím metadonu významně zlepšuje fyzické a psychické zdraví, zlepšuje sociální začlenění jedince a snižuje kriminalitu. Při metadonové substituční terapii vznikají nežádoucí účinky jen zřídka; naopak vesměs dochází k významnému zlepšení somatického i psychického zdravotního stavu. Metadon však není univerzálním preparátem, který by mohli užívat všichni pacienti závislí na nelegálních opiátech; proto by měli mít možnost využít jiných přípravků.

Buprenorfin je na rozdíl od metadonu smíšeným (parciálním) ant/agonistou opioidních receptorů. Nejčastější lékovou formou pro *lege artis* užití je sublingvální tableta. Při používání této látky je vzhledem k jeho farmakologické povaze v zásadě nulové riziko předávkování. Efektivita léčby s využitím buprenorfinu je podobná metadonu jak z hlediska snížení užívání návykových látek, tak co do zlepšení psychosociálního fungování; často se ale uvádí nižší retence pacientů v programu (WHO, UNODC a UNAIDS, 2004). Podobně jako metadon, i buprenorfin vyvolává jen velmi zřídka nežádoucí účinky, a obvykle je lékem první volby pro těhotné ženy, a to především s ohledem na lehčí průběh odvykacích příznaků u novorozenců.

LAAM (levoacetylfametadol) účinkuje pomaleji a déle, je možné ho užívat i jednou za tři dny. Tento preparát se užívá v USA, a v zemích Evropské unie byl zakázán kvůli izolované studii, podle které negativně ovlivňoval srdeční činnost (WHO, UNODC a UNAIDS, 2004). Spektrum substitučních léčiv je ale mnohem širší: v některých zemích se pro detoxifikaci i substituční terapii používá dihydrokodein, depotní morfin s prodlouženým uvolňováním, i

čistý kodein. Po Švýcarsku (od 1998) a Anglii (od 1924) zavedlo během posledních 15 let prozatím celkem 7 zemí EU přísně omezené programy preskripce diacetylmorfinu (heroinu), jež je doplněn soustředěnou psychologickou a somatickou léčbou pacientů.

2.4. Základní geografická a sociodemografická data o Kazachstánu



Obrázek 1: Mapa Republiky Kazachstán

Kazachstán (též „Republika Kazachstán“) je státem ležícím ve Střední Asii (a jihozápadním cípem v Evropě); s 2 724 900 km² je sedmým největším státem světa s poměrně řídkým osídlením: k 1.4.2014 měl něco přes 17, 2 mil. obyvatel (Statistická agentura Republiky Kazachstán, 2014). Hlavním městem Kazachstánu je Astana, do roku 1997 byla hlavním městem Almaty. Kazachstánským prezidentem je po dlouhá léta (již od vyhlášení nezávislosti v roce 1991) Nursultan Nazarbajev. Úředními jazyky jsou kazaština a ruština. Kazachstán hraničí s Ruskem, Čínou, Kyrgyzstánem, Uzbekistánem a Turkmenistánem. Na jihozápadě přiléhá ke Kaspickému moři. Vzhledem k jeho poloze přes Kazachstán putují drogy do dalších zemí a zejména do Ruska (Golunov in Hisao et al., 2007), což představuje rizikový faktor pro užívání návykových látek.

Poslední studie týkající se prevalence užívání návykových látek v obecné populaci proběhla v roce 2001, nepřidržovala se ale mezinárodní metodiky ani terminologie a tak jsou její výsledky obsoletní.

2.5. Přehled situace v oblasti drog v Kazachstánu

Hlavním „úředním“ zdrojem informací o užívání návykových látek v populaci jsou narkologické záznamy, které se využívají rozličnými úřady pro hodnocení a plánování preventivních a léčebných aktivit. Zaznamenána je ale pouze „špička ledovce“ – většinová část problémových uživatelů drog v této evidenci není a nikdy vedena nebyla.

Dalším zdrojem dat o problémových uživatelích je také epidemiologická sentinelová surveillance (v ruštině zkráceně „epidnadzor“). V rámci Státního programu rozvoje zdravotnictví Republiky Kazachstán „Salamatty Kazachstán“ bylo pro dosud poslední tuto studii v roce 2011 státem přiděleno 65 262,7 mil. tenge² (7 202,1 mil Kč). Na území Kazachstánu se odhad počtu injekčních uživatelů provádí na základě Metodických doporučení Národního centra pro prevenci a boj proti AIDS. Metodika nebyla změněna od roku 2004 a trpí značnými systematickými chybami především v terénním sběru dat a co do absence zpětné kontroly validity a reliability (Yussopov et al., 2012).

V současnosti tak není jednoduché získat realistickou představu ohledně užívání návykových látek mezi obecnou populací i specifickými skupinami obyvatelstva z důvodu nedostatku kvalitních epidemiologických dat (Yussopov et al., 2012).

Odhadovaný počet injekčních uživatelů návykových látek v Kazachstánu byl pro rok 2012 celkem 116 840 (Gafarova et al., 2013); tento odhad byl získán v rámci výše zmíněné sentinelové studie. Zatímco prevalence HIV mezi obecnou populací se pohybuje okolo 0,1 % - 0,2 %, mezi nitrožilními uživateli drog je to přibližně 3,8 % (DAMOS / CADAP 5, 2013).

Prevalence HIV v Kazachstánu se zdá být v dlouhodobém horizontu poměrně stabilní. Jak uvádějí Dvoryak a Karazhanova (2013), prevalence HIV je v Kazachstánu poměrně nízká, ale v případě problémových uživatelů drog se odhady prevalence pohybují ve vyšších hodnotách, kvůli čemuž lze tento stav považovat za epidemiologicky významný (DAMOS / CADAP 5, 2013). Počet registrovaných uživatelů drog byl v roce 2011 celkem 14 566. Z nich v roce 2011 zemřelo 1079 uživatelů, a těch, kteří využili stacionární léčbu z důvodu závislosti na návykových látek bylo 2972 (Yussopov et al., 2012). Jinými slovy, registrována byla necelá desetina odhadovaného počtu problémových (tj. především injekčních) uživatelů nelegálních drog, a léčila se zhruba čtyřicetina – tedy 2,5 %.

Opiáty obecně, a z nich především heroin, je jedním z nejvýznamnějších problémů ve Střední Asii. Injekční užívání drog je v tomto regionu téměř výhradně omezeno na opiátové drogy. Za problémové uživatele drog jsou obvykle ve Střední Asii označováni injekční uživatelé drog.

Co se týká léčby, ve většině případů byla narkologická léčba v zemi spojena s komorbidními duševními poruchami a s poruchami chování způsobenými užíváním opioidů (F 11 v MKN 10), a kombinací psychoaktivních substancí (F 19 v MKN 10). Opioidy patří k nejčastějším drogám způsobujícím problémy léčeným pacientům již od roku 1999. V roce 2011 byly opioidy primární drogou u 87,74 % všech léčených klientů závislých na návykových látkách. Nejvíce pacientů léčených v roce 2011 bylo mužů (89,9 %) s průměrným věkem 31,1 let. 54,5 % všech pacientů žili s rodinami (s rodiči/partnerem/děti), 0,1 % bylo bez domova. Zároveň 69,4 % všech pacientů bylo nezaměstnaných. Polovina z těch, kteří byli léčeni z drogové závislosti před rokem 2011, měli 2 až 5 předchozích léčebných epizod v narkologických centrech republiky (DAMOS / CADAP 5, 2013).

² Tenge (KZT), smýbol ₸ je kazachstánská měna; 1 tenge = 100 tyinů

V roce 2011 bylo zabaveno 306,7 kg heroinu, podobně jako v roce 2010 (323,2 kg). Zabaveného opia bylo podstatně méně (11,3 kg v 2011, v roce 2010 byla hmotnost zabaveného opia výrazně vyšší – 168,2 kg). Ceny se výrazně nezměnily, 1 g heroinu stojí 4900 tenge (530 Kč), 1 g opia pak 2214 tenge (239 Kč). Pro srovnání - evropský cenový průměr za 1 g heroinu je 1234 Kč (Yussopov et al., 2012).

Počet registrovaných smrtelných předávkování drogami v Kazachstánu dlouhodobě klesá. Hrubá míra úmrtnosti na 1000 registrovaných uživatelů se pohybuje okolo 23,0, a u žen jsou hodnoty vyšší než u mužů. Příčinou ale může být nejen faktické snížení fatálních předávkování nelegálními drogami, ale také nedostupnost laboratorních standardů a/nebo kvalifikovaného personálu v některých oblastech a městech (Yussopov et al., 2012).

Srovnáním úmrtnosti v obecné populaci a úmrtnosti mezi uživateli drog (bez alkoholu a tabáku) bylo vypočteno relativní riziko úmrtí v populaci uživatelů drog v porovnání s obecnou populací (Standard Mortality Ratio – SMR). Pro muže byla tato hodnota 2,3 a pro ženy 6,8. Celková hodnota pro muže a ženy pak byla 2,4 (DAMOS / CADAP 5, 2013).

2.6. Programy substituční terapie v Kazachstánu

Na základě nařízení prezidenta republiky ze dne 1. února 2010 № 922 "O strategickém plánu rozvoje Republiky Kazachstán do roku 2020" byl v roce 2012 vládou Republiky Kazachstán schválen Program pro boj proti drogové závislosti a obchodování s drogami v Republice Kazachstán v letech 2012 - 2016. Také na základě této vyhlášky byl v zemi vytvořen a implementován Státní program rozvoje zdravotnictví Republiky Kazachstán „Salamatty Kazachstán“ v letech 2011 – 2015, ve které jsou vyznačeny aktivity spojené se zlepšením úrovně prevence a léčby poskytované drogově závislým (Yussopov et al., 2012).

Jak uvádí Boltayev et al., (2012), státní program „Salamatty Kazachstán“, jehož součástí je provádění substituční terapie, je základním strategickým dokumentem, ve kterém jsou uvedeny národní priority, popisy úloh týkajících se veřejného zdraví, a také financování vyčleněné na uskutečnění naplánovaných aktivit v letech 2011-2015.

Dvoryak a Karazhanova (2013) uvádějí, že programy substituční terapie v současnosti probíhají v Kazachstánu formou pilotních projektů. Od roku 2008 dodnes jsou programy financovány prostřednictvím grantů Globálního fondu (GFATM). Celkem za dobu realizace programu substituční terapie v Kazachstánu bylo zaregistrováno 669 případů zařazení do programu substituční terapie, kdy 69 pacientů bylo zařazeno do léčby dvakrát. To znamená, že od roku 2008 bylo do léčby zařazeno 600 pacientů se závislostí na opioidech, což představuje 2,4 % uživatelů z celkového počtu registrovaných problémových uživatelů drog uváděnému k 01.01.2013 (26 793 pacientů). Současný (duben 2014) počet 247 pacientů substituční léčby v Kazachstánu pak představuje 0,98 % z celkového počtu registrovaných problémových uživatelů drog a 0,2 % z odhadovaného celkového počtu problémových uživatelů drog v Republice Kazachstán.

2.7. Popis programů substituční terapie v Kazachstánu

V souvislosti s realizací programů opioidní substituční terapie v Republice Kazachstán bylo přijato rozhodnutí podporující potřebu zavádět nové metody léčby pacientů se závislostí, které je uvedeno v nařízení Ministerstva zdravotnictví Republiky Kazachstán ze dne 8.12.2005 № 609 „O zavádění substituční terapie“. V rámci realizace grantu Globálního fondu pro boj proti AIDS, tuberkulóze a malárii (GFATM), a v rámci „Státního programu boje proti epidemii HIV/AIDS v letech 2006-2010“, v říjnu 2008 začalo v Kazachstánu zavádění pilotního projektu zaměřeného na poskytování OST pro 50 pacientů v Pavlodaru a Temirtau. Tyto regiony byly vybrány na základě epidemiologické situace týkající se HIV – nejvyšší počty infikovaných HIV a nejvyšší počet injekčních uživatelů drog (Dvoryak & Karazhanova, 2013). OST tak byla od října 2008 poskytována celkem ve třech střediscích v zemi jako pilotní projekt, který je financován Globálním fondem (DAMOS / CADAP 5, 2013).

Po prvním roce po zavedení projektu OST bylo provedeno experty z Národního vědecko-praktického centra zdravotní a sociální problematiky závislosti v Pavlodaru hodnocení realizace této léčebné metody. Výsledkem kladného hodnocení bylo nové nařízení Ministerstva zdravotnictví Republiky Kazachstán ze dne 12. 5. 2010 № 333 „O rozšíření dostupnosti substituční terapie“ na 200 lidí, a zařazení dvou dalších měst – Ust'-Kamenogorsku a Almaty. Nutno dodat, že v Almatě byl projekt realizován se zpožděním oproti termínu, jež předpokládalo nařízení (Dvoryak & Karazhanova, 2013).

Výsledkem diskusí ohledně potřebnosti OST v Kazachstánu bylo provedení 2 nezávislých vyhodnocení činnosti zařízení poskytujících OST: v roce 2011 proběhlo hodnocení kazašskými experty, otevřenými apriorními oponenty OST, jež k tomu pověřilo Ministerstvo zdravotnictví (v ruštině běžně zkracováno na MinZdrav) RK; v roce 2012 pak proběhlo hodnocení, jež MinZdrav zadal Mezinárodnímu centru pro léčbu AIDS a léčebné programy pro léčbu AIDS na Kolumbijské univerzitě (International Center for AIDS Care and Treatment Programmes at Columbia University; ICAP). Výsledkem obou vyhodnocení bylo nařízení MinZdravu № 691 od 04.10.2013 „O rozšíření dostupnosti OST v Republice Kazachstán“, díky kterému mělo dojít k otevření dalších 7 míst, poskytujících OST. Tato léčba měla být dostupná pro 400 pacientů, což ale nebylo možné uskutečnit kvůli chybějící dovozní kvótě na metadon pro rok 2013. Nebylo tedy možné zakoupit metadon, dovést jej na území Kazachstánu a použít k léčbě (Dvoryak & Karazhanova, 2013), a programy tak stagnovaly na původním počtu kolem 200 pacientů.

Podle informací uváděných v práci Dvoryaka a Karazhanové (2013) setrvává v léčbě alespoň po dobu 6 měsíců jen 56,5 % pacientů. V Aktobe, Tarazu a Uralsku to bylo jen cca 16 %, ve městech Karaganda (35,3 %) a Ekibastuz (42 %) je procento pacientů, kteří setrvali v léčbě alespoň 6 měsíců, také poměrně nízké. Jako možné příčiny kratší doby setrvání v léčbě jsou v práci uvedeny například nedostatečná příprava personálu, zpožděné zprovoznění zařízení poskytujících substituční léčbu, nevhodné umístění těchto zařízení, a potíže s importem metadonu. Průměrné setrvání pacientů v léčbě alespoň jeden rok je ještě nižší: 35 %. Důvody jsou podobné jako v předchozím případě. Dalším důvodem jsou pozdější termíny zprovoznění zařízení poskytujících substituční terapii a průběh programů kratší než 1 rok. Ukončení léčby v substituční terapii z různých důvodů je u pacientů 65,6 %.

Důvody byly uváděny různé:

- 5,7 % pacientů ukončili léčbu z důvodu stíhání za trestné činy spáchané ještě před svou účastí v projektu;
- 24,6 % pacientů bylo vyloučeno z důvodu nerespektování pravidel;
- 2,97 % zemřeli z důvodu onemocnění, které měli v důsledku užívání návykových látek již před vstupem do léčby.

Větší část pacientů ukončila léčbu z optimističtějších důvodů. Jednalo se především o

- dobrovolné ukončení léčby z důvodů různých každodenních problémů včetně odcestování do zahraničí: 5,5 %;
- ukončení léčby po plánovaném postupném snížení dávky k nule: 24,8 %;
- přechod do jiného druhu léčby: 5,9 % pacientů.

V rámci hodnocení programů OST (Dvoryak & Karazhanova, 2013) bylo také dotazováno 61 pacientů v OST, s cílem zjistit, jak jsou spokojeni se svou léčbou. Pacienti např. uváděli: „Bojím se onemocnět, protože budu muset z OST odejít (už se to stalo, když mi byla zjištěna tuberkulóza“; „Dostal jsem se do stacionáře s pneumotoraxem a 8 dní nedostával metadon. Lékař nechápal, že jim indikovaná léčba by mohla být efektivnější, kdybych metadonovou léčbu nepřerušoval“; „Po operaci bylo nutné jezdit do stacionáře taxíkem, abych dostal metadon“.

Pacienti vesměs uváděli, že se bojí onemocnět, protože by došlo k přerušení léčby. Pokračování v užívání metadonu by však nemělo významně ovlivnit léčbu v jiných zařízeních. Bylo by vhodné uvažovat o postupu, kdy by pacient mohl kontinuálně užívat metadon i v jiném léčebném zařízení, kde musí být hospitalizován. Zároveň by měli být s pravidly metadonové léčby seznámeni i lékaři daných léčebných zařízení. Nicméně pacienti i lékaři poskytující substituční terapii hodnotí ve zprávě Dvoryaka a Karazhanové léčbu jako efektivní. V žádném ze zařízení nezazněly negativní ohlasy. Lékaři se ale vzhledem k problémům s importem obávají, že dojde k nedostatku metadonu, a proto pacientům podávají množství menší, než je indikováno. V řadě zařízení poskytujících substituční terapii lze také pozorovat nedostatečnou úroveň znalostí týkajících se podstaty závislosti na opioidech, správného dávkování metadonu, atd. (volně podle Dvoryak & Karazhanova, 2013).

2.8. Látky používané pro substituční terapii v Kazachstánu

Od roku 2008 do května roku 2013 se používal v centrech léčby závislosti hromadně vyráběný léčebný přípravek Methadone hydrochloride oral concentrate B.P 10 mg/ml v balení po 150 ml, vyráběného firmou Rusan – Farma (Indie); nyní se používá levnější preparát³ od italského výrobce Molteni v koncentraci 5mg/ml, dodávaném do RK jako sirup v lahvích po 1000 ml. Dosud poslední dodávka do Kazachstánu expiruje v říjnu letošního roku. Hydrochlorid metadonu v Kazachstánu není zaregistrován jako oficiální léčivo, a v

³ Náklady na 1 láhev metadon hydrochloridu (10 mg/ml) - 150 ml (1,5 g) – vyrobeného v Indii vycházejí v přepočtu na 331 Kč. Cena za 1 láhev metadon hydrochloridu 5 mg/ml -1000 ml (5 g) – italské výroby vychází na 742 Kč (Dvoryak & Karazhanova, 2013). Po přepočtu na mg hydrochloridu metadonu je tedy v cenách platných pro Kazachstán (sic!) italský metadon 1,5x levnější než indický – což je zřejmě světové unikum (podle WHO je indický metadon zdaleka nejlevnější hned po substanci, vyráběné ve Slovenské republice), zakládající pochybnosti o efektivitě výběrového řízení na dodávku tohoto léku do Kazachstánu.

roce 2012 výjimka pro "hydrochlorid metadonu" na rok 2013 nebyla předložena vládě k projednání a tudíž se metadon-HCl nesměl do RK dovézt. Z toho důvodu není možné zvýšit dostupnost léčby pacientům.

Jak dále uvádějí autoři, v průběhu rozhovorů s pacienty bylo zjištěno, že mnozí z nich mají přátele a známé, kteří by si přáli začít se léčit v zařízeních poskytujících substituční terapii. V souvislosti s tím, že nemohou splnit některý z požadavků (potvrzení o 2-3 neúspěšných pokusech o léčbu), není pro ně zařazení do léčby možné. Z tohoto důvodu autoři považují za vhodné pozměnit kritéria pro vstup do léčby, a odkazují na doporučení WHO (Dvoryak & Karazhanova, 2013).

2.9. Specifické faktory ovlivňující proces zavádění substituční terapie v Kazachstánu

Následující kapitola je věnována vybraným faktorům ovlivňující proces zavádění substituční terapie, včetně faktorů, jež činí přístup k OST nedostupným pro všechny závislé (a podle kritérií Světové zdravotnické organizace (WHO, 2008) indikované) uživatele.

Jedním z takových faktorů jsou např. požadavky pro pacienty, aby mohli vstoupit do programu OST. Jak uvádějí Dvoryak a Karazhanova (2013), jedná se o kritéria pro přijetí pacientů do léčby, jež jsou součástí příkazu Ministra zdravotnictví Republiky Kazachstán č. 609 od 8. 12. 2005 – „O zavádění substituční terapie“.

Později tato kritéria byla rozšířena v metodických doporučeních vypracovaných Pavlodarským centrem "Používání OST v narkologické praxi Republiky Kazachstán" (Erezhepov & Karazhanova, 2010).

Kritéria pro přijetí pacienta do léčby podle Dvoryaka a Karazhanové (2013) jsou:

- Diagnóza závislosti na opioidech (F 11.2 podle MKN 10)
- Způsobilost podat informovaný souhlas
- Občanství Kazachstánu
- Věk starší 18 let

Dále je nezbytná přítomnost jednoho z následujících kritérií:

- Potvrzení o injekčním užívání návykových látek po dobu delší než 3 roky
- Potvrzení o minimálně 2-3 neúspěšných pokusech o abstinenci léčbu resp. o nejméně dvou recidivách abusu po proběhlé narkologické detoxifikaci
- HIV/AIDS a/nebo těhotenství

Jak se dále uvádí v práci, je potřeba se povšimnout toho, že podle WHO a dalších organizací je podmínka neúspěšných pokusů o abstinenci léčbu neopodstatněná; pro indikaci stačí verifikovaná diagnóza závislosti na opioidech.

Podobný problém – byť ve výrazně nižší míře - znají i pacienti z vyspělých zemí, kde také jsou často náročná vstupní kritéria bariérou léčby (viz např. Schulte et al., 2013).

Rovněž proces importu metadonu do Kazachstánu lze považovat za obtížný, nestandardní a proto extrémně náchylný k výpadkům díky administrativním a jiným opomenutím - a to

navzdory tomu, že modelový postup importu je podrobně popsán Světovou zdravotnickou organizací (WHO, 2009).

Proces zavádění substituční terapie v Kazachstánu ovlivňuje široké spektrum faktorů. Stále existuje nejednoznačné veřejné mínění ohledně substituční terapie, což negativně ovlivňuje nejen postoje běžných občanů Kazachstánu, ale i lékařů, z nichž mnozí raději věří moralistickým a emocionálním výrokům, aniž by se opírali o vědecká data a expertní závěry (Dvoryak & Karazhanova, 2013).

Jedná se např. o občanské organizace, které vystupují proti léčbě metadonem. Procesu nenapomáhá ani postoj některých profesionálů, snažících se přesvědčit okolí o tom, že metadon je pro uživatele nebezpečnější než heroin. Konkrétně tento postoj zastává i prezidentka Národní lékařské asociace Republiky Kazachstán. Za účelem autorizace informací vyskytujících se v médiích proběhla komunikace s prezidentkou Národní lékařské asociace paní A. Sadykovou. Výsledky jsou popsány ve speciální části této práce.

Na internetu si čtenář snadno všimne množství údajů, které mohou působit jako odstrašující faktor pro některé závislé uživatele. Jak se v práci dále zmíním, dané informace nejsou zcela důvěryhodné resp. nejsou založeny na ověřitelných faktech. Také jejich aktuálnost je poměrně zpochybnitelná.

Také Dvoryak a Karazhanova (2013) uvádějí, že v Kazachstánu mezi obyvateli koluje poměrně nejednoznačný názor ohledně substituční terapie závislosti na opioidech. Odpůrci substituční terapie aktivně šíří informaci s cílem podpořit negativní vztah k substituční terapii. Mluví například o tom, že substituční terapie nemá žádný terapeutický účinek, šíří informaci o vysoké úmrtnosti pacientů nacházejících se v substituční terapii, obviňují odborníky, kteří se snaží zavádět substituční terapii, z lobbování za zájmy zahraničních farmaceutických firem. Odpůrci substituční terapie organizují veřejné akce, rozdávají letáky s „antimetadonovými“ slogany a žádají o zastavení programů substituční terapie. Aktivně šíří informace v médiích.

Jak uvádí Boltaev et al., (2012), bylo již mnoho případů, kdy zavádění substituční terapie bránily různé skupiny aktivistů, včetně představitelů medicínských profesí a občanských organizací. Publikace zaměřené proti substituční terapii se nezdá objevují v médiích, navíc se velice často používají nepravdivé či nesprávně citované údaje o metadonu.

Dále autoři uvádějí příklady nepravdivě citovaných údajů. Jako příklad je zde uveden otevřený dopis prezidentovi Kazachstánu N. Nazarbayevovi, kde je nesprávně citovaný profesor S. Darke, který ve své práci uváděl, že 66 % pacientů, kteří dostávají metadon, alespoň jednou v životě zažili (nesmrtelné) předávkování návykovými látkami. V dopise se však uvádí, že 67 % pacientů v substituční terapii užívajících metadon umírá v důsledku předávkování.

V důsledku tohoto aktivního odporu byl zkomplikován proces zavádění substituční terapie v některých městech na území Kazachstánu. Není překvapivé to, že pacienti i jejich příbuzní tyto negativní ohlasy znepokojují. Dvoryak a Karazhanova (2013) popisují případy, kdy někteří se z tohoto důvodu snaží snížit dávku preparátu, a předpokládají, že tím sníží riziko rozvoje komplikací. Někteří doporučují svým příbuzným rychleji ukončit léčbu

v naději, že doba, kdy pacient neužíval nelegální látky, je dostačující pro pokračování v životě bez drog.

Část pacientů však studuje odborně podložené materiály a pokládá dotazy kvalifikovaným specialistům, díky čemuž mají navzdory propagandě, popsané výše, poměrně slušné znalosti o OST.

Negativní informace mají vliv i na chování zdravotníků vůči pacientům v OST.

V nemocniční síti, obecně řečeno, nejsou vítáni všichni. Lékaři jiných specializací je hodnotí jako jako pacienty s poruchami chování i psychiky v důsledku užívání návykových látek, demoralizované, „špatné“ lidi. Navíc lékaři nemající dostatek vědeckých znalostí z oblasti psychického zdraví zkrátka nevědí, co s takovými pacienty dělat. Negativní mediální obraz má vliv i na pracovníky policie. Jejich postoje jsou různé. Někdy se snaží vyhrožovat pacientům OST. Pokud chápou význam OST (jako mechanismus vedoucí ke snížení kriminality), OST podporují. Někteří dotazovaní pacienti mluvili o porušení jejich práv (policí – kontroly, zadržení), a sice ne kvůli trestným činům spáchaným před nástupem do OST. Toto uvedli pacienti z Karagandy („epizodické kontroly“), Temirtau, Semej („zadržení, výslechy, kontroly“), Pavlodar („nyní již přestali, spíš v období po zavedení OST“), Ekibastuz (pacientům vyhrožovali ukončením programu). Naopak pozitivní ohlas, podle slov pacientů, byl obdržán ve městě Taraz. Pacienti nebyli zadržováni pouze proto, že docházejí na OST. Navíc říkali „raději chodte na metadon“ (Dvoryak & Karazhanova, 2013).

Ostře negativní postoj k substituční léčbě v Ruské federaci, podpořený tamním zákonem o jejím zákazu, je pro Kazachstán rovněž důležitý s ohledem na společnou historii v rámci carského Ruska a bývalého Sovětského svazu, i s ohledem na nově ustavovanou celní unii. Situaci v Rusku popisují např. Elovich a Drucker (2008), ale podrobný popis situace v Rusku a jiných státech bývalého SSSR by přesahoval rámec této práce.

V Kazachstánu se mluví např. o „narkotizaci Kazachstánu pod záminkou léčby“ (Občanská komise za lidská práva, 2013). Dokonce se o používání metadonu píše jako o „smrtné terapii“ (Melnik, 2013).

Další ukázka z článku: „Mýtus první: metadon je lék. Metadon není lék, jedná se tvrdou drogu, stejně jako heroin. Mýtus druhý: Pacienta užívajícího metadon nezajímají jiné drogy. Metadon sice nevyvolává euforii, ale ti, kteří chtějí zažít příjemný pocit, mohou užívat také heroin, což je příčinou mnoha úmrtí v důsledku předávkování.“ (Kolesnikov, 2011) Abylgazin (2012) dokonce uvádí, že „za dva roky existence programu OST, pouze u dvou účastníků došlo k zlepšení kvality života. Pacienti, kterých léčili metadonem, se místo závislosti na jedné droze, stali závislými na dvou“.

Je nicméně třeba zdůraznit pozitivní postoj Ministerstva zdravotnictví Republiky Kazachstán k OST. To se opírá o doporučení odborníků, o výsledky pilotních projektů a o poziční dokumenty organizací OSN (WHO, UNODC, UNAIDS), jež jsou založeny na vědeckých důkazech.

V této souvislosti byla oslovena ministryně zdravotnictví Republiky Kazachstán, Salidat Z. Kairbekova, jejíž pozice je uvedena ve speciální části této práce.

3. PRAKTICKÁ ČÁST

3.1. Stanovení cílů

Cílem práce je zejména:

- zjištění a analýza postojů lékařů a terapeutů jiných profesí, kteří mají v Kazachstánu profesionální vztah k poskytování opioidové substituční terapie (OST);
- zmapování dostupnosti vědecky doložených poznatků o OST v ruském či kazašském jazyce;
- zhodnocení potenciální potřeby aktivit zaměřených na vzdělávání v oblasti poskytování substituční terapie v Kazachstánu;
- navrhnout opatření, jež by mohla zlepšit a objektivizovat proces zavádění substituční terapie v Kazachstánu.

3.2. Design výzkumu

Byla zvolena metoda dotazníkového šetření. Osloveni byli ti, kterých se tato problematika bezprostředně týká, tedy lékaři-narkologové pracující v narkologických zařízeních na území Kazachstánu. Výzkumný soubor byl rozdělen na dvě skupiny respondentů, podle toho, zda již v jejich zařízení byla zavedena substituční terapie či nikoliv. Výsledky jsou analyzovány v praktické části práce. Vzhledem ke skutečnostem uvedeným v teoretické části byly položeny doplňující dotazy vybraným klíčovým osobám, projevujícím zájem o ovlivnění procesu zavádění substituční terapie v Kazachstánu. Jejich odpovědi jsou také zařazeny do této práce.

3.3. Metody sběru dat

Vzhledem k povaze výzkumu bylo zvoleno použití kvantitativní metodologie. Na základě předběžného zmapování problematiky byly s pomocí programu Qualtrics (<http://www.qualtrics.com/>) sestaveny dva dotazníky v ruském jazyce, které byly následně rozeslány narkologům na území Kazachstánu. Dotazníky byly tvořeny úvodním textem (Příloha 1), úvodními filtračními otázkami, a otázkami uzavřenými, polouzavřenými, dichotomickými i polytomickými, které měly disjunktivní i konjunktivní charakter, a otázkami kontrolními, které se ptaly v podstatě na totéž jako některá z předchozích otázek, ale za použití jiné formulace.

Dotazníky byly nejprve navrženy v českém jazyce a po konzultacích a úpravě znění byly přeloženy do ruského jazyka. Data byla získávána v průběhu dvou týdnů. Dotazníkové

šetření probíhalo anonymně. Účast byla dobrovolná. Sběr dat byl realizován ve spolupráci s Národním vědecko-praktickým centrem zdravotní a sociální problematiky závislosti v Pavlodaru (NVPC ZSPZ ; <http://www.npcpavlodar.kz/>), jež disponuje kontaktními údaji všech narkologických center. Emaily s prosbou o vyplnění dotazníků byly odeslány do 17 narkologických center na území Kazachstánu, z nichž v 10 centrech byla poskytována substituční terapie a v sedmi nikoliv.

Dotazníky pro každou skupinu respondentů (poskytující OST a neposkytující OST) měly rozdílný design, překrývající se jen v některých částech.

První skupině dotazovaných narkologů, kteří zatím nemají zkušenost s poskytováním substituční terapie, bylo položeno 10 otázek týkajících se substituční terapie (viz Příloha 2):

Druhý dotazník byl určen lékařům, kteří již pracují v centrech substituční terapie. Těchto center je na území Kazachstánu zatím 10. Dotazník pro tuto skupinu respondentů obsahoval 15 otázek. V dotazníku bylo položeno i pět otázek z již existujícího dotazníku (Caplehorn, J., 1996), který je zaměřen na kvalitu / modus poskytované péče. Kompletní dotazník je obsažen v Příloze 3.

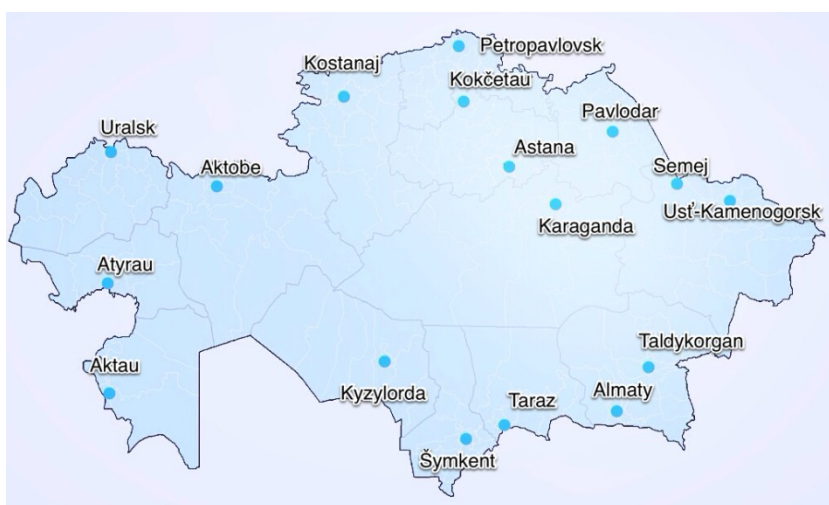
3.4. Výzkumný soubor

Pro komplexní zmapování postojů k substituční terapii v Kazachstánu bylo třeba oslovit co nejvyšší počet respondentů. Výzkumný soubor tvořili lékaři – narkologové, pracující na území Kazachstánu. První skupinu respondentů tvořili lékaři, kteří zatím nemají zkušenost se zaváděním substituční terapie závislosti na opioidech. Druhou skupinu tvořili lékaři, kteří již takovou zkušenost mají a pracují v centrech, poskytujících substituční terapii.

3.4.1. Kritéria výběru zařízení

Prostřednictvím emailové komunikace byly rozeslány dotazníky s prosbou o vyplnění do všech narkologických zařízení na území Kazachstánu.

Narkologických zařízení bylo celkem 17, v 10 z nich již v době výzkumu fungovala centra substituční terapie. Seznam narkologických center byl získán od NVPC ZSPZ v Pavlodaru a je uveden v Příloze 4.



Obrázek 2: Mapa měst, do nichž byly odeslány dotazníky

3.4.2. Kritéria zařazení do studie

Výzkumný soubor tvořilo celkem 27 respondentů. Základním kritériem bylo povolání. Do studie byly zařazeny pouze kompletně vyplněné dotazníky. Kromě dvou nemedicínských terapeutů - nelékařů, kteří se zúčastnili studie, uvedli ostatní respondenti své povolání jako „lékař-narkolog“. Odpovědi terapeutů / nelékařů jsou v této práci posuzovány zvlášť.

3.5. Metody analýzy dat

Výsledky jsou vyhodnoceny za použití programu Qualtrics. V každé tabulce jsou uváděny možnosti odpovědí a počty respondentů u každé z možností. Počet respondentů je také uváděn v procentech. V otázkách bylo možné zvolit jednu či více možností odpovědí, odpovědi bylo možné uspořádat dle oblíbenosti, nebo měly podobu Likertovy škály, která zjišťuje dimenze reakcí respondentů na postoj (tedy zda s ním souhlasí či nikoliv). „Zcela souhlasím“ má hodnotu 5, a naopak, „zcela nesouhlasím“ má hodnotu 1. Jednotlivé položky dotazníků jsou analyzovány a znázorněny v tabulkách. Postoje terapeutů / nelékařů jsou popsány zvlášť a bez použití tabulek, v souvislosti s tím, že dotazník byl primárně určen pro lékaře-narkology.

3.6. Sběr dat

Vytvořené dotazníky byly odeslány z NVPC ZSPZ elektronickou poštou do 17 narkologických zařízení na území Kazachstánu. Pro úplnost jsem vyhledala emailové adresy jednotlivých zařízení na internetu a pro získání maximálního počtu respondentů jsem na nalezené adresy odeslala dotazníky ještě jednou s osobní prosbou o vyplnění. Oslovení respondenti byli seznámeni se záměrem studie a byli ujištěni o své anonymitě. Následně od 25. 2. 2014 do 5. 3. 2014 probíhal sběr dat. Ta pak byla popsána a analyzována.

3.7. Výsledky

3.7.1. Souhrn výsledků dotazování první skupiny narkologů (neposkytovatelé OST)

Většina respondentů (68 %) považuje za potřebné zavedení substituční terapie ve svých zařízeních, a mají převážně pozitivní očekávání vztahující se k případným výsledkům zavádění substituční terapie. 32 % respondentů naproti tomu považuje substituční terapii za nevhodnou pro svou práci.

Jako nejpoužívanější zdroj informací o OST byly uváděny elektronické vědecké zdroje. 58 % respondentů považují počet zdrojů věnovaných substituční terapii v ruském a kazašském jazyce za nedostatečný, a 79 % by uvítalo jejich větší dostupnost. 95 % respondentů by uvítalo více vědecky doložených informací o substituční terapii. Zároveň celých 58 % respondentů důvěřuje informacím z médií. Většina (79 %) respondentů by uvítala stáž na pracovištích poskytujících substituční terapii, a 58 % již od nich některé zkušenosti získává.

3.7.2. Souhrn výsledků dotazování druhé skupiny narkologů (poskyvatelé OST)

67 % respondentů uvedlo, že zavádění substituční terapie proběhlo na jejich pracovišti bez větších obtíží. Mezi problémy, které se vyskytovaly, byl zmíněn např. nedostatek odborníků asistujících při zavádění substituční terapie (67 %), negativní vztah k OST v médiích (50 %) a nezáměr odborníků spolu s aktivním odporem různých skupin včetně občanských organizací. Všichni respondenti uvedli pouze (jednoznačně) kladné výsledky zavedení substituční terapie, negativní výsledky / dopady na pacienty neuvedl ve skupině poskytovatelů této terapie nikdo.

Také tato skupina preferuje získávání informací z elektronických vědeckých databází. Všichni respondenti (100 %) uvedli, že počet zdrojů informací o substituční terapii je nedostatečný, a 83 % by uvítalo jejich větší dostupnost. Polovina respondentů (50 %) poskytuje informace zařízením, kde substituční terapie zatím nebyla zavedena. Dle otázek hodnocených podle Likertovy škály lze usoudit, že všichni respondenti do značné míry souhlasili (4,83) s výroky hodnotícími účinky substituční terapie pozitivně.

3.7.3. Postoje lékařů-narkologů nemajících zkušenost s poskytováním substituční terapie

Tato část je věnována postojům narkologických odborníků bez osobní zkušenosti s poskytováním substituční léčby.

První dotazník byl vyplněn 21 specialisty v oblasti narkologie, konkrétně se jednalo o 19 lékařů-narkologů a 2 terapeuty-nelékaře. Celkem se dotazníkového šetření zúčastnilo 11 mužů a 10 žen. Odpovědi narkologů a terapeutů jsou analyzovány zvlášť.

Tabulka 1. Rozdělení respondentů dle pohlaví

Odpověď	Počet respondentů	%
Muž	11	58%
Žena	8	42%
Celkem	19	100%

Tabulka 2. Rozdělení respondentů dle povolání

Odpověď	Počet respondentů	%
Lékař-narkolog	19	100%
Jiné (uved'te):	0	0%
Celkem	19	100%

První otázka měla za úkol zjistit, zda respondenti považují zavedení substituční léčby závislosti na opioidech v jejich zařízení za potřebné. Jak vyplývá z výsledků, většina respondentů souhlasí s potřebností zavedení substituční léčby.

Tabulka 3. Otázka 1a

Odpověď	Počet respondentů	%
Ano	13	68%
Ne	6	32%
Nevím / nemám jednoznačný názor	0	0%
Celkem	19	100%

Druhá otázka byla zaměřena na případné následky, které by mohlo způsobit rozšíření substituční léčby závislosti na opioidech do více center na území Kazachstánu. Odpovědi korelují s první otázkou, kdy většina respondentů uvádějí převážně pozitivní očekávání, jako např. zlepšení celkové narkotické situace v Kazachstánu. V položce „jiné“ jeden respondent uvedl, že spolu s metadonem jsou užívány jiné nelegální návykové látky. Pokud je „nelegální látkou“ myšlen heroin, znamená to, že lékař má zkušenosti s tím, že pacienti se chovali nezodpovědně, a užívali další návykové látky. Daný respondent však zatím neposkytuje substituční terapii, otázkou by bylo, jakým způsobem dospěl k takovému názoru. Význam je však nejednoznačný, a lze také předpokládat, že metadon byl označen jako nelegální látka, což je shodné s informací kolující na internetu – např. v článkách typu „V Kazachstánu pod záminkou léku protlačují tvrdé drogy“ (Abylgazin, 2012).

Tabulka 4. Otázka 2a

Odpověď	Počet respondentů	%
Zlepšení celkové narkotické situace v Kazachstánu	8	42%
Zhoršení celkové narkotické situace v Kazachstánu	3	16%
Zlepšení péče o závislé na opioidech	8	42%
Zhoršení péče o závislé na opioidech	6	32%
Zmenšení ilegálního trhu s narkotiky	2	11%
Zvětšení ilegálního trhu s narkotiky	6	32%
Vyšší poptávku po specializované narkologické péči	8	42%
Nižší poptávku po specializované narkologické péči	3	16%
Jiné (uved'te):	1	5%

Jiné:
Zavádění substituční terapie nemá smysl, protože se na jejím podkladě užívají jiné nelegální návykové látky

Následující otázka byla zaměřena na potíže, „kameny úrazu“, které by se mohly objevit při zavádění substituční léčby. Za největší překážku respondenti považují komplikovaný proces importu metadonu, zmíněný v teoretické části práce. Relativně často byly uváděny i ostatní možnosti.

Tabulka 5. Otázka 3a

Odpověď	Počet respondentů	%
obtížný import metadonu (chybí oficiální registrace)	11	58%
aktivní odpor různých skupin, včetně zdravotnických pracovníků a občanských organizací	10	53%
nedostatek zkušených odborníků, kteří by podporovali nová i stávající substituční střediska	10	53%
nedostatečný zájem o zavádění substituční léčby ze strany odborníků	2	11%
potřeba zařadit relevantní předměty do učebních programů zdravotníků	10	53%
náročné požadavky na klienty	4	21%
negativní názory na substituční terapii v médiích	8	42%
jiné (uved'te):	0	0%

V následující otázce měli respondenti možnost seřadit zdroje informací o substituční léčbě podle nejčastěji používaných. Jako nejčastěji používané uváděli bibliografické databáze, méně než polovina čerpá informace z médií.

Tabulka 6. Otázka 4a

Odpověď	1	2	3	Počet respondentů
Elektronické bibliografické databáze	13	1	5	19
Tištěné publikace a periodika	1	18	0	19
Média	5	0	14	19

Další otázka měla za cíl zmapovat spokojenost respondentů s počtem dostupných zdrojů týkajících se dané problematiky v ruském a kazašském jazyce. Otázka byla zaměřena na to, zda respondenti považují počet dostupných zdrojů za dostačující. Ve většině případů bylo uvedeno, že počet zdrojů nepovažují za dostatečný.

Tabulka 7. Otázka 5a

Odpověď	Počet respondentů	%
Ano	7	37%
Ne	11	58%
Nevím / nemám jednoznačný názor	1	5%
Celkem	19	100%

V návaznosti na předcházející otázku byla následující otázka věnována tomu, zda by respondenti uvítali větší dostupnost informací týkajících se substituční léčby závislosti na opioidech. Převážná většina respondentů by tuto možnost uvítala.

Tabulka 8. Otázka 6a

Odpověď	Počet respondentů	%
Ano	15	79%
Ne	4	21%
Nevím / nemám jednoznačný názor	0	0%
Celkem	19	100%

V souvislosti s informacemi uváděnými v médiích byla položena otázka, zda respondenti důvěřují informacím z médií. Více než polovina respondentů (58 %) uvádějí, že těmto informacím důvěřují.

Tabulka 9. Otázka 7a

Odpověď	Počet respondentů	%
Ano	11	58%
Ne	5	26%
Nevím / nemám jednoznačný názor	3	16%
Celkem	19	100%

Převážná většina respondentů (95 %) by uvítala více vědecky doložených informací o substituční léčbě závislosti na opioidech v ruském a kazašském jazyce.

Tabulka 10. Otázka 8a

Odpověď	Počet respondentů	%
Ano	18	95%
Ne	1	5%
Nevím / nemám jednoznačný názor	0	0%
Celkem	19	100%

Na otázku, zda respondenti získávají informace a zkušenosti od zařízení, ve kterých již byla substituční léčba zavedena, mírně převládají kladné odpovědi (58 %).

Tabulka 11. Otázka 9a

Odpověď	Počet respondentů	%
Ano	11	58%
Ne	8	42%
Celkem	19	100%

Většina respondentů by uvítala možnost stáže na pracovištích, kde již byla substituční léčba zavedena (79 %).

Tabulka 12. Otázka 10a

Odpověď	Počet respondentů	%
Ano	15	79%
Ne	4	21%
Nevím / nemám jednoznačný názor	0	0%
Celkem	19	100%

3.7.4. Postoje terapeutů / nelékařů, v jejichž zařízeních není substituční terapie poskytována

Názor terapeutů pracujících v narkologických centrech je rovněž potřeba brát v potaz. Vzhledem k tomu, že nebylo primárně záměrem práce zjišťovat postoje terapeutů, uvádím výsledky ve zkrácené verzi. Na druhou stranu je i jejich názor důležitý, neboť i oni mají bezprostřední vztah k práci s uživateli návykových látek a vliv na další rozvoj OST v zemi. V souvislosti s tématem studie by bylo nevhodné se nevěnovat odpovědím této (byť malé) skupiny respondentů.

Obě respondentky považují zavedení substituční terapie za potřebné. Respondentky očekávají od zavedení substituční terapie zlepšení péče o závislé uživatele, jedna z respondentek také očekává celkové zlepšení místní drogové situace a zmenšení legálního trhu s návykovými látkami.

Za překážku při zavádění substituční terapie považují respondentky negativní vztah k substituční terapii v médiích. Navíc jedna z respondentek zmiňuje komplikovaný import metadonu, aktivní odpor různých skupin včetně zdravotnických pracovníků a občanských organizací, a nedostatek zkušených odborníků, kteří by nabídli „pomocnou ruku“ novým a stávajícím zařízením poskytujícím substituční terapii.

Jako zdroj, ze kterého převážně získávají informace týkající se substituční terapie, uvedly na prvním místě média a bibliografické databáze. Jedna z respondentek považuje počet zdrojů informací v ruském a kazašském jazyce za dostačující, ale přála by si větší dostupnost takových informací. Druhá respondentka má zcela opačný názor, počet zdrojů považuje za nedostatečný a nemá zájem o jejich větší dostupnost. Zároveň uvádí, že důvěřuje informacím v médiích, kdežto druhá respondentka uvedla, že důvěryhodnost informací v médiích nedokáže posoudit.

Ve zbývajících otázkách respondentky odpovídaly shodně. Uvítaly by větší dostupnost vědecky doložených informací v ruském a kazašském jazyce. Obě respondentky uvedly, že dostávají informace o průběhu realizace od jiných zařízení, zároveň by uvítaly možnost stáže na těchto pracovištích.

3.7.5. Postoje lékařů pracujících v zařízeních poskytujících substituční terapii

Druhý dotazník byl určen lékařům-narkologům, kteří již mají zkušenost se substituční terapií, to znamená v zařízeních, ve kterých již byla substituční léčba zavedena. Zatím je takových center 10. Do všech center byl odeslán dotazník, který byl vyplněn 6 respondenty. Dotazník obsahoval celkem 15 otázek. V následujících tabulkách jsou uvedeny odpovědi respondentů na jednotlivé otázky. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 5 žen a 1 muž, jejichž povolání je „lékař-narkolog“, a průměrné trvání jejich zkušenosti s prací v zařízení poskytujícím substituční terapii je 15,4 měsíců.

Tabulka 13. Rozdělení respondentů dle pohlaví

Odpověď	Počet respondentů	%
Muž	1	17%
Žena	5	83%
Celkem	6	100%

Tabulka 14. Rozdělení respondentů dle povolání

Odpověď	Počet respondentů	%
Lékař-narkolog	6	100%
Jiné (uved'te):	0	0%
Celkem	6	100%

První otázka byla zacílena na zhodnocení procesu zavádění substituční terapie v zařízení, ve kterém daný lékař-narkolog pracuje.

Tabulka 15. Otázka 1b

Odpověď	Počet respondentů	%
Zavádění substituční terapie proběhlo bez větších obtíží	4	67%
Zavádění provázely komplikace / nebylo jednoduché	2	33%
Nevím / nemám jednoznačný názor	0	0%
Celkem	6	100%

Úkolem druhé otázky bylo zjistit, k čemu podle respondentů přispělo nebo přispěje zavedení substituční léčby závislosti na opioidech v jejich zařízení.

Tabulka 16. Otázka 2b

Odpověď	Počet respondentů	%
Zlepšení celkové narkotické situace v Kazachstánu	4	67%
Zhoršení celkové narkotické situace v Kazachstánu	0	0%
Zlepšení péče o závislé na opioidech	5	83%
Zhoršení péče o závislé na opioidech	0	0%
Zvětšení ilegálního trhu s narkotiky	0	0%
Zmenšení ilegálního trhu s narkotiky	4	67%
Vyšší poptávku po specializované narkologické péči	4	67%
Nižší poptávku po specializované narkologické péči	0	0%
Jiné (uveďte):	0	0%

V případě dotazovaných respondentů se při procesu zavádění substituční terapie setkala s problémy týkajícími se importu metadonu, s nedostatkem odborníků asistujících při zavádění substituční terapie (v obou případech 67 %), poté následují příliš vysoké požadavky na klienty a negativní vztah k substituční terapii v médiích (50 %). Po 33 % získaly možnosti týkající se nezájmu ze strany odborníků a aktivní odpor různých skupin včetně zdravotnických pracovníků a občanských organizací.

Tabulka 17. Otázka 3b

Odpověď	Počet respondentů	%
obtížný import metadonu (chybí oficiální registrace)	4	67%
aktivní odpor různých skupin, včetně zdravotnických pracovníků a občanských organizací	2	33%
nedostatek zkušených odborníků, kteří by podporovali nová i stávající substituční střediska	4	67%
nedostatečný zájem o zavádění substituční léčby ze strany odborníků	2	33%
potřeba zařadit relevantní předměty do učebních programů zdravotníků	2	33%
příliš náročné požadavky na klienty	3	50%
negativní názory na substituční terapii v médiích	3	50%
jiné (uved'te):	0	0%

Jako zdroj, ze kterého respondent převážně čerpají informace o substituční terapii, byly nejčastěji uváděny online vědecké databáze.

Tabulka 18. Otázka 4b

Odpověď	1	2	3	Počet respondentů
Elektronické bibliografické databáze	5	0	1	6
Tištěné publikace a periodika	0	6	0	6
Média	1	0	5	6

Všichni respondenti uvedli, že počet dostupných zdrojů týkajících se dané problematiky v ruském a kazašském jazyce je nedostatečný.

Tabulka 19. Otázka 5b

Odpověď	Počet respondentů	%
Ano	0	0%
Ne	6	100%
Nevím / nemám jednoznačný názor	0	0%
Celkem	6	100%

Převážná většina respondentů (83 %) by uvítala větší dostupnost informací týkajících se substituční léčby závislosti na opioidech.

Tabulka 20. Otázka 6b

Odpověď	Počet respondentů	%
Ano	5	83%
Ne	1	17%
Nevím / nemám jednoznačný názor	0	0%
Celkem	6	100%

Média byla nejčastěji označována jako zdroj informací, kterým nejvíce důvěřují.

Tabulka 21. Otázka 7b

Odpověď	1	2	3	Počet respondentů
Média	6	0	0	6
Články v recenzovaných časopisech	0	6	0	6
Nevím / nemám jednoznačný názor	0	0	6	6

Polovina respondentů poskytuje informace a zkušenosti zařízením, ve kterých zatím nebyla zavedena substituční terapie, 33 % uvedlo opak, a 1 respondent uvedl, že o to nebyl nikdy požádán.

Tabulka 22. Otázka 8b

Odpověď	Počet respondentů	%
Ano	3	50%
Ne	2	33%
Nikdy jsem o to nebyl požádán	1	17%
Celkem	6	100%

V otázce, zda by respondent uvítal přítomnost stážistů na pracovišti, se respondenti neshodli; každá možnost byla uvedena dvakrát.

Tabulka 24. Otázka 9b

Odpověď	Počet respondentů	%
Ano	2	33%
Ne	2	33%
Nevím / nemám jednoznačný názor	2	33%
Celkem	6	100%

Zařízení poskytující substituční terapii by podle této skupiny respondentů měla být umístěna tak, aby všichni uživatelé závislí na opioidech, kteří by se chtěli léčit metadonem, mohli tak učinit.

Tabulka 23. Otázka 10b

Odpověď	Počet respondentů	%
Zcela nesouhlasím	0	0%
Nesouhlasím	0	0%
Nevím	0	0%
Souhlasím	6	100%
Zcela souhlasím	0	0%
Celkem (Arit. průměr = 4)	6	100%

Jeden respondent zcela nesouhlasí s tím, že by délka užívání metadonu neměla být limitována. Zbylých 5 respondentů uvedlo, že s výrokem souhlasí.

Tabulka 25. Otázka 11b

Odpověď	Počet respondentů	%
Zcela nesouhlasím	1	17%
Nesouhlasím	0	0%
Nevím	0	0%
Souhlasím	5	83%
Zcela souhlasím	0	0%
Celkem (Arit. průměr = 4,3)	6	100%

Všichni respondenti do jisté míry (4,3) souhlasí s tím, že hlavním účelem léčby metadonem by mělo být snížení šíření HIV/AIDS a VHA/B.

Tabulka 26. Otázka 12b

Odpověď	Počet respondentů	%
Zcela nesouhlasím	0	0%
Nesouhlasím	0	0%
Nevím	0	0%
Souhlasím	4	67%
Zcela souhlasím	2	33%
Celkem (Arit. průměr = 4,3)	6	100%

S tvrzením, že je neetické zakazovat uživatelům závislým na opioidech užívat metadon, souhlasí s všichni respondenti.

Tabulka 27. Otázka 13b

Odpověď	Počet respondentů	%
Zcela nesouhlasím	0	0%
Nesouhlasím	0	0%
Nevím	0	0%
Souhlasím	6	100%
Zcela souhlasím	0	0%
Celkem (Arit. průměr = 4)	6	100%

Výrazný souhlas (4,83) vyjádřila tato skupina respondentů s výrokem o tom, že hlavním úkolem lékařů by měla být příprava pacienta substituční terapie k životu bez ilegálních drog.

Tabulka 28. Otázka 14b

Odpověď	Počet respondentů	%
Zcela nesouhlasím	0	0%
Nesouhlasím	0	0%
Nevím	0	0%
Souhlasím	1	17%
Zcela souhlasím	5	83%
Celkem (Arit. průměr = 4,83)	6	100%

Respondenti souhlasili (4,83) s tím, že metadon do značné míry snižuje riziko šíření infekčních onemocnění spojených s užíváním návykových látek, snižuje úroveň kriminality a poruchu sociální adaptace u uživatelů závislých na opioidech.

Tabulka 29. Otázka 15b

Odpověď	Počet respondentů	%
Zcela nesouhlasím	0	0%
Nesouhlasím	0	0%
Nevím	0	0%
Souhlasím	1	17%
Zcela souhlasím	5	83%
Celkem (Arit. průměr = 4,83)	6	100%

3.7.6. Postoje klíčových profesionálů k substituční terapii

V rámci studie byla oslovena ministryně zdravotnictví Republiky Kazachstán, paní Salidat Z. Kairbekova, a prezidentka Národní lékařské asociace, paní Ajžan B. Sadykovová, s cílem zjistit postoj a motivace „klíčových hráček“ v problematice zavádění a provádění OST v Kazachstánu.

Ministryni S. Z. Kairbekové byla položena následující otázka:

Jaký vývoj týkající se substituční léčby lze očekávat v blízké budoucnosti? A jak byste chtěla, aby se tato situace v Kazachstánu vyvíjela?

Odpověď S. Z. Kairbekové: *„V současné době se opioidní substituční terapie (dále jen - OST) ve velké míře používá v mnoha zemích Evropské unie, USA, Kanadě, Austrálii, Číně, Indii, Íránu a dalších zemích. Například v Evropské unii je léčba závislosti poskytována více než 1 mil. lidí ročně, včetně OST – 670 000 (tj. více než 60 % pacientů).*

V těch zemích, kde je léčba dobře dostupná, počet nových případů nákazy HIV mezi uživateli drog významně klesl a je téměř totožný s celkovým počtem uživatelů drog (např. Finsko, Norsko, Česká republika, Belgie, Švýcarsko, Holandsko, Dánsko, Austrálie).

Doporučuje se zavádět substituční terapii závislosti na opioidech jako součást balíčku služeb pro injekční uživatele drog, aby se zabránilo šíření infekce HIV, jedná se efektivní metodu léčby drogové závislosti založenou na vědeckých důkazech.“ WHO, UNODC, UNAIDS Programme Coordinating Board, Ekonomická a sociální rada OSN (ECOSOC).

V souvislosti s výše uvedeným, ministerstvo se rozhodlo realizovat pilotní projekt OST určený osobám závislým na opioidech.“

Paní A.B.Sadykovové byl odeslán dopis s více otázkami (v plném znění v Příloze 5). Nejprve se na prosbu odpovědět na dotazy ozvala paní N. Šadrinová, která odpovídá za vztahy s veřejností v asociaci, která je zároveň zástupkyní občanské organizace ostře vystupující proti zavádění metadonu. K pozici týkající se substituční terapie se dále nevyjádřila, odpověď byla obdržena pouze od prezidentky asociace.

Pozice byla popsána následovně:

„Co se týká substituční terapie, zastávám kategoricky negativní postoj, opírající se o podpisy tisíců lékařů i bývalých drogově závislých. Tento názor zastává také naše občanská organizace, jelikož jsme přesvědčeni, že drogová závislost se neléčí drogami. Přijed'te do Kazachstánu a seznamte se s lidmi, kteří se dostali z drogové závislosti i bez substituční terapie, a AIDS mezi nimi klesl i bez těchto preparátů.“

Hlavní narkolog Ministerstva zdravotnictví Nurlan Erežepov, ale uvádí, že mnozí z těch, kteří podepsali dopis prezidentovi, nejsou odborníky v oblasti léčby závislostí. Podle jeho slov tam jsou lidé, kteří mají velice málo zkušenosti v této oblasti či nemají žádné: profesor (ekonomicky zaměřené) univerzity „Turan“, prezident folklórně-etnografického centra, představitel diabetologické asociace, a náboženští představitelé (Burdin, 2011).

V dokumentu, na jehož tvorbě se prezidentka Národní lékařské asociace podílela (Sadykova et al., 2012), se např. uvádí, že metadon závislost ještě více prohlubuje a jeho užívání vede

pouze k přechodu k užívání ještě silnější návykové látky, než je heroin, a může způsobit i smrtelné následky. Podle tohoto dokumentu „zkreslování a nesprávné statistické údaje uvedené ve zprávách o průběhu pilotních projektů vedlo k vytvoření mylné představy o pozitivních důsledcích zavádění substituční terapie u vedení Ministerstva zdravotnictví Kazachstán.“

Sadykova et al. (2012) pak v práci odkazují na všechny 3 úmluvy OSN týkající se omamných a psychotropních látek a tvrdí, že import metadonu je jejich porušením. V práci se objevují odkazy na pochybné články (tzv. „Eurolab“). V práci z roku 2012 odkazuje na dnes zcela obsoletní práci Gossopa (1978), podle které nedošlo po nasazení OST k zlepšení sociálního statusu pacientů ani ke snížení kriminality.

Sadykova et al. (2012) ve své práci vyjadřují znepokojení ohledně vyjádření UNODC. To měla způsobit zejména standardní věta, že UNODC nenese žádnou zodpovědnost za interpretaci a užívání svých výukových a odborných materiálů včetně indikačních schémat substituční léčby. Autoři dále bez uvedení zdrojů tvrdí, že „bylo naplánováno“ nejprve ovlivnit odborníky v oblasti narkologie a psychiatrie, kteří však vyjádřili odpor v důsledku „uvědomění si rizika užívání metadonu“. Jak jsme zjistili ve speciální části této práce, výsledky provedeného dotazování mezi narkology napříč celým Kazachstánem toto tvrzení naprosto zpochybňují.

Také WHO, UNODC a UNAIDS (2004) uvádí opačné údaje než Sadykova et al. Tyto agentury OSN hodnotí substituční terapii jako jednu z nejefektivnějších možností léčby závislosti na opioidech. Také uvádějí, že substituční terapie může snížit úroveň kriminality. I další materiál WHO (2008) odkazuje na studie, jež jsou v ostrém rozporu s prací Sadykovové et al. a tvrzeními tam uvedenými – WHO dokládá, že substituční terapie je spojena se snížením užívání návykových látek, se snížením kriminality, snížením počtu úmrtí v důsledku předávkování a rizikového chování týkajícího se přenosu HIV.

Podle zástupkyně výše zmíněné občanské organizace ostře vystupující proti užívání metadonu (jež zároveň odpovídá za vztahy s veřejností v Národní lékařské asociace), Natalije Šadrinové dostávají zastánci substituční terapie za podporu zavádění substituční terapie v Kazachstánu finanční odměny. Uvádí, že za rok 2013 je to přes 4,5 mil tenge (490 000 Kč) na provádění seminářů, psaní článků a jiné formy podpory zavádění metadonu (Koemec, 2013). To má zřejmě zpochybnit jejich autoritu a zpochybnit jejich motivace.

4. DISKUZE

4.1. Omezení studie

Zásadním omezením je relativně nízká response (60 %) u skupiny lékařů z center, jež poskytují metadonovou léčbu. Nemáme k dispozici informace o skladbě tamního personálu, ale podezření vzbuzuje již nestandardní pohlavní distribuce – z 6 respondentů 5 žen a jen jeden muž – která nasvědčuje jistému biasu (systematické chybě), jehož vliv na výsledky ale nelze spolehlivě odhadnout.

V jednom případě byly hlášeny problémy s prohlížečem a s nefunkčností dotazníku; nelze vyloučit ani jiné obtíže technického rázu co do kvality internetového připojení a aktuálnosti software na straně potenciálních respondentů; to by zvyšovalo pravděpodobnost response u lékařů a lékařek-narkologů a narkoložek s lepším technickým zázemím a tedy i s lepší možností informovat se o problematice z mezinárodních zdrojů a databází.

Je možné, že u otázek, kde bylo možno seřadit odpovědi dle oblíbenosti, respondenti nevěděli, jak to mají učinit. Často totiž bylo pořadí odpovědí zachováno v nezměněné podobě. Existuje také jistá – byť nízká – pravděpodobnost, že někteří narkologové preferují kazašský jazyk, a proto se studie nezúčastnili. Z psychologického hlediska mohla k rozhodnutí o neúčasti ve výzkumu vést také nedůvěra a obavy ze zneužití výsledků dotazování. Dalším možným důvodem mohla být např. časová zaneprázdněnost, skepse vůči podobným dotazníkovým šetřením, atd.

Do výzkumu byly zařazeny pouze kompletně vyplněné dotazníky (27), ostatní (13) nebyly hodnoceny.

4.2. Využití výsledků studie

Přestože studie potvrdila některé již známé aspekty, uvedené v teoretické části práce, je třeba k ní přistupovat opatrně vzhledem k omezením, které byly uvedeny v předchozí části této práce. I v současné formě ale nabízí dostatek prostoru k úvahám o postupech, jak docílit vyšší efektivity a transparentnosti v otázkách týkajících se zavádění opioidové substituční terapie v Kazachstánu.

Je důležité čerpat převážně z vědeckých poznatků, jelikož věrohodnost informací uváděných v médiích bývá často na nízké úrovni. Někteří se zřetelně pomocí médií snaží oklamat veřejnost prostřednictvím podávání zavádějících informací, které dezinterpretují současný výzkum i metodické materiály organizací OSN, případně jim zcela odporují.

Podávání matoucích informací prostřednictvím médií může vyvolat nedůvěru mezi uživateli i jejich okolím. Rodič, který má starost o své dítě, by po přečtení zmíněných článků bez

možnosti získání jiných informací měl ještě větší obavy o život dítěte, než které zažívá ve spojitosti s jeho užíváním nelegálních návykových látek.

V Pavlodaru se uskutečnilo dvoudenní školení novinářů na téma „Média o otázkách týkajících se HIV infekce a OST“. Psát, aniž by měli dostatečné znalosti o tomto důležitém tématu, znamená mást čtenáře – a k tomu v řadě případů docházelo a dochází. Obyvatelé Pavlodaru například nacházejí ve svých poštovních schránkách letáky s různým obsahem. Jedním z nich je např. „Narkotizace Kazachstánu pod záminkou dobrého úmyslu“. V něm se píše, že metadon zabíjí rychleji, než heroin, a obsahuje výzvy typu „Řekněte ne metadonu“ (Apaeva, 2013).

Již v roce 2011 se objevovaly ohlasy rodin pacientů. Žena, jejíž syn i snacha jsou v programu substituční terapie, uvádí: „Moje děti – užívají 10 let, prošla jsem celou tou hrůzou, kterou rodiny takových lidí procházejí. Všechno, co jsme měli v našem domě, bylo prodáno. Syn se snažil spáchat sebevraždu. Děti zkoušely všechny kliniky, nikdo nedokázal pomoci, i když tam za léčbu požadovali spoustu peněz. Rozhodnutí účastnit se pilotního projektu učinily děti samotné. Metadon dostávají každý den. V jejich životě se všechno srovnalo, stali se dobrými rodiči, snacha už přes rok pracuje. Nyní mám velké obavy z toho, že pilotní program bude ukončen.“ (Burdin, 2011)

Také v poslední době se více objevují hlasy pacientů, což by mohlo být dobrým znamením pro vývoj situace týkající se substituční terapie. Lze zde odkázat např. na článek z dubna 2014 (Petrova, 2014), ve kterém jsou uvedeny rozhovory s pacienty v substituční terapii:

Alexej, 30 let, infikovaný HIV: „Užíval jsem 14 let. Během této doby jsem byl několikrát ve VTOS, prošel jsem mnoha rehabilitačními centry, ale nic nepomáhalo, i když jsem si moc přál být vyléčen. V programu OST jsem již rok. Zcela jsem změnil své sociální kruhy. Příbuzní se ke mně začali chovat jinak, našel jsem si práci. Zatím jsem sice neprestal užívat metadon, rozhodně bych ale chtěl v budoucnu přestat užívat úplně. Víím, že metadon je návyková látka, ale je to přece jen více lék, uklidňuje mě. A dává šanci začít nový život. Vííte, co mě nejvíc překvapuje? Že o (ne)užitku tohoto programu se často pouštějí do sporů lidé, kteří mají k této problematice daleko. Nevědí, co prožíváme, jak žijeme. Tito lidé něco viděli či slyšeli od okolí. Ale zeptali se nás? Určitě jsme „pro“ metadon. Dal nám šanci. A chceme ji využít.“

Ivan, 40 let: „Mám HIV. Jednou jsem se prostě zamyslel, jak žít dál: s drogami, páčáním trestné činnosti? Půlku svého života jsem strávil ve vězení. Před rokem jsem se rozhodl všechno změnit. O programu jsem se dozvěděl od známých a rozhodl jsem se přijít. Od té doby jsem mnohem vyrovnanější, než dříve. Ráno se v klidu probudím, jdu sem, piju metadon, a jdu zpátky. Během dne sedím doma, málo s kým komunikuji. Skoro všichni moji přátelé už zemřeli. Nepracuji, protože zdravotně jsem na tom velice špatně. Dostávám antiretrovirovou léčbu, navíc mám tuberkulózu. Přežít pomáhají rodiče. V budoucnu se budu snažit snížit dávku metadonu, kdy se to stane, zatím nemohu říct.“

Oksana, 7 let užívala drogy nitrožilně: „V programu jsem dva roky. Často s námi provádějí průzkumy, besedy, kontrolují, dělají vyšetření. Kontrola je velmi přísná, abychom neužívali něco navíc. Ani nic dalšího užívat nepotřebujeme. Nyní mám strach, že vypadneme z programu, protože jsme viděli jiný, normální život a nechceme o něj přijít.“

Nikdo neočekává, že psychiatr odejme pacientům trpícím depresí jejich antidepresiva. Stejně tak by nikdo neměl žádat po pacientech substituční léčby, aby přestali užívat léky, které zlepšují kvalitu jejich života (Verster & Buning, 2003).

Metadon nepůsobí na tělo hůř, než heroin. Obě látky mohou být nebezpečné v případě, že dochází k jejich užívání v nadměrných dávkách. Totéž lze ale říct i např. o aspirinu či nadměrném příjmu potravy. Metadon je bezpečnější než heroin, který je k dostání na ulici. Jedná se o legálně předepisovanou látku užívanou perorálně (Drug Policy Alliance, 2006).

Substituční léčba je účinná pro jednotlivé pacienty i pro společnost s ohledem na celou veřejnost, veřejné zdraví a výdaje. Pomáhá pacientovi zůstat naživu, vyměnit nečisté nelegální látky za farmaceutické léky o čisté kvalitě, změnit způsob užívání drog, zejména přejít od injekčního užívání na méně škodlivé způsoby (Verster & Buning, 2003).

Bylo by potřeba vynaložit značné úsilí, aby množství relevantních podkladů založených na důkazech a ve formě přístupné i laikům přesahovalo množství nekorektních informací, kolujících na internetu. Bylo by na místě se o to alespoň pokusit, a tím zvýšit pravděpodobnost, že se čtenář dostane k informaci interpretující vědecké poznatky. Doporučuji zmapovat schopnost lékařů vyhledávat a vhodně pracovat s vědeckými informacemi, zaměřit se na postgraduální výuku lékařů i studentů lékařských fakult. Mohlo by se jednat např. o vzdělávací aktivity týkající se substituční terapie nebo předměty zaměřené na práci s vědeckými informacemi. Pro studenty lékařských fakult by bylo vhodné zařadit předměty věnující se této problematice. V této souvislosti by bylo vhodné se zaměřit i na jiné cílové skupiny, např. na příslušníky policie nebo novináře.

Lékaři by také měli dostávat podporu ze strany ostatních odborníků, kteří mají zkušenost s poskytováním substituční terapie, jelikož mají společný cíl – pomáhat uživatelům návykových látek v jejich cestě k uzdravení. Lze přemýšlet o možnostech zlepšení sdílení informací mezi odborníky, např. formou několikadenních stáží na pracovištích, atd.

Dalším problémem, který se vyskytuje v souvislosti s poskytováním substituční terapie, je administrativně náročný, nestandardní import metadonu do země.

V terénní rovině představují značnou bariéru pro vstup do léčby administrativní (spíše než medicínské, na důkazech založené) požadavky na pacienty, podmiňující jejich přijetí do programu. Jak uvádějí Dvoryak a Karazhanova (2013), požadavek prokázat potvrzení o 2-3 předchozích neúspěšných pokusech o léčbu je překážkou při zařazování nových pacientů do léčby a tím i snižování rizika nákazy HIV a dalších negativních důsledků užívání nelegálních opiátů (v Kazachstánu kromě heroínu jde také o injekčně užívané acetylované opium a deso/morfín („krokodil“), případně syntetických opioidů (buprenorfin, fentanyl a další).

5. ZÁVĚRY

Výzkum identifikoval následující příležitosti pro zlepšení kvality poskytování substituční terapie:

- upřednostňovat poznatky a sestavit veřejně přístupnou specializovanou online národní databázi vědecky doložených poznatků v obou úředních jazycích (ruština a kazaština);
- poskytnout lékařům lepší dostupnost těchto informací v ruském a kazašském jazyce i v neelektronické podobě, například v podobě pravidelné rubriky ve specializovaném národním časopise *Otázky narkologie (Вопросы наркологии)*;
- pořádat vzdělávací akce pro lékaře a umožnit jejich co nejvyššímu počtu absolvování stáží na pracovištích poskytujících substituční terapii;
- ve vyšší míře žádat zkušené zahraniční odborníky, aby podporovali nová i stávající centra substituční terapie;
- zařadit relevantní předměty do učebních programů zdravotníků;
- vypracovat a implementovat účinnou mediální strategii, která by vědecké poznatky o individuální i společenské prospěšnosti opioidové substituční terapie srozumitelně šířila ve veřejnosti i mezi odborníky jiných specializací;
- učinit import metadonu méně komplikovaným, a to především formou jeho registrace v lékopisu Republiky Kazachstán a následným transparentním výběrovým řízením na jeho dodávky, např. poskytovat přesnější informace týkající se cen;
- zjednodušit vstupní požadavky na klienty, které vytvářejí neadekvátně vysoký práh pro vstup pro léčení a nejsou ve shodě s vědeckými poznatky o efektivní a ekonomické substituční léčbě opioidy.

6. ODKAZY

About methadone and buprenorphine [O metadonu a buprenorfinu]. (2 ed.). (2006). Drug Policy Alliance.

Абылгазин, К. (2012, January 13). В Казахстане под видом лекарства продвигают сильный наркотик [V Kazachstánu pod záminkou léku protlačují tvrdé drogy]. Retrieved May 18, 2014, from <http://www.zonakz.net/articles/42694>

Агентство Республики Казахстан по статистике [Statistická agentura Republiky Kazachstán]. (2014). Retrieved May 18, 2014, from <http://www.stat.gov.kz>

Ali, R. (2010). Pharmacological treatment [Farmakologická léčba]. *Atlas on substance use (2010): resources for the prevention and treatment of substance use disorders*. World Health Organization.

Апаева, Р. (2013, October 10). Вымысел о метадоне не уместен [Výmysl o metadonu je nemístný]. Retrieved May 18, 2014, from <http://depzdrav.gov.kz/journal/view/12/2889>

Baharom, N., Hassan, M. R., Ali, N., & Shah, S. A. (2012). Improvement of quality of life following 6 months of methadone maintenance therapy in Malaysia [Zlepšení kvality života po 6 měsících udržovací léčby metadonem v Malajsii]. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 7, 32. doi:10.1186/1747-597X-7-32

Bart, G. (2012). Maintenance Medication for Opiate Addiction: The Foundation of Recovery [Udržovací léčba závislosti na opiátech: základ pro zotavení]. *Journal of Addictive Diseases*, 31(3), 207–225. doi:10.1080/10550887.2012.694598

Bilban, M., Kastelic, A., & Zaletel-Kragelj, L. (2008). Ability to work and employability of patients in opioid substitution treatment programs in Slovenia [Schopnost pracovat a zaměstnatelnost pacientů v programech substituční léčby ve Slovinsku]. *Croatian Medical Journal*, 49(6), 842–852.

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]. ICAP.

Бурдин, В. (2011, March 19). Остановить пилотный проект по лечению наркозависимых препаратом заместительной терапии - метадонем? [Ukončit pilotní projekt pro léčbu závislých na návykových látkách metadonem?]. Retrieved May 18, 2014, from <http://med.zakon.kz/kazakhstan/205582-ostanovit-pilotnyjj-proekt-po-lecheniju.html>

- Caplehorn, J. (1996). Methadone Staff Attitudes Questionnaire [Dotazník pro zjištění postojů personálu poskytujícího metadonovou terapii]. In *Addiction Treatment Forum*. Retrieved April 4, 2014, from http://atforum.com/SiteRoot/pages/current_pastissues/stafsurv.shtml
- Connock, M., Juarez-Garcia, A., Jowett, S., Frew, E., Liu, Z., Taylor, R. J., ... Taylor, R. S. (2007). Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence: a systematic review and economic evaluation [Metadon a buprenorfin pro léčbu závislosti na opiátech: systematický přehled a ekonomická evaluace]. *Health Technology Assessment (Winchester, England)*, 11(9), 1–171, iii–iv.
- DAMOS / CADAP 5. (2013). The Regional Report on the Drug Situation in Central Asia [Regionální zpráva o stavu ve věcech drog ve Střední Asii]. (T. Zabransky & V. Mravcik Eds. 1st ed.). Prague: ResAd.
- Dole VP, Nyswander M. A medical treatment for diacetyl-morphine (heroin) addiction: a clinical trial with methadone hydrochloride [Léčba závislosti na diacetylmorfínu (heroínu): klinická studie o metadon hydrochloridu]. *JAMA*. 1965; 193:646-50. (pubmed)
- 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]. Министерство здравоохранения Республики Казахстан.
- Elovich, R., & Drucker, E. (2008). On drug treatment and social control: Russian narcology's great leap backwards [Léčba drogové závislosti a sociální kontrola: velký skok zpět ruské narkologie]. *Harm Reduction Journal*, 5, 23. doi:10.1186/1477-7517-5-23
- EMCDDA (2010, November 10). Annual report 2010: the state of the drugs problem in Europe [Výroční zpráva za rok 2010: stav ve věcech drog v Evropě]. Retrieved July 7, 2014, from <http://www.emcdda.europa.eu/online/annual-report/2010/opioids/5>
- Erezhepov, N., & Karazhanova, A. (2010). *Применение поддерживающей терапии агонистами опиатных рецепторов в наркологической практике Республики Казахстан: Методические рекомендации* [Aplikace opioidní substituční terapie v narkologické praxi Kazachstánu: Metodické pokyny].
- Evidence for action on HIV/AIDS and injecting drug use Policy brief: reduction of HIV transmission through drug-dependence treatment [Evidence k opatřením v oblasti HIV/AIDS a injekčního užívání drog, přehled: snižování přenosu HIV prostřednictvím léčby drogové závislosti]. (2004). World Health organization. Retrieved from http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/reduc_HIV_trans_drug_dep_treat_eng.pdf
- Gafarova, N., Musabekova, Zh., & Primenko, T. (2013). *Аналитический отчет «Мониторинг наркологической ситуации в Республике Казахстан за 2012 год»* [Analytická zpráva: Monitoring narkologické situace v Kazachstánu v roce 2012]. Retrieved from Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании website: <http://www.npc.kz/biblioteka/analiticheskie-otchety-i-statsborniki>

Golunov, S. (2007). *Drug Trafficking Through the Russia Kazakhstan Border* [Obchodování s drogami přes rusko - kazachstánské hranice]. In Hisao, K., Tomohiko, U., Norihiro, N., Dikovitskaya, M., Khalid, A., Koigeldiev, M., & Guchinova, E., *Empire, Islam, and Politics in Central Eurasia* (14th ed., pp. 331-349). Sapporo, Japan: Slavic Research Center (SRC). Retrieved March 31, 2014

Гражданская комиссия по правам человека [Občanská komise za lidská práva]. (2013, February). Наркотизация Казахстана под благовидным предлогом [Narkotizace Kazachstánu pod záminkou dobrého úmyslu]. In *Гражданская комиссия по правам человека*. Retrieved March 31, 2014, from <http://cchr.kz/wp-content/uploads/Narkotizatsiya-Kazahstana-pod-blagovidnyim-predlogom-2.pdf>

Herget, G. (2005, December 1). Methadone and buprenorphine added to the WHO list of essential medicines [Metadon a buprenorfin zařazeny do Seznamu základních léčiv WHO]. *HIV AIDS Policy Law Review*, 3, 23-24.

Chou, Y.-C., Shih, S.-F., Tsai, W.-D., Li, C. R., Xu, K., & Lee, T. S.-H. (2013). Improvement of quality of life in methadone treatment patients in northern Taiwan: a follow-up study [Zlepšení kvality života u pacientů metadonové léčby v severním Tchajvanu: follow-up studie]. *BMC Psychiatry*, 13, 190. doi:10.1186/1471-244X-13-190

Коемес, Е. (2013, October 25). Кто дает метадону „зеленый свет“? [Kdo dává metadonu „zelenou“?]. *Газета «Караван»*. Retrieved from <http://www.caravan.kz/article/70585/comment>

Колесников, А. (2011, February 10). Метадон – это волк в шкуре ягненка [Metadon – vlk v rouše beránčím]. Retrieved May 18, 2014, from <http://www.respublika-kz.info/news/society/13101/>

Latypov, A. B. (2011). *The Soviet doctor and the treatment of drug addiction: "A difficult and most ungracious task"* [Советский lékař a léčba drogové závislosti: "obtížný a nevděčný úkol"]. *Harm Reduct J*, 8, 32. doi: 10.1186/1477-7517-8-32

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 [Globální epidemiologie injekčního užívání drog a HIV mezi lidmi, kteří injekčně drogy: systematický přehled]. *Lancet*, 372(9651), 1733-1745.

Melnik, L. (2013, June 1). Смертельная терапия? [Smrtelná terapie?]. In *Страна и мир*. Retrieved March 31, 2014, from <http://www.sim.kz/articles/view/23429>

Метадон. Метадоновая терапия. Психическая и физическая зависимость. Абстинентный синдром [Metadon. Substituční léčba metadonem. Psychická a fyzická závislost. Abstinenční syndrom]. (n.d.). *Eurolab*. Retrieved from <http://www.eurolab.ua/encyclopedia/narcology/9029/>

Metzger, D. S., & Zhang, Y. (2010). Drug treatment as HIV prevention: expanding treatment options [Farmakologická léčba jako prevence HIV: rozšíření možností léčby]. *Current HIV/AIDS Reports*, 7(4), 220–225. doi:10.1007/s11904-010-0059-z

Modesto-Lowe, V., Brooks, D., & Petry, N. (2010). Methadone deaths: risk factors in pain and addicted populations [Úmrtí související s metadonem: rizikové faktory u populace s bolestí a u závislých]. *Journal of General Internal Medicine*, 25(4), 305–309. doi:10.1007/s11606-009-1225-0

National opioid pharmacotherapy statistics annual data collection 2012 [Národní statistiky opioidní farmakoterapie - data za rok 2012] (2013). Canberra: Australian Institute of Health and Welfare.

Newman, R. G. (n.d.). Zemřel vynálezce metadonové substituční léčby dr. Vincent P. Dole. Retrieved May 18, 2014, from http://txt.www.drogy-info.cz/index.php/info/monitor/zahranicni_media/zemrel_vynalezce_metadonove_lecby

Nunn, A., & Rich, J. (2012). Commentary on Boyd et al: Debunking Myths about Methadone and Crime [Komentář k Boyd et al: Vyvrácení mýtů o metadonu a trestné činnosti]. *Addiction (Abingdon, England)*, 107(9), 1639–1640. doi:10.1111/j.1360-0443.2012.03960.x

Обзор страновой ситуации: Казахстан [Přehled situace v zemi: Kazachstán]. (n.d.). European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Retrieved May 18, 2014, from <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index211516RU.html>

Официальная блог-платформа руководителей государственных органов Республики Казахстан [Oficiální blog představitelů státních orgánů Republiky Kazachstán]. (2014, April 16). Retrieved May 18, 2014, from http://blogs.egov.kz/ru/blogs/kairbekova_s/questions/254953

Petersen, Z., Myers, B., van Hout, M.-C., Pluddemann, A., & Parry, C. (2013). Availability of HIV prevention and treatment services for people who inject drugs: findings from 21 countries [Dostupnost služeb pro prevenci a léčbu HIV pro injekční uživatele drog: nálezy v 21 zemích]. *Harm Reduction Journal*, 10, 13. doi:10.1186/1477-7517-10-13

Petke, Z., Csorba, J., Meszaros, J., Vingender, I., Farkas, J., Demetrovics, Z., ... Racz, J. (2012). Changes in psychosocial symptoms of opiate users over six months with buprenorphine/naloxone substitution therapy [Změny psychosociálních symptomů uživatelů opiátů v průběhu šesti měsíců v buprenorfinové / naloxonové substituční terapii]. *Neuropsychopharmacologia Hungarica: a Magyar Pszichofarmakológiai Egyesület lapja = official journal of the Hungarian Association of Psychopharmacology*, 14(1), 7–17.

Петрова, Л. (2014, April 3). Жизнь под метадонем: на темной стороне [Život s metadonem: na temné straně]. Retrieved May 18, 2014, from <http://depzdrav.gov.kz/journal/view/12/2889>

Reimer, J., Haasen, Ch. (2010). Přehled účinnosti intervencí protidrogové léčby v Evropě. Úřad vlády České republiky, str. 97.

Sadykova A.B, Saitbekov A.M, Shadrina N.N, & Mukayev S.B (2012). *Некоторые аспекты лоббирования применения метадона в Казахстане* [Vybrané aspekty lobbování za používání metadonu v Kazachstánu].

- Schulte, B., Schmidt, C. S., Kuhnigk, O., Schafer, I., Fischer, B., Wedemeyer, H., & Reimer, J. (2013). Structural barriers in the context of opiate substitution treatment in Germany - a survey among physicians in primary care [Strukturální překážky v souvislosti s poskytováním opiátové substituční léčby v Německu - průzkum mezi lékaři primární péče]. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 8, 26. doi:10.1186/1747-597X-8-26
- Schulte, B., Thane, K., Rehm, J., Uchtenhagen, A., Stöver, H., Degkwitz, P., Tetrault, J. M., & Fiellin, D. A. (2012). Current and Potential Pharmacological Treatment Options for Maintenance Therapy in Opioid-Dependent Individuals [Současné a potenciální možnosti farmakologické léčby pro udržovací léčbu osob závislých na opioidech]. *Drugs*, 72(2), 217–228. doi:10.2165/11597520-000000000-00000
- Soldiers, Hippies And Richard Nixon – An American History Of Methadone [Vojáci, hippies a Richard Nixon – americká historie metadonu]. (n.d.). CRC Health Group. Retrieved May 18, 2014, from http://www.crchealth.com/addiction/heroin-addiction-treatment/heroin-detox/history_methadone/
- Těmínová, M. R. (2008). Systém péče a jeho složky. In K. Kalina (Ed.), *Základy klinické adiktologie* (str. 369–385). Praha: Grada Publishing.
- Uhlmann, S., Milloy, M.-J., Kerr, T., Zhang, R., Guillemi, S., Marsh, D., ... Wood, E. (2010). Methadone maintenance therapy promotes initiation of antiretroviral therapy among injection drug users [Udržovací léčba metadonem podporuje iniciaci antiretrovirové léčby mezi injekčními uživateli drog]. *Addiction (Abingdon, England)*, 105(5), 907–913. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.02905.x
- UNODC, & UNAIDS (2009, September). Methadone Treatment in Hong Kong: History, Strategy and Results [Léčba metadonem v Hong Kongu: Historie, strategie a výsledky]. *Experiences from the AIDS Response in China* No. 1.
- Verster, A., & Buning, E. (2003). *Informace pro tvůrce drogové politiky o účinnosti substituční léčby závislosti na opiátech* (1. vyd. v českém jazyce ed.). Praha: Úřad vlády ČR.
- WHO, INCB, & UNODC (2009). *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence* [Pokyny pro poskytování psychosociálně asistované farmakologické léčby závislosti na opioidech]. Geneva: World Health Organization.
- WHO, UNODC, UNAIDS. (2004) WHO/UNODC/UNAIDS position paper. Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention [Stanovisko WHO UNODC / UNAIDS. Substituční udržovací terapie v léčbě závislosti na opioidech a prevenci HIV / AIDS]. World Health Organization. 36 p.
- WHO; UNICEF; UNAIDS (2013). *Global AIDS response progress reporting 2013: Construction of Core Indicators for monitoring the 2011 UN Political Declaration on HIV/AIDS* [Pokyny pro podávání zpráv o pokroku globální reakce na AIDS v roce 2011].

7. PŘÍLOHY

Příloha 1. Úvodní informace spolu s popisem účelu dotazníkového šetření (použité pro oba dotazníky)

Добрый день!

Меня зовут Ольга Чечелева, я студентка факультета адиктологии Карлова Университета в Праге. Результаты этого анкетирования, касающегося опиоидной заместительной терапии (*далее ОЗТ*), я хотела бы использовать для моей бакалаврской работы. Данная анкета адресована врачам - наркологам и займет у Вас немного времени. Анонимность гарантирована. После заполнения анкеты нажмите на изображенную кнопку со стрелками, в противном случае информация сотрётся. Заранее Вас благодарю за выполнение анкеты.

Пříloha 2. Dotazník 1

Укажите свой пол:

М

Ж

Выберите специализацию:

врач-нарколог

другая (напишите):

1. Считаете ли Вы необходимым введение ОЗТ в Вашем учреждении?

(Выберите один из вариантов).

Да

Нет

Не знаю / Не имею конкретного мнения по этому вопросу

2. Какие последствия бы по Вашему мнению могло иметь распространение применения ОЗТ в других медицинских учреждениях в Казахстане?

(Можно выбрать несколько ответов одновременно).

общее улучшение ситуации, касающейся проблем с наркотиками в Казахстане

общее ухудшение ситуации, касающейся проблем с наркотиками в Казахстане

улучшение специализированной помощи зависимым от опиоидов

ухудшение специализированной помощи зависимым от опиоидов

повышение нелегального распространения наркотиков

снижение нелегального распространения наркотиков

повышенный спрос на специализированную наркологическую помощь

пониженный спрос на специализированную наркологическую помощь

другое (напишите):

3. Что бы по Вашему мнению могло быть "камнем преткновения" при введении ОЗТ, служащей к реализации Государственной программы "Саламатты Казахстан"?

(Можно выбрать несколько ответов одновременно).

- трудности, связанные с импортом метадона (отсутствие официальной регистрации)
- активное неприятие со стороны различных групп, включая медицинских работников и общественные организации
- недостаток опытных специалистов, которые бы оказывали поддержку вновь организованным и уже работающим пунктам ОЗТ
- недостаточная заинтересованность со стороны специалистов
- необходимость включения темы ОЗТ в учебные планы медицинских институтов
- высокие требования к пациентам
- негативное отношение к ОЗТ в СМИ
- другое (напишите):

4. Из каких источников преимущественно получаете информацию о ОЗТ?

(Распределите по степени важности от 1 до 3)

библиографические базы данных	1
печатные издания	2
СМИ	3

5. Считаете ли количество источников информации, касающейся данной проблематики на русском и казахском языке достаточным?

(Выберите один из вариантов).

- Да
- Нет
- Не знаю / Не имею конкретного мнения по этому вопросу

6. Вы бы приветствовали лучшую доступность информации, касающейся ОЗТ?

(Выберите один из вариантов).

- Да
- Нет
- Не знаю / Не имею конкретного мнения по этому вопросу

7. Доверяете ли Вы информации в СМИ?

(Выберите один из вариантов).

- Да
- Нет
- Не знаю / Не имею конкретного мнения по этому вопросу

8. Вы бы приветствовали большее количество научно обоснованной информации на русском и казахском языке?

(Выберите один из вариантов).

- Да
- Нет
- Не знаю / Не имею конкретного мнения по этому вопросу

9. Вы получаете информацию о ходе реализации программ от пунктов ОЗТ?

(Выберите один из вариантов).

- Да
- Нет

10. Вы бы приветствовали возможность стажировки в пунктах ОЗТ?

(Выберите один из вариантов).

- Да
- Нет
- Не знаю / Не имею конкретного мнения по этому вопросу

Пříлоha 3. Dotazník 2

Укажите свой пол:

- М
 Ж

Выберите специализацию:

- врач-нарколог
 другая (напишите):

Как долго Вы работаете в ОЗТ?

- (в месяцах):

1. Как бы Вы оценили процесс введения ОЗТ в Вашем учреждении?

(Выберите один из вариантов).

- введение ОЗТ реализовалось без особых затруднений
 реализацию сопровождали трудности
 Не знаю / Не имею конкретного мнения по этому вопросу

2. Чему способствует или будет способствовать введение заместительной терапии опиоидной зависимости в Вашем учреждении?

(Можно выбрать несколько ответов одновременно).

- общее улучшение ситуации, касающейся проблем с наркотиками в Казахстане
 общее ухудшение ситуации, касающейся проблем с наркотиками в Казахстане
 улучшение специализированной помощи зависимым от опиоидов
 ухудшение специализированной помощи зависимым от опиоидов
 повышение нелегального распространения наркотиков
 снижение нелегального распространения наркотиков
 повышенный спрос на специализированную наркологическую помощь
 пониженный спрос на специализированную наркологическую помощь
 другое (напишите):

3. Что было в Вашем случае "камнем преткновения" в процессе введения ОЗТ?

(Можно выбрать несколько ответов одновременно).

- трудности, связанные с импортом метадона (отсутствие официальной регистрации)
- активное неприятие со стороны различных групп, включая медицинских работников и общественные организации
- недостаток опытных специалистов, которые бы оказывали поддержку вновь организованным и уже работающим пунктам ОЗТ
- недостаточная заинтересованность со стороны специалистов
- необходимость включения темы ОЗТ в учебные планы медицинских институтов
- слишком высокие требования к пациентам
- негативное отношение к ОЗТ в СМИ
- другое (напишите):

4. Из каких источников преимущественно углубляете знания о ОЗТ?

(Распределите по степени важности от 1 до 3)

электронные библиографические базы данных	1
печатные издания	2
СМИ	3

5. Считаете ли количество источников информации, касающейся данной проблематики на русском и казахском языке достаточным?

(Выберите один из вариантов).

- Да
- Нет
- Не знаю / Не имею конкретного мнения по этому вопросу

6. Вы бы приветствовали лучшую доступность информации, касающейся ОЗТ?

(Выберите один из вариантов).

- Да
- Нет
- Не знаю / Не имею конкретного мнения по этому вопросу

7. Каким источникам информации Вы наиболее доверяете?

(Распределите по степени важности от 1 до 3)

СМИ	1
научные статьи в рецензируемых журналах	2
Не знаю / Не имею конкретного мнения по этому вопросу	3

8. Делитесь ли Вы опытом с учреждениями, в которых до сих пор не реализована ОЗТ?

(Выберите один из вариантов).

- Да
- Нет
- С такой просьбой ко мне не обращались

9. Пункты ОЗТ должны быть размещены таким образом, чтобы все зависимые на опиоидах, которые желают получать лечение метадона, могли бы получать его.

- Категорически не согласен/на
- Не одобряю
- Не знаю
- Одобряю
- Полностью одобряю

10. Вы бы приветствовали присутствие стажеров в Вашем пункте ОЗТ, которые бы были заинтересованы в заведении ОЗТ?

(Выберите один из вариантов).

- Да
- Нет
- Не знаю / Не имею конкретного мнения по этому вопросу

11. Не должно быть ограничений в длительности применения метадона.

- Категорически не согласен/на
- Не одобряю
- Не знаю
- Одобряю
- Полностью одобряю

12. Прекращение распространения ВИЧ / СПИДа и гепатита В и С должно быть основной целью лечения метадон.

- Категорически не согласен/на
- Не одобряю
- Не знаю
- Одобряю
- Полностью одобряю

13. Неэтично запрещать зависимым на опиоидах применять метадон.

- Категорически не согласен/на
- Не одобряю
- Не знаю
- Одобряю
- Полностью одобряю

14. Основной ролью врачей является подготовка пациентов ОЗТ к жизни без наркотиков.

- Категорически не согласен/на
- Не одобряю
- Не знаю
- Одобряю
- Полностью одобряю

15. Метадон значительно снижает риск распространения опасных заболеваний, связанных с употреблением наркотиков, нарушение социальной адаптации, а также снижает уровень преступности среди опиоиднозависимых.

- Категорически не согласен/на
- Не одобряю
- Не знаю
- Одобряю
- Полностью одобряю

Пříloha 4. Seznam narkologických center v Kazachstánu

№	Наркологические организации РК	Наличие сайта ОЗТ	Кол-во пациентов на сайте на 1.01.14
1	ГКП «Областной наркологический реабилитационный центр» г. Кокчетав, Акмолинской области	-	
2	ГКП «Актюбинский областной наркологический диспансер», г. Актобе	+	20
3	Областной наркологический диспансер г. Талдыкорган, Алматинской обл.	-	
4	КГКП «Областной наркологический диспансер» г. Атырау, Атырауской обл.	-	
5	КГКП «Восточно-Казахстанский областной наркологический диспансер», г. Усть-Каменогорск	+	33
6	КГП на ПХВ «Наркологический диспансер г. Семей», Восточно-Казахстанской области	+	13
7	ГКК на ПХВ «Жамбылский областной наркологический диспансер», г. Тараз	+	12
8	ГККП «Областной наркологический диспансер» г. Уральск Западно-Казахстанской обл.	+	17
9	КГП на ПХВ «Областной наркологический диспансер» Карагандинской области, г. Караганда	+(2сайта)	г. Караганда – 7, г. Темиртау - 32
10	ГКП «Костанайский областной наркологический диспансер», г. Костанай	+	18
11	ГККП «Областной наркологический центр» г. Кызылорда Кызылординской обл.	-	
12	ГКП «Областной наркологический диспансер» г. Актау, Мангыстауской обл.	-	
13	ГКП «Павлодарский областной центр по профилактике и лечению зависимых заболеваний», г. Павлодар	+(2 сайта)	г. Павлодар – 43, г. Экибастуз - 16
14	КГК «Областной наркологический центр» г. Петропавловск, Северо-Казахстанской обл.	-	
15	ГККП «Областной наркологический диспансер», г. Шымкент, Южно-Казахстанской обл.	-	
16	ГКП «Центр медико-социальной реабилитации» г. Астана	-	
17	ГККП «Городской наркологический центр медико-социальной коррекции» г. Алматы	-	

Пříloha 5. Dopis prezidentce Národní lékařské asociace Kazachstánu

*Президенту Национальной
медицинской ассоциации РК
Садыковой Айжан Бегайдаровне*

Тема: Опиоидная заместительная терапия в Казахстане

Уважаемая Айжан Бегайдаровна!

Благодарю за Ваш ответ. Я студентка факультета адиктологии Карлова Университета, который посвящает свою деятельность проблематике, связанной с наркоманией. Как я сообщила ранее, я пишу бакалаврскую работу о заместительной терапии опиоидной зависимости в Казахстане. Я думаю, что это актуальная проблематика и поэтому посвятила свою работу этой теме. В этой стране я также родилась и жила, что является еще одной причиной почему меня интересует то, что происходит в Казахстане.

По всем вопросам, касающимся бакалаврской работы, я консультируюсь с доктором Забранским - преподавателем на нашем факультете, который сотрудничает в области адиктологии / наркологии также в Казахстане в контексте развития научно-исследовательских проектов Организации Объединенных Наций и Европейского Союза. Вы являетесь одним из ключевых экспертов и Ваше мнение очень важно для нас .

Вопросы, на которые я хотела бы узнать Ваше мнение, посылаю ниже. Надеюсь, что наше сотрудничество будет успешным и поможет лучше понять эту проблематику. Заранее благодарю за выполнение.

Считаете ли Вы необходимым введение заместительной терапии опиоидной зависимости в Казахстане?

Какие последствия по Вашему мнению вызвало бы распространение заместительной терапии опиоидной зависимости в других областях Казахстана?

Каково на Ваш взгляд мнение большинства врачей в Казахстане на внедрение заместительной терапии опиоидной зависимости?

Считаете ли Вы заместительную терапию опиоидной зависимости опасной?

Каковы по Вашему мнению преимущества заместительной терапии опиоидной зависимости?

Что является основной причиной для внедрения заместительной терапии в Казахстане?

*Имеет ли заместительная терапия влияние на уровень преступности?
Есть ли на Ваш взгляд альтернатива заместительной терапии опиоидной зависимости?*

Кто является главным сторонником введения заместительной терапии в Казахстане?

Какое развитие в отношении заместительной терапии опиоидной зависимости ожидаете в ближайшем будущем?

Как бы Вы хотели, чтобы в дальнейшем развивалась ситуация, касающаяся заместительной терапии опиоидной зависимости?

Также указываю свои контактные данные:

моб. телефон в Чехии : +420 608 335 593
В Италии : +39 342 1753861

адрес электронной почты: ceceleva@gmail.com
ceceleva@yahoo.com

С уважением

Ольга Чечелева



В Праге 24 февраля 2014