

Západočeská univerzita v Plzni

FAKULTA PEDAGOGICKÁ

KATEDRA PEDAGOGIKY

**KVALITA ŽIVOTA KLIENTŮ SUBSTITUČNÍHO CENTRA V
PLZNI**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Kateřina Bodanská

Sociální práce

Vedoucí práce: Doc. PaedDr. Marie Kocurová, Ph.D.

Plzeň, 2013

Poděkování

Chtěla bych v první řadě poděkovat vedoucí práce paní Doc. PaedDr. Marii Kocurové PhD. za vedení práce a poskytnutí odborných konzultací. Dále bych chtěla poděkovat panu PhDr. Petru Hrouzkovi, PhD., který mi poskytl dotazník SEIQoL-DW a cenné odborné rady v oblasti adiktologie a také vedoucí Substitučního centra paní Mgr. Markétě Acrmannové, která mi umožnila tento výzkum provádět. V neposlední řadě patří mé poděkování i celé mé rodině za psychickou podporu při tvorbě bakalářské práce.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a zdrojů informací.

Plzeň, 23. 3. 2013

.....
vlastnoruční podpis

OBSAH	
1	ÚVOD.....1
2	PROBLEMATIKA ŠKODLIVÉHO UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOSTI NA OPIOIDECH3
2.1	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ3
2.2	ZÁVISLOST.....3
2.3	ODVYKACÍ STAV.....4
2.4	OPIOIDY A OPIÁTY.....4
2.4.1	Charakteristika a účinky4
2.4.2	Hlavní zástupci opioidů.....6
3	SUBSTITUČNÍ LÉČBA8
3.1	VÝVOJ SUBSTITUČNÍ LÉČBY VE SVĚTĚ A U NÁS8
3.2	PRÁVNÍ RÁMEC10
3.3	SUBSTITUČNÍ LÉČBA JAKO TERAPEUTICKÁ METODA12
3.3.1	Technicko-personální zajištění substitučních služeb.....12
3.3.2	Indikace a kontraindikace pro substituční léčbu.....13
3.3.3	Cíle substituční léčby13
3.3.4	Typy a formy substituční léčby14
3.4	LÁTKY NEJČASTĚJI UŽÍVANÉ K SUBSTITUCI17
3.4.1	Metadon17
3.4.2	Buprenorfin.....18
4	KVALITA ŽIVOTA20
4.1	HISTORICKÝ VÝVOJ POJMU.....20
4.2	VYMEZENÍ KVALITY ŽIVOTA A JEJÍ DIMENZE.....20
4.3	POJETÍ KVALITY ŽIVOTA23
4.3.1	Kvalita života z pohledu medicíny23
4.3.2	Kvalita život z pohledu psychologie24
4.3.3	Kvalita života z pohledu speciální pedagogiky26
4.3.4	Kvalita života z pohledu sociologie26
4.4	MOŽNÉ DOPADY UŽÍVÁNÍ OPIOIDŮ NA VÝZNAMNÉ ŽIVOTNÍ OBLASTI.....27
4.4.1	Fyzické zdraví ovlivněné užíváním opioidů.....27
4.4.2	Ovlivnění na psychické úrovni29
4.4.3	Sociální vztahy a postavení jedince ve společnosti29
4.4.4	Práce a studium30
4.4.5	Finanční situace.....30
4.4.6	Možné ovlivnění substituční léčby v těchto oblastech.....31
4.5	MOŽNOSTI MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA.....32
4.5.1	Objektivní metody.....32
4.5.2	Subjektivní metody33
4.5.3	Smíšené metody.....33
5	SUBSTITUČNÍ CENTRUM PLZEŇ34
5.1	SUBSTITUČNÍ CENTRUM JAKO SOUČÁST ULICE-AGENTURY SOCIÁLNÍ PRÁCE O. S.....34
5.1.1	Historie organizace.....34
5.2	SUBSTITUČNÍ CENTRUM.....34
5.3	PRŮBĚH LÉČBY35
5.3.1	přijímání klienta do léčby35
5.3.2	Zkušební doba36
5.3.3	farmakologická složka léčby36
5.3.4	nefarmakologická složka léčby39

5.3.5	Další aktivity	41
5.4	UKONČENÍ LÉČBY	41
5.4.1	Důvody pro ukončení léčby na straně klienta.....	41
5.4.2	Důvody pro ukončení léčby ze strany zařízení.....	41
6	PRŮZKUM KVALITY ŽIVOT KLIENTŮ V SUBSTITUČNÍM CENTRU V PLZNI	43
6.1	FORMULACE VÝZKUMNÉHO CÍLE.....	43
6.2	CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	44
6.3	METODOLOGICKÝ POSTUP	47
6.3.1	SEIQoL-DW	47
6.3.2	Strukturovaný rozhovor.....	48
6.3.3	Analýza dokumentace	49
6.3.4	Zúčastněné pozorování	50
6.3.5	Postup při zadávání výzkumné metody.....	50
6.3.6	Postup zhodnocování výsledků.....	51
6.4	VÝSLEDKY VÝZKUMU A ANALÝZA DAT.....	51
6.4.1	Subjektivně významné nominované oblasti a jejich význam.....	51
6.4.2	Kvalita života v nejčastěji nominovaných oblastech	57
6.4.3	celková subjektivní kvalita života	74
6.4.4	Ovlivnění substituční léčbou	77
6.5	DOPORUČENÍ PRO PRAXI	80
6.6	SHRNUTÍ.....	81
7	ZÁVĚR.....	85
8	RESUMÉ.....	87
9	SEZNAM ODBORNÉ LITERATURY A ZDROJŮ.....	88
10	PŘÍLOHY.....	I

1 ÚVOD

Drogová závislost patří mezi palčivé problémy dnešní doby. Negativně ovlivňuje fyzickou, psychickou i sociální stránku života uživatelů a tak zcela jednoznačně zhoršuje kvalitu jejich života. Mimo to také negativně dopadá na blízké okolí uživatelů a v konečném důsledku i na celou společnost. Závislost na látkách opioidového typu je pak jednou z nejproblematictějších druhů závislostí, protože se velmi obtížně léčí a dochází zde k časté recidivě. Jednou z cest jak pomoci lidem závislým na těchto látkách, kteří nejsou v danou chvíli schopni abstinovat, je substituční léčba, která neusiluje o okamžité vysazení látky, ale snaží se uživatele stabilizovat.

Vzhledem k převládajícímu bio-psycho-sociálnímu modelu závislosti se i tato léčba neomezuje pouze na podávání substitučních preparátů, ale zahrnuje léčbu somatických a psychických nemocí a poruch a také se snaží zlepšit vztahy uživatelů a umožňuje jim fungovat v normální společnosti a zlepšovat tak jejich celkovou kvalitu života.

Jako cíl této práce jsem si zvolila zjistit, jaká je kvalita života klientů Substitučního centra v Plzni. Zejména zkoumám, co konkrétně tvoří jejich kvalitu života, jak se jim daří v pro ně významných oblastech, které zároveň nejvíce ovlivňuje užívání opioidů a zda na to má nějaký vliv právě substituční léčba. Toto téma jsem si vybrala, protože se o problematiku drogových závislostí zajímám dlouhodobě a také proto, že mi toto téma bylo zadáno organizací poskytující v Plzni substituční léčbu.

Tato práce se skládá z části teoretické a praktické. V teoretické práci nejprve popisují problematiku závislosti na látkách opioidového typu, kde definuji základní pojmy, které s problematikou souvisí a zaměřuji se zde na opioidy jako látky způsobující závislost.

V druhé kapitole se zabývám substituční léčbou, jejím významem, historií, právním ukotvením, cíly a jejím prováděním, část je zde věnována i substitučním preparátům. Třetí kapitola je věnována kvalitě života, jejímu vymezení, historii, různým pojetím tohoto pojmu a možnostem jejího měření. Poslední kapitola teoretické části je pak věnována Substitučnímu centru v Plzni a realizaci substitučního programu.

V teoretické části v kapitolách, které souvisejí se závislostí na opioidech, se opírám zejména o autory jako je K. Kalina, J. Minařík, P. Krmenčík či o zahraniční autory E. Buninga a A. Versterovou. Informace o problematice kvality života čerpám zejména z publikací je J. Payna, H. Vaďurové a P. Mühlpachra.

Praktická část je pak věnována výzkumu kvality života klientů Substitučního centra v Plzni, kteří se v době mého výzkumu v centru léčili a byli ochotní se mého výzkumu

zúčastnit. V této části zkoumám, jaké oblasti v životě jsou pro klienty tohoto centra významné pro utváření kvalitního života a jak jsou v těchto oblastech spokojeni. Vzhledem k možné různorodosti subjektivně nominovaných oblastí zde pracuji i se strukturovaným rozhovorem, kde se všech respondentů ptám na jejich spokojenost v oblastech, která jsou dle odborné literatury obecně považované za významné pro utváření kvality života a které drogová závislost výrazně ovlivňuje. Zajímá mne i vztah mezi kvalitou života a realizací programu, tedy zda si klienti tohoto centra myslí, že léčba jejich život zkvalitňuje či nikoli.

2 PROBLEMATIKA ŠKODLIVÉHO UŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOSTI NA OPIOIDECH

Vzhledem k tomu, že standard substituční léčby indikuje substituční léčbu při syndromu závislosti na opioidech, ale také při diagnóze škodlivého užívání těchto látek a abstinenčním syndromu, je vhodné nejprve věnovat pozornost právě vymezení těchto pojmů.

2.1 ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ

Škodlivé užívání nebo také abúzus drog je dle DMS IV mala-adaptivním chováním (užíváním návykové látky), které vede ke klinicky významnému poškození nebo k úzkosti, které se projevuje jednou či vícekrát během následujícího roku. Diagnostikuje se také, když užívání drogy vede k neplnění povinností uživatele jako je docházka do školy či práce. Uživatel opakovaně užívá látku v situacích, které jsou pro něj ohrožující, má opakované problémy se zákonem nebo v případě, že dále užívá látku i přes opakované či trvalé sociální problémy, které jsou způsobené či obnovované užíváním dané látky. Škodlivé užívání se nedagnostikuje, když je možné diagnostikovat závislost.¹

2.2 ZÁVISLOST

Desátá revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) vymezuje závislost jako skupinu „*fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více.*“²

Závislost lze diagnostikovat, pokud se vyskytují tři a více diagnostických kritérií, kterými jsou dle Nešpora:

- 1) „*růst tolerance (zvyšování dávek, aby se dosáhlo stejného účinku, nebo pokles účinku návykové látky při stejném dávkování);*
- 2) *odvykací příznaky po vysazení látky;*
- 3) *přijímání látky ve větším množství nebo delší dobu, než měl člověk v úmyslu;*
- 4) *dlouhodobá snaha nebo jeden či více pokusů omezit a ovládat přijímání látky;*
- 5) *trávení velkého množství času užíváním a obstaráváním látky nebo zotavováním se z jejich účinků;*

¹KALINA, Kamil, et al. *Glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Filia Nova, 2001, s. 98. ISBN 80-238-8014-4.

²KALINA, Kamil a kol. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, a. s. 2008, s. 54. ISBN 978-80-247-1411-0.

6) zanechání sociálních, pracovních a rekreačních aktivit v důsledku užívání látky nebo jejich omezení;

7) přestože si klient uvědomuje, jaký dopad má užívání látky na jeho život, s užíváním látky nepřestává.³

2.3 ODVYKACÍ STAV

Kalina definuje odvykací stav jako: „Soubor různě závažných a různě kombinovaných příznaků, které se objevují po vysazení nebo snížení dávek psychoaktivní látky (drogy), která byla užívána opakovaně, dlouhodobě a/nebo ve vysokých dávkách.“⁴ Při odvykacím stavu se často objevují příznaky opačné původnímu účinku drogy.⁵ Mezi symptomy odvykacího stavu na opioidech patří například bolesti svalů, křeče, poruchy spánku, neklid, nevolnost, zvracení, zrychlený tep, vyšší krevní tlak, ale také slzení, pocení a intenzivní craving.⁶ J. Minařík uvádí, že má abstinenci syndrom sice velmi nepříjemný průběh, ale nemusí být ve skutečnosti příliš nebezpečný. V ojedinělých případech však může dojít i ke kolapsu organismu a následnému úmrtí.⁷

2.4 OPIOIDY A OPIÁTY

2.4.1 CHARAKTERISTIKA A ÚČINKY

Opioidy ovlivňují organismus především tím, že se vážou na tzv. opiodní receptory.⁸ Na tyto receptory se fyziologicky vážou tělu vlastní opiodní peptidy, které jsou známy jako endogenní opioidy.⁹ Při dlouhodobém užívání drog tohoto typu dochází mimo jiné i k poklesu produkce těchto vnitřních opiodů a vzniká tak ještě větší potřeba drogu

³NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost :současné poznatky a perspektivy léčby*. Karel Nešpor. 3. vyd. aktualiz. Praha: Portál, 2007, s. 21. ISBN 9788073672676.

⁴KALINA, Kamil, et al. *Glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha : Filia Nova, 2001, s. 73. ISBN 80-238-8014-4.

⁵MINAŘÍK, Jakub. Opioidy a opiáty In: KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 1:Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, s. 159-163. ISBN 80-86734-05-6.

⁶KALINA, Kamil a kol. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2008. ISBN 978-80-247-1411-0.

⁷MINAŘÍK, Jakub. Opioidy a opiáty In: KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 1:Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 159-163. ISBN 80-86734-05-6.

⁸tamtéž

⁹KRMENČÍK, Pavel. *Opiáty-charakteristika:výukový text*. Adiktologie.cz [online]. [cit 2011-12-17].

Dostupné z: www.adiktologie.cz/cz/articles/download/opiaty-charakteristika-pdf.

užívat.¹⁰ Typické účinky jako jsou euforie, analgetické účinky, ale také útlum dechu a potenciál pro závislost souvisí především s μ -receptorem.¹¹ Proto také čím je vyšší síla vazby opioidu a jeho aktivity vůči μ -receptorům, tím je vyšší riziko vzniku závislosti. Další receptory jsou receptory- κ (kappa), který má vliv na analgetický účinek a dysforii a receptory- δ (delta), který má také vliv na analgezií.¹² Sigma (σ) receptory zmiňované Kalinou se dnes dle P. Krměčika již k opioidním receptorům nepočítají.¹³

Podle J. Minařika se opioidy dělí dle síly jejich vazby na receptory (tzv. afinity) a síly aktivizace receptoru (aktivity, efektivity) na:

- **opioidní agonisty**, kteří mají silnou vazbu a receptor aktivují. Tyto látky způsobují klasické účinky opioidů, tedy euforii, útlum atd. jde o drogy jako je morfin, heroin, kodein atp.¹⁴ nebo působící obdobně jako droga jako např. metadon.¹⁵

- **opioidní antagonisty**, kteří mají silnou vazbu na receptor, ale nulovou aktivitu, tudíž receptor blokuji.¹⁶ Tím, že receptory blokuji, zabraňují účinkům drogy, proto se také využívají např. při předávkování, Antagonisté blokuji receptory μ - také způsobují prudký odvykací stav. Příkladem takého antagonisty je Naloxon.¹⁷

- **částečné opioidní agonisty-antagonisty** které mají různorodé spektrum účinků zejména z důvodů rozdílné vnitřní aktivity na různých receptorech, na kterých účinkují jako agonisté, částeční agonisté nebo jako antagonisté. Do této skupiny se řadí

¹⁰VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

¹¹KALINA, Kamil a kol. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, a. s. 2008. ISBN 978-80-247-1411-0.

¹²MINAŘÍK, Jakub. *Opioidy a opiáty* In: KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 1:Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 159-163, ISBN 80-86734-05-6.

¹³KRMENČÍK, Pavel. *Opiáty-charakteristika:výukový text*. Adiktologie.cz [online]. [cit 2011-12-17]. Dostupné z: www.adiktologie.cz/cz/articles/download/opiaty-charakteristika-pdf

¹⁴MINAŘÍK, Jakub. *Opioidy a opiáty* In: KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 1:Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 159-163. ISBN 80-86734-05-6.

¹⁵BUNING, Erst, VERSTER, Annete. *Informace pro tvůrce drogové politiky o účinnosti substituční léčby závislosti na opiátech*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2007. ISBN 80-86734-15-3.

¹⁶MINAŘÍK, Jakub. *Opioidy a opiáty* In: KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 1:Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 159-163. ISBN 80-86734-05-6.

¹⁷BUNING, Erst, VERSTER, Annete. *Informace pro tvůrce drogové politiky o účinnosti substituční léčby závislosti na opiátech*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2007. ISBN 80-86734-15-3.

i buprenorfin užívaný jako substituční látka právě pro svůj antagonistický účinek na μ - receptor.¹⁸

• **částečné opioidní antagonisty** (dualisty), jejichž vazba na receptor je pevná, ale mají slabou aktivitu¹⁹

2.4.2 HLAVNÍ ZÁSTUPCI OPIOIDŮ

Opium je směsí alkaloidů, kde hlavní účinky způsobuje morfin. Opium je užíváno rozmanitými způsoby od požívání přes orální užití různých tinktur a kouření až po intravenózní aplikaci, která je však vysoce riziková z důvodů problematického filtrování nečistot.²⁰

Heroin je nejrozšířenější látkou této skupiny. Poprvé byl syntetizován a registrován firmou Bayer pod názvem „heroisch“ tedy silný. Ze začátku byl považován za nerizikový preparát a užíval se jako lék na morfinovou závislost.²¹ Heroin je úplným agonistou, je polosyntetickým derivátem morfinu, který je obohacen o dvě acetylenové skupiny, které způsobují typický „nájezd“. Heroin má velmi krátký poločas eliminace, který se pohybuje v řádech několika hodin, což způsobuje potřebu uživatelů aplikovat si dávku několikrát denně. Má silný závislostní potenciál, kdy se fyzická závislost rozvíjí řádově po několika týdnech užívání. Nejčastějším způsobem užívání je intravenózní aplikace, dále pak šňupání, kouření anebo inhalace z aluminiové folie.²²

„**Braun**“, někdy označován též jako Hydrocodon²³ je směsí derivátů kodeinu, které obsahují vedle hydrocodonu také dicodid a dihydrokodeinon. Chemicky se řadí mezi polosyntetické opioidy, strukturálně pak mezi fenantrované alkaloidy.²⁴

Braun je českou drogou, která je vyráběna podomácku z léků obsahujících kodein. Výrobou vzniká hnědá tekutina, která je určena pro intravenózní aplikaci, účinky jsou

¹⁸ KRMENČÍK, Pavel. *Opiáty-charakteristika:výukový text*. Adiktologie.cz [online]. [cit 2011-12-17].

Dostupné z: www.adiktologie.cz/cz/articles/download/opiaty-charakteristika-pdf.

¹⁹ MINAŘÍK, Jakub. *Opioidy a opiáty* In: KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 1:Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 159-163. ISBN 80-86734-05-6.

²⁰tamtéž.

²¹tamtéž.

²²MINAŘÍK, Jakub. *Opioidy a opiáty* In: KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 1:Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 159-163. ISBN 80-86734-05-6.

²³KALINA, Kamil a kol. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, a. s. 2008, s. 348. ISBN 978-80-247-1411-0.

²⁴MINAŘÍK, Jakub. *Opioidy a opiáty* In: KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 1:Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 159-163. ISBN 80-86734-05-6.

obdobné jako u dalších opioidů ale např. oproti heroinu má menší závislostní potenciál. Doba eliminace braunu v těle je řádově v hodinách.²⁵

²⁵KALINA, Kamil a kol. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, a. s. 2008, s. 348. ISBN 978-80-247-1411-0.

3 SUBSTITUČNÍ LÉČBA

Substituční léčba je součástí širokého spektra služeb zaměřených na problematiku drogové závislosti a škodlivého užívání návykových látek. Z pohledu protidrogové prevence je možné na tento typ léčby pohlížet jako na prevenci sekundární, a to v případě, že jde o substituční léčbu krátkodobou, která má pacientovi dopomoci k abstinenci nebo v případech dlouhodobé substituční léčby jako na prevenci terciární, kdy jde zejména o snižování rizik pro závislého jedince, ale i ochranu společnosti.

Politicko-kulturním podkladem pro vznik a rozvoj substituční léčby je zejména tzv. **Model minimalizace škod**, který je založen na myšlence, že užívání drog je historický fenomén, kdy lidé užívali drogy odněpaměti a že toto nelze zcela vymítit ale pouze potlačit, proto se více než na trestní postih uživatelů zaměřuje na omezení ilegálního obchodu s drogami a minimalizaci škodlivých následků užívání drog. V léčbě závislosti se tento model promítá zejména v přístupech Ochrany veřejného zdraví a tzv. „Harm reduction“. Nedílnou součástí „harm reduction“ strategie je právě i dlouhodobá substituční léčba²⁶

3.1 VÝVOJ SUBSTITUČNÍ LÉČBY VE SVĚTĚ A U NÁS

Zřejmě první zemí věnující se substituční léčbě byla Velká Británie, kde v roce 1926 bylo lékařům umožněno na základě zákona předepisovat uživatelům opiátů návykové látky. Rozmach substituce jako způsobu léčby však nastal až díky experimentům, které prováděli v 60. letech 20. století Vincent Dole a psychiatrická a neuroložka zabývající se léčbou závislostí Mary Nyewanderová. Vzhledem k úspěšnosti jejich studie došlo k prudkému rozmachu substituce jako terapeutické metody jak v USA, tak i v západní Evropě, kde se od roku 1968 užívala substituční léčba metadonem k postupné detoxifikaci. Jako metoda udržovací terapie se zde uchytila díky alternativním programům až v roce 1977.²⁷ Podle F. Rodgerse způsobilo zahájení substituční léčby revoluci v léčbě závislostí, protože „*tento způsob léčby prokázal dřív neznámou schopnost udržet pacienta v léčbě a omezit jejich užívání ilegálních drog*“.²⁸

²⁶ KALINA, Kamil. *Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelům drog* In: KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 78-82. ISBN 80-86734-05-6.

²⁷ tamtéž.

²⁸ RODGERS, Frederic a kol. *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada publishing, 1999, s. 238. ISBN 80-7169-836-9.

Historie substituční léčby v Čechách sahá hluboko do předrevoluční doby, kdy byly uživatelům opioidů předepisovány přípravky jako Diolan® obsahující fenylnorfin a Temgesic® obsahující buprenorfin. Tomuto se říkalo „divoká substituce“. V roce 1992 přivezl ze Švýcarska Mudr. Jiří Presl ještě do ČSFR metadon určený pro jeho nejproblematictější pacienty, po prvotních obtížích se mu podařilo prosadit povolení ročního experimentu, který však nikdy nebyl příslušnými orgány zhodnocen. Tento první experiment byl po roce zrušen. V roce 1997 byl na návrh MZ spuštěn nový „pilotní program“ ve spolupráci 1. Lékařské fakulty a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze a to pod vedením MUDr. Popova. Tento program však opět nebyl evaluován.

V následujícím roce bylo Poslaneckou sněmovnou přijato usnesení o evaluaci tohoto projektu a také o rozšíření tohoto druhu léčby. V roce 1999 skupina pověřená ministerstvem zdravotnictví sestavila 1. Standard substituční léčby, registr SL a také vytvořila program pro školení pracovníků takovýchto zařízení zejména lékařů a zdravotních sester. V roce 2000 bylo kromě Apolinářského programu, který byl zřízen v rámci pilotáže, otevřeno dalších 7 center.²⁹ Od tohoto roku je v ČR registrován metadon a Subutex® obsahující buprenorfin. Zároveň bylo stanoveno, že buprenorfin může předepisovat jakýkoliv lékař bez ohledu na jeho specializaci. Omezení představuje pouze užívání tzv. opiátového předpisu s modrým pruhem.³⁰ Ze statistik z tohoto roku však vyplývá, že v tomto roce byl předepisován výlučně metadon.³¹ V tomto roce vznikl i Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek.(NRULISL)³²

V roce 2002 i 2003 bylo v ČR 9 substitučních center a to ve VFN Praha, organizace Drop in v Praze provozovala ještě další dvě centra. Další zařízení byly pak např. v Ostravě, Olomouci, Brně, v Ústí nad Labem, Hradci Králové nebo v Mělníku³³ V roce 2006 bylo již

²⁹Zaostřeno na drogy. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, r. 1, č. 2. ISSN 1214-1089.

³⁰MRAVČÍK, V., et al. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2004*. Praha: Úřad vlády ČR, 2005. ISBN 80-86734-25-0.

³¹MRAVČÍK, V., et al. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2008*. Praha: Úřad vlády ČR, 2009. ISBN 978-80-87041-99-4.

³²MRAVČÍK, V., et al. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2003*. Praha: Úřad vlády ČR, 2004. ISBN 80-86734-25-0.

³³MRAVČÍK, V., et al. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2003*. Praha: Úřad vlády ČR, 2004. ISBN 80-86734-25-0.

v ČR 12 substitučních center z toho 4 v Praze a byl spuštěn pilotní projekt substituční léčby ve věznicích v Praze - Pankráci a v Příbrami.³⁴

O rok později bylo registrováno již 15 center v rámci standardního režimu substituční léčby včetně léčby ve věznicích účastnících se pilotního projektu. V tomto roce byl také aktualizován Standard substituční léčby, který byl již nevyhovující z důvodů změn v právních normách a rozšíření nelegálního obchodu se Subutexem®, kdy byla všem uložena povinnost hlásit pacienty, kterým je předepisován buprenorfin.³⁵

V roce 2008 vzrostl počet uživatelů užívajících buprenorfin oproti roku 2001 z 6% na 52%. Velký vliv na toto zvýšení měla zejména jeho preskripce praktickými lékaři a psychiatry. Počet osob léčených mimo specializovaná centra byl v tomto roce odhadnut na více než 3500 osob.³⁶ Zřejmě i z tohoto důvodu vznikla v roce 2009 elektronická podoba národního registru uživatelů substituční léčby, protože do té doby se pacienti hlásili telefonicky či na papírových hlášenkách. Registrováno bylo 40 zařízení z toho 4 vězeňská centra.³⁷

Dle Výroční zprávy z roku 2010 se stále zvyšuje počet pacientů v substituční léčbě a to jak ve specializovaných centrech, tak i v ordinacích psychiatrů a praktických lékařů, kteří předepisují přípravky s obsahem buprenorfinu, bohužel však stále nedochází k evidenci uživatelů těchto preparátů v plně výši.

V roce 2010 byl počet zařízení hlásících pacienty v substituční léčbě již 45, většina z nich jsou ordinace psychiatrů a AT Ambulance. Mezi nově otevřenými centry bylo i Substituční centrum Plzeň.

3.2 PRÁVNÍ RÁMEC

Obecný rámec léčebné a preventivní péče upravuje **Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů**. Mimo to také upravuje, druhy a úkoly zdravotnických zařízení a povinnost jednotlivých zařízení vést zdravotnickou dokumentaci a upravuje existenci Národního zdravotnického informačního systému (NZIS), který slouží ke sběru a zpracování informací, které se týkají zdravotního stavu obyvatelstva a také k vedení národních zdravotních registrů. Speciální registry slouží pro účely evidování

³⁴MRAVČÍK, V., et al. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2006*. Praha: Úřad vlády ČR, 2007. ISBN 978-80-87041-22-2.

³⁵MRAVČÍK, V., et al. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2007*. Praha: Úřad vlády ČR, 2009. ISBN 978-80-87041-46-8.

³⁶ tamtéž.

³⁷ tamtéž.

a sledování osob, které trpí „vybranými společensky závažnými nemocemi. Jedním ze specifických registrů uvedených v příloze k tomuto zákonu je Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek (NRULISL), který shromažďuje a zpracovává osobní data nutná pro identifikaci pacienta a zařízení poskytující substituční preparát. Shromažďuje zejména informace o zdravotním stavu pacienta a o podávané substituční látce a její případné změně a o ukončení substituční léčby.³⁸

Zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami zase primárně garantuje všem osobám, které jsou závislé na návykových látkách nebo tyto látky škodlivě užívají odpornou péči ve zdravotnických zařízeních, zařízeních sociální péče a dalších zařízeních specializujících se na pomoc těmto osobám. Tento zákon také upravuje organizační, technické a personální podmínky poskytovatelů služeb odborné péče a vyjmenovává a definuje jednotlivé typy péče. Stanovuje také povinnost substitučních zařízení hlásit pacienty do národního registru substituční léčby.³⁹

Nejvýznamnějším dokumentem v oblasti substituční léčby opioidových závislostí je však **standard substituční léčby**, který definuje, co je substituční léčba, kdy je indikována, co může být kontraindikací pro tento typ léčby a kdy je klient přednostně přijímán do substituční léčby. Také definuje cíle a typy substituční léčby a stanovuje personální a technické parametry poskytování léčby. Dále popisuje poruchy způsobené užíváním opioidů a nutnost sepsání informovaného souhlasu. Je zde také definován průběh substituční léčby a její farmakologická a nefarmakologická složka. Přílohy tohoto standardu obsahují část obecnou a speciální. V obecné části je anamnestický dotazník a pokyny pro hlášení substituční léčby. Speciální přílohy se zabývají zejména dávkováním substitučních preparátů, jejich interakcí s dalšími látkami a způsobem jejich vysazování.⁴⁰

Dalšími právními dokumenty, které nějakým způsobem souvisí se substituční léčbou, jsou např. **Zákon č. 223/2003 Sb., kterým se mění zákon č. 167/1998 Sb.,**

³⁸Právník. cz. *Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů.* [online]. © [WEDOS, a.s.](http://www.wedos.a.s) 2012, [cit 2012-1-2]. Dostupné na: <http://www.pravnik.cz/uplna-zneni/uz-68.html>.

³⁹Portál veřejné správy. *Zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.* [online]. Portál veřejné správy. 2012 © Ministerstvo vnitra [cit 2011-11-24]. Dostupné na: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=379~2F2005&rpp=15#seznam>.

⁴⁰*Standard substituční léčby.* Věstník MZ ČR. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, č. 3, s. 10-26. 2008. ISSN 1211-0868.

o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů nebo věstníky Ministerstva zdravotnictví ČR, zejména pak věstník 5/2000 upravující podmínky výdeje a hrazení substituční látky a věstník 6/2000 upravující podmínky pro dovoz a vývoz substitučních preparátů u pacientů absolvujících substituční léčbu.⁴¹ Dále např. Vyhláška č. 304/1998 Sb., která stanovuje podrobnosti týkající se evidence návykových látek, přípravků a prekursorů a podmínky vedení dokumentace o návykových látkách.⁴²

3.3 SUBSTITUČNÍ LÉČBA JAKO TERAPEUTICKÁ METODA

3.3.1 TECHNICKO-PERSONÁLNÍ ZAJIŠTĚNÍ SUBSTITUČNÍCH SLUŽEB

Dlouhodobá substituční léčba je poskytována léčebnými a kontaktními zařízeními, která spolupracují se specializovanými pracovišti pro léčbu závislosti.⁴³

Dle standardů odborné způsobilosti je substituční program buďto součástí komplexního systému péče poskytované jednou organizací nebo je prováděn v lůžkovém či ambulantním zdravotnickém či jiném zařízení nebo funguje zcela samostatně a spolupracuje s dalšími zařízeními a organizacemi. V každém případě je nutné, aby pracoviště mělo statut zdravotnického zařízení.⁴⁴

Standard substituční léčby stanovuje, že tato služba je odborně garantována lékařem s atestací v oboru návykových látek, který má praxi v provádění substituční léčby.⁴⁵ Standardy odborné způsobilosti toto zpřesňují a uvádějí, že program je řízen lékařem s nástavbovou atestací v oboru závislosti nebo musí mít alespoň první stupeň atestace

⁴¹Standard substituční léčby. Věstník MZ ČR. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, č. 3, s. 10-26. 2008. ISSN 1211-0868.

⁴²Epravo.cz. VYHLÁŠKA ze dne 17. května 2004, kterou se mění vyhláška č. 304/1998 Sb., kterou se stanoví případy, kdy se nevyžaduje vývozní povolení k vývozu pomocných látek, podrobnosti o evidenci návykových látek, přípravků a prekursorů a o dokumentaci návykových látek, ve znění pozdějších předpisů. [online]. © epravo.cz, a.s. 1999-2012, [cit 2012-1-2]. Dostupné na: <http://www.epravo.cz/top/zakony/sbirka-zakonu/vyhlaska-ze-dne-17-kvetna-2004-kterou-se-meni-vyhlaska-c-3041998-sb-kterou-se-stanovi-pripady-kdy-se-nevyzaduje-vyvozni-povoleni-k-vyvozu-pomocnych-latek-podrobnosti-o-evidenci-navykovych-latek-pripravku-a-prekursoru-a-o-dokumentaci-navykovych-latek-ve-zneni-pozdejsich-predpisu-5237.html>.

⁴³Standard substituční léčby. Věstník MZ ČR. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, č. 3, s. 10-26. 2008. ISSN 1211-0868.

⁴⁴Národní vzdělávací fond. Standardy odborné způsobilosti: speciální část. [online]© NVF – CEKAS, o. p. s. [cit 2012-02-24]. Dostupné na: <http://www.cekas.cz/content/standardy-odborne-zpusobilosti-specialni-cast>.

⁴⁵Standard substituční léčby. Věstník MZ ČR. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, č. 3, s. 10-26, 2008. ISSN 1211-0868.

z psychiatrie a musí mít praxi v rámci oblasti závislosti.⁴⁶ Toto se nevztahuje na základní substituční léčbu, kdy substituční látku může předepisovat i lékař jiné specializace než psychiatrické či adiktologické.⁴⁷

Terapeutický tým je vzhledem k povaze zařízení multidisciplinární a převažuje zde zejména zdravotnický personál (lékař, zdravotní sestry, zdravotničtí asistenti).⁴⁸ Je nutné, aby výdej byl prováděn každý den, tedy i o víkendu a o svátcích, toto souvisí zejména s vydáváním metadonu. Provozní doba by zároveň měla být uzpůsobena tak, aby brala ohled i na pracující a studující klienty.⁴⁹

3.3.2 INDIKACE A KONTRAINDIKACE PRO SUBSTITUČNÍ LÉČBU

Substituční léčba je vhodná pro osoby, které jsou závislé na opioidech a drogu si aplikují intravenózně, dále pro neinjekční uživatele opioidů, kteří jsou závislí na opiátech déle než 6 měsíců a to při splnění podmínky, že tato léčba nezvýší poškození, které souvisí s užíváním drog a zároveň umožní stanovovat krátkodobé a dlouhodobé cíle léčby a alespoň částečně je naplňovat. Tato léčba je vhodná především pro dlouhodobé uživatele opiátů s těžkou závislostí a vysokou tolerancí, dále pro osoby, které se neúspěšně pokoušeli o abstinenci orientovanou léčbu a také pro osoby, které již tento typ léčby s úspěchem v minulosti využívali.

Specifickou skupinou, jsou osoby, které jsou HIV pozitivní nebo u nich již propukla nemoc AIDS, osoby ve vazbě či ve výkonu trestu a těhotné ženy, pokud u nich selhává snaha o na abstinenci orientovanou léčbu. Tyto osoby jsou do substitučních programů přijímány přednostně s ohledem na snižování rizika šíření nemocí a u těhotných žen s ohledem na vývoj dítěte.⁵⁰

3.3.3 CÍLE SUBSTITUČNÍ LÉČBY

Hlavním cílem substituční léčby je právě zlepšení kvality života klientů nebo alespoň minimalizace škod způsobená ilegálním užíváním. Věstník MZ jakožto standard

⁴⁶Národní vzdělávací fond. *Standardy odborné způsobilosti: speciální část*. [online]© NVF – CEKAS, o. p. s. [cit 2012-02-24]. Dostupné na: <http://www.cekas.cz/content/standardy-odborne-zpusobilosti-specialni-cast>.

⁴⁷*Standard substituční léčby*. Věstník MZ ČR. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, č. 3, s. 10-26, 2008. ISSN 1211-0868.

⁴⁸Národní vzdělávací fond. *Standardy odborné způsobilosti: speciální část*. [online]© NVF – CEKAS, o. p. s. [cit 2012-02-24]. Dostupné na: <http://www.cekas.cz/content/standardy-odborne-zpusobilosti-specialni-cast>.

⁴⁹ tamtéž.

⁵⁰*Standard substituční léčby*. Věstník MZ ČR. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, č. 3, s. 10-26, 2008. ISSN 1211-0868.

substituční léčby uvádí že: „*Nástrojem této léčby je poskytování substituční látky, a to v množstvích, která efektivně potlačují pacientovy odvykací příznaky a umožňují všestranně zlepšit kvalitu jeho života.*“⁵¹ Dalším podstatným cílem je minimalizace škod pro společnost, protože snižuje užívání ilegálních drog a omezuje nelegální aktivitu substituujících osob.⁵²

Věstník MZ definuje cíle takto:

- „*udržení nebo zlepšení psychického a somatického stavu,*
- *ukončení rizikových způsobů aplikace návykových látek,*
- *snížení nebo ukončení rizikového chování při užívání návykových látek,*
- *omezení nebo ukončení kriminálního chování,*
- *zlepšení sociálních vztahů, případně*
- *příprava pro zahájení léčebného režimu, vedoucího k detoxifikaci a abstinenci bez užívání substitučních látek.*“⁵³

Verster a Buning zmiňují ještě další cíle jako zkrácení trvání zneužívání drog, snížení pravděpodobnosti recidivy a lepší možnost zapojení uživatele do jiných typů léčby a zejména zlepšení celkového fungování, umožnění sociální integrace a rodinného života.⁵⁴

3.3.4 TYPY A FORMY SUBSTITUČNÍ LÉČBY

FORMY

Formou je v tomto pojetí myšlen způsob poskytování substituční léčby z hlediska časového, tedy jde li o léčbu krátkodobou, střednědobou či dlouhodobou, ale také z hlediska místního, tedy je li substituční léčba poskytována v pobytových zařízeních, jako například na detoxifikačních odděleních, odděleních psychiatrických klinik nebo naopak v ambulantních zařízeních.

Krátkodobá forma, někdy také nazývaná rychlá, detoxifikační, je většinou prováděna v rámci hospitalizace pacienta. Jde především o detoxifikaci, tedy vyčištění těla od návykové látky a je užívána k zmírňování abstinčních příznaků. Využívá se i při vyloučení klienta ze substituce. Tato forma trvá zhruba 1-2týdny.

⁵¹Standard substituční léčby. Věstník MZ ČR. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, č. 3, s. 10-26, 2008, s. 12. ISSN 1211-0868.

⁵²RODGERS, Frederic a kol. *Léčba drogových závislostí*. Praha:Grada publishing,1999, s. 238-239, ISBN80-7169-836-9.

⁵³tamtéž.

⁵⁴BUNING, Erst, VERSTER, Annete. *Informace pro tvůrce drogové politiky o účinnosti substituční léčby závislosti na opiátech*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2007, ISBN 80-86734-15-3.

Střednědobá forma je jakousi prodlouženou detoxifikací a může být prováděna buďto v rámci ústavní léčby nebo ambulantně. Návyková látka je vysazována postupně. Tato forma probíhá v řádech týdnů až měsíců a je indikována zejména u osob se zvýšenou tolerancí nebo u osob, které mají kombinovanou závislost.⁵⁵

Dlouhodobá forma je substituční léčbou v nejužším slova smyslu. Jedná se o formu terapie, která je časově předem neomezená, dlouhodobá, udržovací, trvající v řádech měsíců až let. V některých případech i doživotně. Tato forma je realizovaná především ambulantně a to ve specializovaných substitučních zařízeních, dále v ambulancích lékařů specializujících se na tuto problematiku. Tato forma je vhodná především pro klienty, kteří opakovaně v abstinenci selhávají a to i po opakovaných dlouhodobých ústavních či komunitních léčbách a dále pro klienty, kteří pobytové formy léčby odmítají nebo je nemohou z objektivních důvodů nastoupit.⁵⁶ „Při dlouhodobé substituci je značná část pacientů schopna samostatné neproblémové existence.“⁵⁷ Pokud je pacient v dlouhodobé substituční léčbě a neužívá žádné jiné návykové látky je považován za abstinujícího.⁵⁸

TYPY SUBSTITUČNÍ LÉČBY

Minimální substituční léčba se omezuje pouze na předepisování substituční látky či poskytování této látky pod dozorem, jejíž součástí není poskytování žádné jiné terapie nebo poradenství. Tato forma léčby je indikována zejména při akutních stavech klientů, kteří využívají jiný typ substituční léčby nebo v případě plánovaných diagnostických či terapeutických výkonů těchto pacientů a dále pak také v případě jejich cesty mimo místo pobytu za účelem pracovním, rehabilitačním či rekreačním.⁵⁹

Základní substituční léčba zahrnuje kromě předepisování či podávání substituční léčby zejména somatickou léčbu a případně sociální poradenství, které je poskytováno jiným zařízením. Tato forma je typicky poskytována v ambulancích všeobecných lékařů. Poskytuje se zejména v případech, kdy u pacienta není nutná komplexní forma substituční léčby dále také v případech, kdy pro klienta není dostupná rozšířená forma substituční

⁵⁵POPOV, Petr. *Programy metadonové a jiné substituce* In: KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 221-227, ISBN 80-86734-05-6.

⁵⁶tamtéž.

⁵⁷POPOV, Petr. *Programy metadonové a jiné substituce* In: KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003., s. 221-227, s. 221, ISBN 80-86734-05-6.

⁵⁸tamtéž.

⁵⁹*Standard substituční léčby*. Věstník MZ ČR. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, č. 3, s. 10-26. 2008. ISSN 1211-0868.

léčby z důvodů její absence v blízkosti pobytu klienta. Tato forma je také nejnižším standardem substituční léčby ve výkonu vazby či výkonu trestu odnětí svobody.⁶⁰

Rozšířená substituční léčba zahrnuje kromě podávání či předepisování substituční látky také léčbu tělesných obtíží, psychoterapii a také sociální poradenství, které ale může být prováděno externě, tedy mimo zařízení poskytující substituční látku. Tato forma jak uvádí věstník MZ⁶¹ „je poskytován za supervize specializovaného pracoviště pro substituční léčbu.“⁶²

Komplexní substituční léčba zahrnuje léčbu somatických poruch či onemocnění, psychoterapii individuální a skupinovou, socioterapii, poskytování sociálního poradenství, arteterapii, pracovní rehabilitaci atd. Hlavním rozdílem oproti rozšířené formě je, že podávání medikace a všechny tyto nefarmakologické složky léčby jsou poskytovány v rámci jednoho zařízení.⁶³

Tyto typy léčby jsou vhodnější pro dlouhodobou terapii, protože se zaměřují na všechny složky zdraví a také nejlépe odráží v současné době velmi rozšířený model bio-psycho-sociálního pojetí závislosti. Navíc psychosociální prvky léčby mohou pozitivně působit při odstraňování či zmírňování problémů souvisejících s léčbou (užívání dalších psychoaktivních látek, dodržování správného dávkování při výdejkách domů) nebo problémů souvisejících s odvykáním od substituční látky.⁶⁴ Většina zemí EU klade důraz na zakomponování psychosociálních složek do substituční léčby, protože úspěšnost léčby je pak podstatně vyšší než jen při samotnému podávání substituční látky.⁶⁵ Ve výroční zprávě za rok 2011 je dokonce konstatováno, že: „*Substituční léčba závislosti na opioidech kombinovaná s psychosociálními intervencemi je považována za nejúčinnější způsob léčby závislosti na opioidech.*“⁶⁶

Dle standardu substituční léčby jsou do nefarmakologického působení zahrnuty:

- sociální poradenství

⁶⁰ *Standard substituční léčby.* Věstník MZ ČR. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, č. 3, s. 10-26. 2008. ISSN 1211-0868.

⁶¹ tamtéž.

⁶² tamtéž.

⁶³ tamtéž.

⁶⁴ RODGERS, Frederic a kol. *Léčba drogových závislostí.* Praha: Grada publishing, 1999, s. 238-239. ISBN 80-7169-836-9.

⁶⁵ *Zaostřeno na drogy.* Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, roč. 1, č. 2. ISSN 1214-1089.

⁶⁶ *Výroční zpráva za rok 2011- Stav drogové problematiky v Evropě.* Lucemburk: Úřad pro publikace Evropské unie, 2011. s. 97. ISBN 978-92-9168-466-3.

- psychosociální poradenství
- psychoterapii nejrůznějších forem
- terapii somatických onemocnění
- poradenství, týkající se volby vhodného zaměstnání, zvyšování kvalifikace apod.
- ošetrovatelské služby
- arteterapie, pracovní terapie
- a další.⁶⁷

3.4 LÁTKY NEJČASTĚJI UŽÍVANÉ K SUBSTITUCI

3.4.1 METADON

Metadon patří mezi syntetické opioidy, jeho molekula je odlišná od přírodních či polosyntetických opioidů. Prvotně byl vyvinut na popud německé armády během 1. světové války v rámci studie opioidů, avšak výsledky studie byly publikovány až v roce 1929.⁶⁸ Podle jiných zdrojů byl metadon vyvinut až v roce 1937 německými vědci Maxem Bockmühlem a Gustavem Ehrhartem ze společnosti IG Farben.⁶⁹ Metadon dostal zprvu název po Adolfu Hitlerovi „Dolphine“. Metadon je pro substituční léčbu vhodný zejména z důvodu jeho pomalé eliminace a tedy doby účinnosti látky v těle. Z těchto důvodů je možné látku podávat jen jednou denně. Průměrná doba působení metadonu je zhruba 25 hodin, avšak individuální působnost se pohybuje v rozmezí 13-47 hodin.⁷⁰

Výhody metadonu spočívají zejména v tom, že nevyvolává euforii, zmírňuje bažení po droze a potlačuje abstinenci příznaky⁷¹ a také, že při jeho užívání nedochází ke zvyšování tolerance a tak dávkování nemusí být stále zvyšováno a zůstává stabilní. Jeho výraznými nevýhodami je však dlouhá doba trvání abstinenci příznaků při vysazování, která je výrazně delší než u jiných opioidů.⁷²

⁶⁷ *Standard substituční léčby*. Věstník MZ ČR. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, č. 3, s. 10-26, 2008. ISSN 1211-0868.

⁶⁸ Drop in: nikdy není pozdě. *Metadon*. [online]. [cit. 2012-02-10]. Dostupné z: <http://www.dropin.cz/o-drogach/121-metadon>.

⁶⁹ *Metadon*. In: Wikipedia: the free encyclopedia [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2001- [cit. 2012-02-10]. Dostupné z: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Metadon>.

⁷⁰ KALINA, Kamil a kol. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2008, 348. ISBN 978-80-247-1411-0.

⁷¹ BUNING, Erst, VERSTER, Annete. *Informace pro tvůrce drogové politiky o účinnosti substituční léčby závislosti na opiátech*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2007, ISBN 80-86734-15-3.

⁷² PRESTON, A. *Drogy na předpis II: vše o metadonu*. Olomouc: Votobia, 1999. ISBN 80-7198-3837.

Metadon se podává ve třech různých formách a to nejčastěji v tekuté formě, dále také v tabletách a od roku 1991 také v injekční podobě, kterou poprvé vyzkoušeli v Holandsku. V injekční formě má velmi obdobné vlastnosti jako přírodní a polosyntetické opiáty a vyvolává i euforii.⁷³

3.4.2 BUPRENORFIN

Buprenorfin je částečným agonistou, který má vysokou míru afinity na μ -receptorech ale je také zároveň antagonistou receptorů kappa. Byl vyvinut v 70. letech jako analgetikum nevyvolávající závislost, což ale bylo záhy vyvráceno a již v 80. letech se objevovaly zprávy o jeho zneužívání. Jeho specifické vlastnosti, zejména schopnost zmírňovat abstinenční symptomy, dlouhá doba působení v organismu, absence euforie výrazných změn prožívání a výrazně mírnější abstinenční syndrom, tento přípravek předurčují pro substituční léčbu. Vedlejší účinky jsou také obdobné jako u jiných opioidů, avšak výrazně snižují sedaci a riziko respirační deprese. Další výhodou je že má tzv. strop účinku, což znamená, že při vyšší dávce již nedochází k výraznějším efektu. Buprenorfin se vyrábí a prodává zejména ve formě sublingválních tablet, protože jeho orální užití nepřináší potřebný efekt kvůli eliminaci účinných látek v trávicím traktu. Problémem je, že tyto tablety jsou rozpustné ve vodě a proto je možné je aplikovat intravenózně. Nejužívanějšími buprenorfinovými preparáty určenými pro substituční léčbu jsou Subutex® a Suboxon®.⁷⁴

Subutex® je lék jehož aktivní složkou je právě buprenorfin. Tento preparát byl vyvinut v 90. letech a jako substituční preparát byl poprvé užit ve Francii. Subutex® je vyráběn a distribuován ve formě 2mg a 8mg sublingválních tablet.⁷⁵

Suboxon® je sublingvální tableta, obsahující kromě buprenorfinu ještě naloxon a to v poměru 4:1. Preparát Suboxon® je k dispozici ve dvou velikostech a to v podobě 2 mg a 8 mg tablet. Tento preparát má zhruba stejný účinek i bezpečnost jako Subutex®, ale naloxonová složka výrazně snižuje jeho intravenózní zneužívání. Naloxon je úplný antagonist μ -receptorů, ale pokud je užíván sublingválně či orálně nemá žádný či minimální účinek, při intravenózním ale i nasálním užití však antagonisticky působí

⁷³Drop in: nikdy není pozdě. *Metadon*. [online]. [cit. 2012-02-10]. Dostupné z: <http://www.dropin.cz/o-drogach/121-metadon>.

⁷⁴Buning, Ernst, Verster, Annette. *Buprenorfin: rozbor kritických otázek*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2007, 978-80-87041-11-6.

⁷⁵ tamtéž.

a urychluje nástup abstinčních příznaků. Tento preparát není vhodný pro těhotné ženy a kojící matky, v těchto případech je vhodnější převést ženu na Subutex® či metadon.⁷⁶

⁷⁶ *Monografie produktu SUBUTEX*. Praha: Schering-Plough, Česká republika, 2000.

4 KVALITA ŽIVOTA

4.1 HISTORICKÝ VÝVOJ POJMU

Termín kvality života je užíván až od 20. století.⁷⁷ V 60. letech začala být kvalita života i politickým pojmem a to zejména v souvislosti s politickým programem amerického prezidenta Johnsona, který tento termín užil i ve svém projevu. Mimo jiné to byla i reakce na neúměrnost ekonomické prosperity a spokojenosti obyvatelstva.⁷⁸ V Evropě se politické užití kvality života také ujalo např. ve sloganu Německé sociálně demokratické strany v 70. letech⁷⁹ či v programu švýcarského Římského klubu věnujícímu se globálním problémům té doby.⁸⁰

V 70. letech v USA proběhlo i 1. celostátní měření kvality života⁸¹ rostly snahy o definici, které trvají dodnes a vznikaly i odborné časopisy na toto téma.⁸² Rozvoj studia tohoto tématu probíhá asi posledních 20. let a na zkoumání se podílí mnohé týmy z různých oborů.⁸³ V současné době je zkoumání kvality života součástí mnoha vědních oborů. V medicíně a také v sociální práci se kvalita života hojně užívá mimo jiné i jako nástroj evaluace fungování léčby či péče.

4.2 VYMEZENÍ KVALITY ŽIVOTA A JEJÍ DIMENZE

Jak uvádí Hnilincová v současné době neexistuje jediná definice, která by byla všeobecně akceptována.⁸⁴ Definovat kvalitu života je totiž velmi obtížné hned z několika důvodů. Prvním důvodem je užívání tohoto termínu v různých někdy až diametrálně odlišných vědních oborech jako je psychologie, medicína, sociologie, kulturní antropologie, speciální pedagogika, teologie, ale také ekologie⁸⁵ ekonomie a dokonce se

⁷⁷VAĎUROVÁ, Helena, MÜHLPACHR, Pavel. *Kvalita života. Teoretická a metodologická východiska.*

Brno: Masarykova univerzita, 2005, s. 7. ISBN 80-210-3754-7.

⁷⁸PAYNE, Jiří a kol. *Kvalita života a zdraví.* Praha: Triton, 2005, s.205. ISBN 80-7254-657-0.

⁷⁹ tamtéž s. 205.

⁸⁰VAĎUROVÁ, Helena, MÜHLPACHR, Pavel. *Kvalita života. Teoretická a metodologická východiska.*

Brno: Masarykova univerzita, 2005, s. 8. ISBN 80-210-3754-7.

⁸¹PAYNE, Jiří a kol. *Kvalita života a zdraví.* Praha: Triton, 2005, s 206. ISBN 80-7254-657-0.

⁸²VAĎUROVÁ, Helena, MÜHLPACHR, Pavel. *Kvalita života. Teoretická a metodologická východiska.*

Brno: Masarykova univerzita, 2005, s. 8. ISBN 80-210-3754-7.

⁸³PAYNE, Jiří a kol. *Kvalita života a zdraví.* Praha: Triton, 2005, 206. ISBN 80-7254-657-0.

⁸⁴ tamtéž s. 208.

⁸⁵ tamtéž s. 208.

užívá i v technických oborech.⁸⁶ Každý z těchto oborů pak přináší svůj vlastní pohled na kvalitu života.

Dalším velkým problémem je sklon vnímat tento pojem jako „komplexní ukazatel.“ Dle Veenhovena je myšlenka zachycení kvality života v její komplexnosti jen iluzí, tvrdí, že jde jen o selektivní, respektive nekompletní zachycení mnohem složitější skutečnosti.⁸⁷ Toto je patrné i z toho, že se odborníci věnující se tomuto tématu dodnes nedokázali shodnout ani na vymezení jednotlivých vnitřních oblastí (doménách) kvality života, ani na jejich množství.⁸⁸

Definice se různí dle odborné specializace autorů a pojetí, ve kterém se snaží kvalitu života definovat. Asi nejčastěji se v odborné literatuře vyskytuje vymezení kvality života dle WHO, která „definuje kvalitu života jako jedincovu pozici v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům a očekáváním, normám a obavám. Jedná se o velice široký koncept multifaktoriálně ovlivněný jedincovým fyzickým zdravím, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí.“⁸⁹

Ekonom Amirtje Sen zase vnímá kvalitu života jako „dostupnost různých možností, ze kterých si člověk může následně vybírat a naplňovat tak svůj život“.⁹⁰ Kirby a Dickens zase spojují kvalitu život s naplňováním potřeb a přání.⁹¹ Další autoři spojují kvalitu života kromě potřeb a přání, také s žebříčkem hodnot dotazovaných osob.⁹²

Ačkoli není v literatuře zabývající se kvalitou života jediná jasná definice, shodují se jednotliví autoři na tom, že se na kvalitě života podílí mnoho faktorů. Zmiňovány jsou

⁸⁶MAREŠ, Jiří. 2010. *Kvalita života žáků a škola*. In Pedagogika.sk [online], roč. 1, č. 1, s. 1 – 93 [cit. 2011-11-14]. Dostupné na: <http://www.casopispedagogika.sk/studie/kvalita-zivota-zaku-a-skola>.

⁸⁷Veenhoven in: Vubt.cz. *Kvalita života*. vubt.cz [online]. vubt.cz 2010 © [cit 2011-11-24]. Dostupné na: http://kvalitazivota.vubp.cz/prispevky/soudoba_sociologie_II_kvalita_zivota-svobodova.do.

⁸⁸MAREŠ, Jiří. 2010. *Kvalita života žáků a škola*. In Pedagogika.sk [online], roč. 1, č. 1, s. 1 – 93 [cit. 2011-11-14]. Dostupné na: <http://www.casopispedagogika.sk/studie/kvalita-zivota-zaku-a-skola>.

⁸⁹VAĎUROVÁ, Helena, MÜHLPACHR, Pavel. *Kvalita života. Teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita, 2005, s. 24. ISBN 80-210-3754-7.

⁹⁰Potůček in: Vubt.cz. *Kvalita života*. [online]. vubt.cz 2010 © [cit 2011-11-24]. Dostupné na: http://kvalitazivota.vubp.cz/prispevky/soudoba_sociologie_II_kvalita_zivota-svobodova.doc.

⁹¹VAĎUROVÁ, Helena, MÜHLPACHR, Pavel. *Kvalita života. Teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita, 2005, s. 26. ISBN 80-210-3754-7.

⁹²Vubt.cz. *Kvalita života*. vubt.cz [online]. vubt.cz 2010 © [cit 2011-11-24]. Dostupné na: http://kvalitazivota.vubp.cz/prispevky/soudoba_sociologie_II_kvalita_zivota-svobodova.doc.

zejména zdraví, psychologické faktory jako např. psychická pohoda nebo pocit štěstí, dále sociální faktory v podobě vztahů na úrovni rodiny, přátel, komunity, dále materiální zabezpečení, environmentální podmínky a podobně.⁹³

Zkoumání kvality života se netýká pouze jednotlivců, je možné zkoumat ji na různých sociálních úrovních. Vaňurová a Mühlpachr uvádějí 4 roviny, ve kterých je možné ji zkoumat. Jedná se o makro-rovinu, mezzo-rovinu, personální rovinu a rovinu fyzické existence.⁹⁴ Vzhledem k tématu této práce je důležitá zejména **personální rovina**, kdy ve středu zájmu stojí jedinec a **mezzo rovina**, kdy jde o zkoumání skupin. Zde jde zejména o subjektivní hodnocení spokojenosti v různých oblastech života, jako je zdravotní stav, sociální zázemí atd. Vzhledem k subjektivitě hodnocení zde výrazněji dochází k ovlivnění osobními hodnotami, přesvědčeními, očekáváními a představami jednotlivců.⁹⁵

Podle Vaňurové a Mühlpachra „*ke kvalitě života můžeme přistupovat ze dvou hledisek subjektivního a objektivního.*“⁹⁶ Z objektivního hlediska jde spíše o souhrn zdravotních socio-ekonomických a environmentálních podmínek, které ovlivňují život jedince. V tomto pojetí se proto zkoumání více zaměřuje na zdravotní stav, sociální status, celkové vztahy a materiální zabezpečení. Zjišťuje tedy spíše vnější činitele mající vliv na život. Oproti tomu subjektivní hledisko je výrazněji zaměřeno na vlastní prožívání životní situace a postavení člověka ve společnosti. Je výrazně ovlivněno vnitřními činiteli zejména osobností člověka jeho emocemi, touhami, přáními ale také sebehodnocením, psychickými poruchami a fyzickým onemocněním. Vzhledem k větší autentičnosti a výpovědní hodnotě takto zaměřených výzkumů toto pojetí v odborných kruzích v současnosti převládá. U osob s psychickými poruchami a poruchami nálad zvláště však může docházet k výraznému zkreslení. Například při výzkumu u depresivních osob dospěli výzkumníci k závěru, že depresivní člověk může vnímat kvalitu svého života jako výrazně horší než se může jevit nezávislému pozorovateli a dokonce i jemu samotnému po zlepšení stavu. Proto zastávají názor, že u těchto jedinců má zřejmě vyšší výpovědní hodnotu měření objektivní.⁹⁷ Osobně

⁹³VAŇUROVÁ, Helena, MÜHLPACHR, Pavel. *Kvalita života. Teoretická a metodologická východiska.*

Brno: Masarykova univerzita, 2005, s. 13-14. ISBN 80-210-3754-7.

⁹⁴tamtéž s. 15.

⁹⁵tamtéž s. 16.

⁹⁶tamtéž s. 17.

⁹⁷VAŇUROVÁ, Helena, MÜHLPACHR, Pavel. *Kvalita života. Teoretická a metodologická východiska.*

Brno: Masarykova univerzita, 2005, s. 27. ISBN 80-210-3754-7.

se přikláním k názoru, že pro komplexnější hodnocení kvality života je vhodné vzít v úvahu a postihnout obě dimenze.

4.3 POJETÍ KVALITY ŽIVOTA

4.3.1 KVALITA ŽIVOTA Z POHLEDU MEDICÍNY

V medicíně se užívá termín kvalita života zhruba od 70. let 20. století. Zkoumání kvality života se zde užívá hojně jako evaluační nástroj léčby, protože nabízí lékařům náhled na celkový stav pacienta, kdy zobrazuje i emoční ladění, způsob prožívání choroby i léčby a sociální zázemí pacienta ale mimo jiné i jeho spokojenost s léčbou a umožňuje tak komplexnější zhodnocení vhodnosti a vlivu terapeutických zásahů. Časté je zkoumání kvality života u onkologických pacientů, zdravotně postižených a chroniky nemocných pacientů.⁹⁸ Do zájmu medicínského přístupu se dostává i zjišťování dopadů užívání návykových látek od tabakismu až po závislost na tvrdých drogách.⁹⁹

Medicínské pojetí se opírá zejména o dva základní pojmy a to o pojem „kvality života“, tak jak je definován WHO a o pojem „zdraví“. Kvalitu života dle této definice jsem již uvedla dříve, proto ji zde již nebudu znovu definovat, avšak myslím, že reflektuje obecný bio-psycho-sociální model, který je v medicíně hojně užívaný. Zajímavý je také rozbor této definice, který provedl Křivohlavý. Ten sice považuje za přínos tohoto pojetí právě bio-psycho-sociální komplexnost, kdy je zdraví pojímáno nejen z úhlu fyzického zdraví, ale zahrnuje i zdraví psychické a sociální vztahy, vytýká mu však, že opomíjí duchovní rozměr lidského života, neuvádí kritéria ideálu a nedefinuje některé termíny užívané v definici. Zajímavě toto doplňuje Seedhouse, který říká že: "*Optimální zdravotní stav určité osoby závisí na splnění souboru podmínek, které jí umožňují žít a pracovat tak, aby byly splněny její realisticky zvolené a biologické možnosti.*"¹⁰⁰

Druhým pojmem, který je vhodné vymezit je „zdraví“, které je dle WHO definováno jako stav úplné pohody (fyzické, psychické a sociální) a ne jen jako absenci nemoci nebo tělesné vady.¹⁰¹ V kontrapozici ke zdraví se nachází pojem "nemoc", který je definován jako "*stav organismu, vznikající působením vnějších nebo vnitřních okolností, narušujících*

⁹⁸KOLEKTIV AUTORŮ. *Kvalita života. Sborník příspěvků z konference, konané dne 25. 10. 2004 v Třeboni.* Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. ISBN 80-86625-20-6.

⁹⁹PAYNE, Jiří a kol. *Kvalita života a zdraví.* Praha: Triton, 2005, s. 212. ISBN 80-7254-657-0.

¹⁰⁰SEEDHOUSE in: VAĐUROVÁ, Helena, MÜHLPACHR, Pavel. *Kvalita života. Teoretická a metodologická východiska.* Brno: Masarykova univerzita, 2005. s. 26. ISBN 80-210-3754-7.

¹⁰¹PAYNE, Jiří a kol. *Kvalita života a zdraví.* Praha: Triton, 2005, s. 212. ISBN 80-7254-657-0.

*správné fungování a rovnováhu. Dochází k poruchám funkce a struktury orgánů, vedoucím k výskytu příznaků nemoci a dalším důsledkům.*¹⁰²

Dle Křivohlavého má zdraví dvě základní dimenze a to dimenzi zdraví jako cíl sám o sobě a dimenzi zdraví jako prostředek k realizaci určitého cíle. V rámci těchto dimenzí vymezuje sedm teorií zdraví, např. zdraví jako zdroj fyzické a psychické síly, která v životě člověku pomáhá překonávat těžkosti, zdraví jako metafyzická síla, jako druh vnitřní síly člověka a prostředek pro dosahování cílů, zdraví jako schopnost adaptace, respektive schopnost člověka změnit či ovlivnit prostředí nebo změnit vlastní způsob života či jeho vnímání a schopnost reagovat na nepříznivé situace, se kterými se v životě setká, a další.¹⁰³

Z tohoto vyplývá, že i zdraví jako pojem je velmi těžko uchopitelné a definovatelné. Vztah kvality života a zdraví také nespočívá v pouhém součtu bio-psycho-sociálních faktorů, které by jasně určily kvalitu života, protože každý faktor může mít pro každého jednotlivce jinou důležitost.

4.3.2 KVALITA ŽIVOT Z POHLEDU PSYCHOLOGIE

V psychologii se setkáváme zejména s termínem „well-being“ jakožto synonymum kvality života, avšak je přesnější používat termín osobní pohoda, aby nedošlo k záměně s duševní pohodou, která je spíše vnitřní komponentou osobní pohody než jejím synonymem. Protože termín osobní pohoda lze definovat jako pohodu na fyzické, psychické ale i sociální úrovni. Psychologické zkoumání kvality života se pohybuje na pomezí zkoumání nálad a afektů, osobnostních rysů a postojů ale také ovlivněním různými životními událostmi.¹⁰⁴ Toto koreluje s tvrzením Vaďurové a Mühlpachra, že v tomto přístupu jde o subjektivní hodnocení jednotlivce, zahrnující zejména jeho prožívání, myšlení, potřeby a přání. A dále se zabývá i vlivem traumat, krizí a dlouhodobých poruch nálad na subjektivní hodnocení.¹⁰⁵

Subjektivní osobní pohodu můžeme rozdělit na aktuální a habituální **H. Hnilicová** toto rozdělení definuje tak, „že aktuální subjektivní pohodu charakterizuje momentální prožívání dané osoby a závisí na relativně krátkodobě působících faktorech (emoce,

¹⁰²VAĎUROVÁ, Helena, MÜHLPACHR, Pavel. *Kvalita života. Teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita, 2005, s. 24. ISBN 80-210-3754-7.

¹⁰³ tamtéž, s 24-25.

¹⁰⁴.PAYNE, Jiří a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005, s. 214. ISBN 80-7254-657-0.

¹⁰⁵VAĎUROVÁ, Helena, MÜHLPACHR, Pavel. *Kvalita života. Teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita, 2005, s. 29. ISBN 80-210-3754-7.

nálady, tělesné prožitky). U habituální subjektivní pohody se pak jedná o pro jedince typickou subjektivní pohodu, která je výsledkem agregovaných emocionálních zkušeností¹⁰⁶. Z této definice plyne fakt, že na aktuální osobní pohodě se více podílejí emoce a aktuální prožívání a může tedy docházet k výraznější proměnlivosti v čase než u habituální, která je více založena na kognitivním úsudku založeném na životních zkušenostech, a proto vykazuje vyšší míru stability.

Podle Ryffové a Keyesové existují **šest základních dimenzí osobní pohody** a to:

- **Sebepřijetí**, kdy jde především o sebepoznání, přijetí svých pozitivních i negativních vlastností, přijetí své minulosti a následném přijetí pozitivního postoje k sobě.

- **Pozitivní vztahy s druhými**, které zahrnuje kromě uspokojivých vztahů s druhými i zájem o druhé.

- **Autonomie**, která je vnímaná jako schopnost mít svůj názor a být nezávislý na očekávání nebo hodnocení druhých.

- **Zvládání životního prostředí** (environmental mastery) tedy schopnost zvládat nároky života, orientovat se ve svém okolním prostředí a schopnost rozpoznat příležitosti a užít jich pro uspokojování svých potřeb a cílů.

- **Smysl života** (purpose in life) zahrnuje pro změnu pocit smysluplnosti existence a směřování k vytyčeným cílům.

- **Osobní rozvoj** (personal growth) je možnost vývoje, otevřenost novému a možnost pozitivních změn.

Vzhledem k bio-psycho-sociálnímu pojetí osobní pohody vymezuje Keyesová (1998) ještě **sociální dimenze osobní pohody**, které dělí na:

- sociální integraci hodnotící vztahy jedince ke společnosti

- sociální akceptaci, kterou je myšlen pozitivní hodnocení společnosti jedincem, jedincem hodnocený vlastní sociální přínos společnosti

Dále ještě na sociální aktualizaci a sociální koherenci.¹⁰⁷

E. Diener do svého konceptu osobní pohody zahrnuje kromě životní spokojenosti a pozitivně laděných emocí i termín štěstí.¹⁰⁸ H. Hnilicová také zmiňuje štěstí jako psychologickou komponentu kvality života a dělí ji na **3 základní pilíře**:

¹⁰⁶PAYNE, Jiří a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005, s. 210. ISBN 80-7254-657-0.

¹⁰⁷KOLEKTIV AUTORŮ. *Kvalita života. Sborník příspěvků z konference, konané dne 25. 10. 2004 v Třeboni*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. ISBN 80-86625-20-6.

„Kompetence – pocit jedince, že umí dělat něco smysluplného a je v tomto směru aktivní.

Autonomie – jedinec se může rozhodovat o svém vlastním životě, který má pod kontrolou.

Nalomenost – člověk se cítí být svázán s jinými lidmi a toto vyúsťuje v sebeúctu; člověk si sám sebe váží.“¹⁰⁹

4.3.3 KVALITA ŽIVOTA Z POHLEDU SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKY

Ačkoli se termín kvality života ve speciální pedagogice spojuje především s osobami s handicapem a není přímo zaměřená na uživatele drog či drogově závislé, protože se závislost obecně nepovažuje za handicap, myslím si, že je vhodné toto pojetí také zmínit, protože dle mého názoru vystihuje do určité míry cíle substituční léčby zejména tím, že kvalitu života chápe jako *„ takovou míru zapojení do života společnosti, kdy dochází k co největšímu uspokojení materiálních, sociálních a psychických potřeb.“¹¹⁰* Cílem speciálně pedagogického působení je umožnit handicapovanému jedinci, aby mohl aktivně žít mezi ostatní zdravou populací a aby byly eliminovány poruchy vztahů handicapovaného člověka ke společnosti, u klientů substituční léčby je to velmi obdobné. Další společný rys spatřuji v důležitosti poskytování psychologického poradenství, právní, zdravotní a také materiální pomoci¹¹¹, což by se dalo srovnat s nefarmakologickou složkou substituční léčby.

4.3.4 KVALITA ŽIVOTA Z POHLEDU SOCIOLOGIE

Dle Hnilincové je sociologické pojetí kvality života zaměřeno především na **„atributy sociální úspěšnosti“**, kterými jsou sociální status, majetkové poměry včetně vybavení domácnosti, dále také vzdělání či rodinný stav. Výzkum se orientuje především na vztah těchto atributů a jejich ovlivňování kvality života.¹¹²

Dle Sičáka je kvalita života v sociologickém pojetí komplexní oblastí a proto klade důraz na její jasné vymezení vůči obdobným termínům, jako je životní styl, způsob života

¹⁰⁸KOLEKTIV AUTORŮ. *Kvalita života. Sborník příspěvků z konference, konané dne 25. 10. 2004 v Třeboni*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. ISBN 80-86625-20-6.

¹⁰⁹PAYNE, Jiří a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005, s. 210-211, ISBN 80-7254-657-0.

¹¹⁰KULA, Luděk. *Kvalita života mladistvých a mladých dospělých*. Brno, 2006. s. 25. Rigorózní práce. Masarykova univerzita. Fakulta pedagogická.

¹¹¹tamtéž.

¹¹²PAYNE, Jiří a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005, s.215. ISBN 80-7254-657-0.

a životní úroveň, kdy uvádí, že se sice jedná o termíny související, ale není možné je s kvalitou života jako takovou ztotožňovat.¹¹³

4.4 MOŽNÉ DOPADY UŽÍVÁNÍ OPIOIDŮ NA VÝZNAMNÉ ŽIVOTNÍ OBLASTI

Ačkoli není jasně stanoveno, jaké oblasti v životě jedince nejvíce ovlivňují, existují takové oblasti, u kterých se to nejvíce předpokládá a jsou tedy nejčastěji jmenovány jako významné. Mezi tyto oblasti patří zejména fyzické zdraví, blízké vztahy, sociální vztahy v širším slova smyslu a začlenění do společnosti, práce a studium, bydlení a finanční situace. V této části bych tedy chtěla uvést, jakým způsobem tyto oblasti může negativně ovlivnit užívání drog a jaký vliv na ně může mít právě substituční léčba.

4.4.1 FYZICKÉ ZDRAVÍ OVLIVNĚNÉ UŽÍVÁNÍM OPIOIDŮ

Dopady na fyzické úrovni významně souvisí s působením drogy na organismus a působí změny na biochemické a buněčné úrovni, ovlivňuje chod vnitřních biologických procesů, poškozují orgány nebo ovlivňuje jejich činnost.¹¹⁴

Při užívání může docházet ke změnám fungování centrálního nervového systému, kdy může dojít k ochromení dýchacího centra a zástavě dechu. Opioidy výrazně ovlivňují např. funkci krevního oběhu a trávicího traktu. Často také působí změny na urogenitální úrovni, kde způsobují zadržování moči a u žen mohou způsobit poškození reprodukčních orgánů a vést k jejich neplodnosti. Neplodnost může být ale způsobena jen vymizením menstruačního cyklu z důvodu zhoršeného zdravotního stavu a časté vyhublosti uživatelů a být tak pouze dočasná.¹¹⁵

Další zdravotní poškození souvisí především se způsobem aplikace drogy a se změnou životního stylu. Rozdílné způsoby aplikace mají i odlišné následky. Například kouření a inhalace opioidů může poškozovat plíce a dýchací cesty, šňupání - sniffing naleptává sliznice a poškozují nosní přepážku. Nejnebezpečnějším způsobem užívání je injekční aplikace. Uživatelé si drogu aplikují pod kůži, do svalu ale zejména

¹¹³VAĎUROVÁ, Helena, MÜHLPACHR, Pavel. *Kvalita života. Teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita, 2005, s. 31. ISBN 80-210-3754-7.

¹¹⁴MINAŘÍK, Jakub. *Opioidy a opiáty* In: KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 159-163. ISBN 80-86734-05-6.

¹¹⁵MINAŘÍK, Jakub. *Opioidy a opiáty* In: KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 159-163. ISBN 80-86734-05-6.

intravenózně.¹¹⁶ Tento způsob je nejvíce rizikový vzhledem k tomu, že se tímto způsobem zvyšuje riziko předávkování. Látka, kterou si uživatel takto aplikuje, bývá znečištěna různými dalšími příměsemi, z nichž některé mohou být při tomto způsobu aplikace ještě rizikovější než samotná droga. Tento způsob užití může způsobit ucpávání cév, embolizaci, gangrény, abscesy, endokarditidy a podobně. A vzhledem k běžnému sdílení injekční stříkačky a dalšího materiálu, jako např. lžice představuje nejvyšší riziko vzhledem k přenosu chorob jako je HIV hepatitida a jiné.¹¹⁷

Výrazným nebezpečím je možnost předávkování, protože „je malý rozdíl mezi dávkou účinnou a smrtelnou“¹¹⁸ J. Minařík k tomuto uvádí, že je velké riziko smrtelného předávkování u uživatelů po detoxifikaci, protože abstinence způsobí prudký pokles tolerance k užívané látce a tak se množství látky, kterou uživatel potřeboval před detoxifikací pro něj stává smrtelnou.¹¹⁹

Významné ohrožení fyzického zdraví může souviset se životem na ulici, tedy s nedodržením hygieny ale také s pohybem mezi mnohdy nebezpečnými osobami.¹²⁰ Život na ulici s sebou nese i riziko prochladnutí, přehřátí, dehydratace, větší náchylnost k infekčním onemocněním. Užívání opioidů bývá také často doprovázeno různými kožními problémy, tělo bývá oslabené dlouhodobým užíváním a je také častěji náchylné na napadení různými infekcemi a plísněmi, někteří uživatelé si kožní vyrážky ještě mnohdy škrábou, což se negativně podepisuje na vzhledu.¹²¹

¹¹⁶MINAŘÍK, Jakub, HOBSTOVÁ, Jiřina. *Somatické komplikace a komorbidita 1-místní a celkové infekce, orgánová postižení* In: KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti 1:Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 223-228. ISBN 80-86734-05-6.

¹¹⁷MINAŘÍK, Jakub, HOBSTOVÁ, Jiřina. *Somatické komplikace a komorbidita 2-infekční hepatitidy a AIDS* In: KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 1:Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 229-232. ISBN 80-86734-05-6.

¹¹⁸KALINA, Kamil a kol. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, a. s. 2008, s. 89. ISBN 978-80-247-1411-0.

¹¹⁹MINAŘÍK, Jakub. *Opioidy a opiáty* In: KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 1:Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 159-163. ISBN 80-86734-05-6.

¹²⁰MINAŘÍK, Jakub, HOBSTOVÁ, Jiřina. *Somatické komplikace a komorbidita 1-místní a celkové infekce, orgánová postižení* In: KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti 1:Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 223-228. ISBN 80-86734-05-6.

¹²¹tamtéž s 225.

4.4.2 OVLIVNĚNÍ NA PSYCHICKÉ ÚROVNI

Při dlouhodobém užívání dochází k výrazné **změně motivace** a proměně hierarchie **hodnotového žebříčku**, kdy na prvním místě je droga a činnosti s užíváním spojené. Uživatel ztrácí vůli k ukončení užívání a ztrácí schopnost sebeovládání, pokud jde o drogu.¹²² Kalina toto vysvětluje tím, že droga způsobuje „rozmazení mozku“. Kdy je účinkem drogy příjemný pocit vyvolán rychleji a je mnohem silnější, uživatel tohoto stavu dosáhne, aniž by musel vynaložit takovou aktivitu, jako při vyvolávání účinků vlastními endogenními opiáty a dále také uvádí, že u dlouhodobých uživatelů dochází k poklesu jejich produkce, takže je velmi obtížné dosáhnout uspokojení jinak než užitím drogy.¹²³

V **emoční oblasti** dochází k různým deformacím a ke zvýšené labilitě reakcí a neadekvátnosti reakcí uživatele i na obyčejné podněty.¹²⁴ Dlouhodobé užívání zhoršuje pozornost, paměť a mění zaběhlý způsob myšlení, zkresluje vnímání i způsob myšlení. Také je postupně měněna i celková osobnost uživatele, která celkově upadá. V některých případech si tohoto úpadku uživatel ani nevšimne, někdy si je tohoto vědom a pak toto uvědomění vlastního úpadku může vést k dalšímu snižování sebevědomí a pocitu, že se jeho stav už nedá změnit.¹²⁵

Vzhledem k těmto změnám dochází i k výrazné změně chování uživatelů, vzhledem k tlumivým účinkům této skupiny látek dochází ke snížení aktivity a také výkonnosti a nechuti vyvíjet nějakou aktivitu, ale i ke změně motivace a ztrátě zájmu o vzdělání, pracovní činnost i o aktivní trávení volného času.¹²⁶

4.4.3 SOCIÁLNÍ VZTAHY A POSTAVENÍ JEDINCE VE SPOLEČNOSTI

Sociální důsledky dle mého názoru v zásadě navazují na změnu zdravotního a psychického stavu uživatelů. Na dlouhodobých uživatelích opioidů může být viditelné, že nejsou zcela zdraví, mívají kožní problémy, mohou být nápadně vyhublí. Injekční uživatelé mohou mít viditelné vpichy nebo dokonce abscesy či gangrény.¹²⁷ Vzhledem

¹²²VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004, s. 563. ISBN 80-7178-802-3.

¹²³KALINA, Kamil a kol. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, a. s. 2008. s. 54. ISBN 978-80-247-1411-0.

¹²⁴VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004, s. 563. ISBN 80-7178-802-3.

¹²⁵VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004, s. 564. ISBN 80-7178-802-3.

¹²⁶tamtéž s. 564.

¹²⁷tamtéž s. 573-574.

k celkovému zanedbávání hygieny a péče o sebe a k tomu, že se jejich chování proměňuje, se jim mohou lidé vyhýbat nebo na ně být agresivní či hrubí. Určitý odpor společnosti k uživatelům je možné mimo jiné připsat i sociální stigmatizaci, která užívání drog provází. Postavení jedince ve společnosti může být také ovlivněné častým pácháním trestné činnosti¹²⁸.

Kriminalitu spojenou s užíváním drog tvoří zejména trestné činy, souvisí se samotnou manipulací s drogou a trestné činy související s obstaráváním finančních či materiálních prostředků na drogu.¹²⁹

Vztahy v rodině uživatele se ve většině případů výrazně zhoršují často z důvodů neschopnosti uživatelů drog kontrolovat své chování, z důvodu okrádání členů rodiny, lhaní a podobně. Bohužel někdy může dojít až k úplnému rozvratu rodiny.¹³⁰

4.4.4 PRÁCE A STUDIUM

Mnoho mladistvých uživatelů předčasně ukončuje vzdělávací činnost, většinou z důvodů vysokých absencí a špatného prospěchu, protože buď do školy vůbec nechodí a shánějí si drogu nebo pokud tam jsou, nejsou schopni udržet pozornost a nemají motivaci se učit.¹³¹

Další obtíže se vyskytují v zaměstnání, uživatelé často své původní zaměstnání ztrácejí, pokud o práci ještě stojí, mohou být při přijímání do zaměstnání diskriminováni, kdy tato diskriminace může být ovlivněna jejich vzhledem, nebo tím, že nemají dostatečnou kvalifikaci. Pokud uživatel ještě dochází do zaměstnání, většinu svých vydělaných peněz vynaloží na pořízení drogy, povětšinou však v práci nesetrvává, protože finanční prostředky potřebné na pořízení denní dávky není možné vydělat legální cestou.

4.4.5 FINANČNÍ SITUACE

Finanční situace uživatelů bývá velmi špatná a to zejména z důvodů vysokých cen drog na černém trhu. Uživatelé většinou veškeré finanční prostředky, které mají, vynakládají na pořízení drogy. Špatná finanční situace samozřejmě také souvisí se ztrátou

¹²⁸VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004, s. 573-574. ISBN 80-7178-802-3.

¹²⁹MRAVČÍK, V., et al. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2004*. Praha: Úřad vlády ČR, 2005. ISBN 80-86734-25-0.

¹³⁰VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004, s. 574. ISBN 80-7178-802-3.

¹³¹VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004, s. 563. ISBN 80-7178-802-3.

zaměstnání a v neposlední řadě i podpory rodiny, která se často od uživatele distancuje. Během drogové kariéry si také uživatelé vytvoří často velmi vysoké dluhy, které však v době aktivního užívání většinou vůbec neřeší, protože často žijí život tzv. ze dne na den a jejich pozornost se zaměřuje především na shánění drogy. Dlouhodobí uživatelé mívají často dluhy za zdravotní pojištění, jízdy na černo, různé půjčky a také za soudy a výkony trestu odnětí svobody.¹³²

4.4.6 MOŽNÉ OVLIVNĚNÍ SUBSTITUČNÍ LÉČBY V TĚCHTO OBLASTECH

Substituční léčba poskytuje klientům látku, která je čistá a užívá se bezpečným nebo alespoň méně rizikovým způsobem, výrazně je zde eliminována hrozba předávkování a substituční preparáty celkově nemají takové negativní dopady na organismus uživatele jako nelegálně zakoupené opioidy. Na rozdíl od nich navíc nemění zásadně psychický stav uživatele. Pravidelné docházení klientů umožňuje dlouhodoběji monitorovat zdravotní stav klientů, zjistit zdravotní komplikace včetně psychických poruch a začít s jejich léčbou.

Poskytování substituční léčby je buďto bezplatné nebo alespoň výrazně levnější variantou pro závislého uživatele. Také umožňuje klientovi, i když s určitými omezeními, aby začal pracovat a také splácet své dluhy, proto by měla pozitivně působit i na pracovní a finanční situaci. Mladistvým klientům může takovýto typ léčby umožnit studium a tak jim umožnit zjednodušit si start do budoucnosti.

V oblasti rodinných a intimních vztahů může vzhledem k okolnostem, které jsem již jmenovala také dojít ke zlepšení. Pokud rodinní příslušníci klienta navíc podporují a spolupracují při léčbě, může dojít i k výraznému zlepšení rodinných vztahů i psychického stavu klienta.

Domnívám se, že pokud jde o širší sociální prostředí, nemusí být zlepšení vztahů mnohdy tak výrazné. Vzhledem k tomu, že většinová společnost přistupuje k problematice závislosti často velmi negativním způsobem, protože tato problematika může v lidech vyvolávat např. strach, hněv, odpor či přezíravost a informovanost laické a dokonce i odborné veřejnosti o tomto typu léčby je poměrně nízká a substituční léčba stále ještě představuje kontroverzní způsob léčby, mohou se osoby, zařazené do takovýchto programů cítit stigmatizováni.

¹³²ŘEŽÁBKOVÁ Monika. *Kvalita života osob po léčbě závislosti na návykových látkách*. Plzeň, 2010.

Diplomová práce. Západočeská univerzita v Plzni. Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Michal Svoboda.

4.5 MOŽNOSTI MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA

Dle Vad'urové a Mühlpachra existují dva typy nástrojů měření kvality života. Jsou to nástroje obecné a specifické. Obecné nástroje jsou multidimenzionální, zahrnují velké množství oblastí a je možné je užívat pro osoby s různým zdravotním stavem. Ve většině případů jsou koncipovány formou dotazníků, které zjišťují nejdůležitější aspekty kvality života jedince. Tyto nástroje se užívají v rámci průzkumů obecného zdravotního stavu, při hodnocení změn u jednotlivých onemocnění v rámci programů zdravotní péče. V některých oblastech měření však mohou být tyto nástroje měření nedostatečné.¹³³

Specifické nástroje se tak naopak zaměřují na ty aspekty, které jsou pro měření považovány za důležité či klíčové. Tyto nástroje pak mohou být různě upraveny a specializovány přímo pro konkrétní nemoc, populaci nebo specifické podmínky. Proto je možné je považovat za přesnější nástroje měření než nástroje obecné. Jejich přesné vymezení oblastí či zacílení na konkrétní skupinu osob však může být zároveň vnímáno jako jejich nevýhoda¹³⁴

Metody měření kvality dělí J. Křivohlavý ještě dle objektivnosti a to na:

„Metody objektivní – kvalitu života hodnotí druhá osoba

Metody subjektivní – kvalitu života hodnotí sama daná osoba

Metody smíšené – jsou vzniklé kombinací předchozích typů“¹³⁵

4.5.1 OBJEKTIVNÍ METODY

Objektivní metody měření kvality života znamenají to, že kvalitu života hodnotí druhá osoba nikoli jedinec sám, což může mít negativní dopad na výsledek výzkumu, protože zkoumaná osoba může svou kvalitu života subjektivně prožívat diametrálně odlišně než výzkumník a také zde může docházet ke zkreslení výsledků subjektivním pohledem výzkumníka.

Mezi objektivní metody měření kvality života řadí **Vad'urová a Mühlpachr** nástroj *APACHE II*, který je výrazněji využíván ve Velké Británii, jehož cílem je hodnocení aktuálního a chronicky změněného zdravotního stavu pacienta. Dále tzv. Karnofskyho index, který byl vytvořen jako nástroj měření kvality u osob trpících rakovinou.

¹³³ŘEŽÁBKOVÁ Monika. *Kvalita života osob po léčbě závislostní na návykových látkách*. Plzeň, 2010.

Diplomová práce. Západočeská univerzita v Plzni. Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Michal Svoboda.

¹³⁴ŘEŽÁBKOVÁ Monika. *Kvalita života osob po léčbě závislostní na návykových látkách*. Plzeň, 2010.

Diplomová práce. Západočeská univerzita v Plzni. Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Michal Svoboda.

¹³⁵VAĐUROVÁ, Helena, MÜHLPACHR, Pavel. *Kvalita života. Teoretická a metodologická východiska*.

Brno: Masarykova univerzita, 2005. s. 53. ISBN 80-210-3754-7.

Hodnotitelem je lékař, který využívá hodnotící škálu, aby vyjádřil momentální stav pacienta a proto je tento dotazník zaměřen na fyzickou stránku kvality života. Další možné objektivní nástroje jsou např. Index kvality života, VAS (Visual Analogue Scale) či Spitzerův systém pro chronicky nemocné pacienty.¹³⁶

4.5.2 SUBJEKTIVNÍ METODY

Subjektivními metodami jsou míněny takové postupy, kdy kvalitu života hodnotí sám jedinec, který je zkoumán. Pozitivní je především to, nedotazovaný posuzuje sám svou kvalitu života, tak jak ji on prožívá a je tedy mnohem více vypovídající než objektivní metody. V odborné literatuře jsou často zmiňovanými subjektivními metodami zejména měřicí nástroj *SEIQoL* (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life) a jeho modifikace *SEIQoL- DW*. Mezi další subjektivní metody se řadí např. strukturovaný sebesposuzující rozhovor LQoLP (Lancashire Quality of Life Profile) nebo dotazník SQUALA.¹³⁷

4.5.3 SMÍŠENÉ METODY

Smišené metody měří kvalitu života jak objektivními tak i subjektivními metodami, jedná se tedy o kombinaci předchozích dvou typů, a proto snižují riziko negativních dopadů jednotlivých metod.

Smišenou metodou je např. tzv. *MANSA* (*Manchester Short Assessment of Quality of Life*), který se zaměřuje a spokojenost v oblastech života, jako např. zdravotní stav, sebezpojetí, sociální a rodinné vztahy, finanční situace, trávení volného času a podobně. Tato metoda se snaží postihnout přesný obraz kvality života v tu danou chvíli a umožňuje tak např. revidovat plán péče.

V rámci této metody je dále rozpracována technika LSS (Life Satisfactory Scale), tzv. škála životního uspokojení, kdy tento nástroj hodnotí nejen momentální celkovou spokojenost se životem, ale také řadu dalších dílčích dimenzí kvality života.¹³⁸

¹³⁶VAĎUROVÁ, Helena, MÜHLPACHR, Pavel. *Kvalita života. Teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. s. 54. ISBN 80-210-3754-7.

¹³⁷VAĎUROVÁ, Helena, MÜHLPACHR, Pavel. *Kvalita života. Teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita, 2005, s. 53. ISBN 80-210-3754-7.

¹³⁸tamtéž s. 53.

5 SUBSTITUČNÍ CENTRUM PLZEŇ

5.1 SUBSTITUČNÍ CENTRUM JAKO SOUČÁST ULICE-AGENTURY SOCIÁLNÍ PRÁCE O. S.

Substituční centrum Plzeň je jedním z programů občanského sdružení Ulice-agentura sociální práce. Hlavním cílem této nestátní nezisková organizace, je poskytování sociálních a zdravotní služeb osobám ohroženým sociálním vyloučením zejména v oblasti drogových závislostí a v oblasti prostituce na území města Plzně. Zaměřuje se především na uživatele heroinu, pouliční, klubovou ale i privátní prostituci a na romskou drogovou komunitu a to vzhledem k vzájemné propojenosti těchto cílových oblastí.¹³⁹

5.1.1 HISTORIE ORGANIZACE

Nápad na zřízení takovéto služby vzešel od pana Mgr. Petra Matouška, který v roce 2001 oslovil pana Mgr. Romana Černíka ze sdružení Johan s projektem na terénní službu. Tento nápad byl přijat a tak mohl vzniknout projekt Agentura terénní sociální práce v rámci občanského sdružení Johan.¹⁴⁰

V roce 2002 bylo terénními pracovníky, kteří pracovali pod projektem „Agentura terénní sociální práce“ v rámci občanského sdružení Johan založeno občanské sdružení Ulice-Agentura terénní sociální práce a v roce 2003 pod něj přešel projekt „Agentury terénní sociální práce“.¹⁴¹ Od té doby je samostatnou organizací a nedílnou součástí sociálních služeb v oblasti práce s uživateli drog a v oblasti prostituce v Plzni.

V roce 2006 se rozrostla terénní práce o práci na privátních bytech. Od roku 2007 se organizace zabývala spuštěním nového projektu substituce,¹⁴² jejíž provoz byl zahájen v roce 2009. V tom samém roce se organizace přejmenovala na Ulice-Agentura sociální práce o. s.¹⁴³

5.2 SUBSTITUČNÍ CENTRUM

¹³⁹Ulice-plzen.com. *Výroční zpráva za rok 2010*. [online]. [cit 2012-2-12]. Dostupné na: <http://vyrocka10.ulice-plzen.com/>.

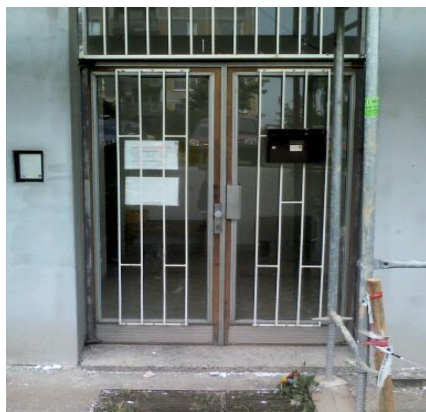
¹⁴⁰Ulice-plzen.com. *Výroční zpráva za rok 2001*. [online]. [cit 2012-2-12]. Dostupné na: <http://www.ulice-plzen.com/vz2001.pdf>.

¹⁴¹Ulice-plzen.com. *Výroční zpráva za rok 2002*. [online]. [cit 2012-2-12]. Dostupné na: <http://www.ulice-plzen.com/vz2002.pdf>.

¹⁴²Ulice-plzen.com. *Výroční zpráva za rok 2008*. [online]. [cit 2012-2-12]. Dostupné na: <http://vyrocka08.ulice-plzen.com/jine2.html>.

¹⁴³Ulice-plzen.com. *Výroční zpráva za rok 2009*. [online]. [cit 2012-2-12]. Dostupné na: <http://vyrocka09.ulice-plzen.com/rok09.html>.

Obrázek 1: Vchod do Substitučního centra Plzeň



Substituční centrum Plzeň je registrovaným nestátním zdravotnickým zařízením, jehož cílem je umožnit osobám závislým na nelegálních drogách opioidového typu návrat do běžného života a to prostřednictvím substituční léčby. Zařízení nabízí časově neomezenou udržovací terapii.¹⁴⁴ Poskytuje rozšířený typ léčby, který v některých službách přechází v komplexní typ substituční léčby.¹⁴⁵ Léčba je ambulantní tzn., že si klienti pro substituční látku docházejí do substitučního centra denně nebo několikrát týdně v případech, kdy splňují kritéria pro výdeje domů. Kromě farmakologické složky léčby nabízí i nefarmakologickou složku léčby, v rámci které je poskytováno i sociální poradenství, jakožto registrovaná sociální služba.

5.3 PRŮBĚH LÉČBY

5.3.1 PŘIJÍMÁNÍ KLIENTA DO LÉČBY

Osoba, která má zájem o zařazení do programu se nejprve musí buďto telefonicky objednat nebo se osobně dostavit do zařízení a domluvit si schůzku se sociální pracovnící programu. Telefonický kontakt je možné získat od terénních pracovníků Ulice, nebo dalších organizací zabývajících se drogovou problematikou nebo na sociálním odboru či od stávajících klientů programu, dále je kontakt také uveřejněn na webových stránkách organizace a na dveřích centra.¹⁴⁶

Na úvodní schůzce provádí sociální pracovnice s klientem vstupní pohovor, jehož cílem je zjistit komplexní anamnézu a zmapovat drogovou kariéru klienta. Během vstupního vyšetření je klientovi předána žádanka na interní vyšetření a na vyšetření na žloutenky. Dále se také zjišťuje, zda má klient potřebné doklady, zejména občanský průkaz a kartu pojištěnce, v případě jejich absence je klient vyzván, aby si doklady opatřil. Následně je klient objednan k lékaři substitučního centra, který provede základní lékařské

¹⁴⁴Ulice-plzen.com. *Substituce*. [online]. [cit 2012-2-12]. Dostupné na: <http://www.ulice-plzen.com/substituce.html>.

¹⁴⁵Ulice-plzen.com. *Výroční zpráva za rok 2010*. [online]. [cit 2012-2-12]. Dostupné na: <http://vyrocka10.ulice-plzen.com/>.

¹⁴⁶Interní materiály Substitučního centra Plzeň o. s. Ulice-Agentura sociální práce. *Operační manuál*. Provozní manuál.

vyšetření a komplexní psychiatrické vyšetření s důrazem na diagnostiku závislosti. Součástí tohoto vyšetření je i dechová zkouška a toxikologický test. Poté lékař společně se sociální pracovníci zhodnotí na základě zjištěných informací a výsledků vyšetření vhodnost této léčby pro daného klienta a rozhodnou o jeho přijetí či nepřijetí. V případě, že klient nemá ještě výsledky potřebných vyšetření, ale jeho stav vyžaduje zahájení léčby, může lékař zařízení dle svého uvážení začít u klienta s medikací buprenorfinem. Na metadon může pak být klient převeden až po doložení výsledků interního vyšetření.¹⁴⁷ Přijatému klientovi je založena jeho osobní karta. Osobní karta obsahuje veškerou dokumentaci týkající se daného klienta.¹⁴⁸

5.3.2 ZKUŠEBNÍ DOBA

První měsíc je klient ve zkušební době, jejímž účelem je adaptace klienta na chod programu, kdy si klient přivyká na každodenní docházení do centra, popřípadě na způsob a podmínky omlouvání absence, dále si také zvyká na to, že musí užívat jen látku předepsanou lékařem a neužívat jiné látky. V tomto období jsou klienti hájeni a za případné porušení pravidel následuje mírnější postih, toto se ale nevztahuje na vysoce bodovaná pravidla jako je agrese vůči pracovníkům či jiným klientům apod.¹⁴⁹

5.3.3 FARMAKOLOGICKÁ SLOŽKA LÉČBY

PRÁCE LÉKAŘE

Lékařem této služby je pan MUDr. Stehlík, který je odborným garantem služby. S klienty provádí vstupní vyšetření somatického a psychického stavu. Provádí také odborné psychiatrické vyšetření s důrazem na diagnostiku závislosti a zhodnocuje, zda je klient indikován k tomuto typu léčby. Lékař předepisuje množství a druh substituční látky, která je pro klienta vhodná. S klienty má minimálně jednou měsíčně pohovor, kdy průběžně hodnotí klientův stav a případně mění dávkování užívané látky či předepíše jiný preparát.

Mimo to provádí individuální terapii a také spolu se sociální pracovníci průběžně zhodnocuje klientův stav a případně revidují plán péče a také společně vedou skupinovou

¹⁴⁷Interní materiály Substitučního centra Plzeň o. s. Ulice-Agentura sociální práce. *Obecné manuály*. Provozní manuál.

¹⁴⁸tamtéž.

¹⁴⁹tamtéž.

terapii. Kromě preskripce substitučních látek také lékař předepisuje další psychofarmaka, pokud to vyžaduje stav klienta.¹⁵⁰

VÝDEJ SUBSTITUČNÍ LÁTKY

Výdej substitučních látek probíhá ambulantní formou každý den od 9h do 11h a to včetně víkendů a všech svátků. Ve všední dny probíhá výdej i v odpoledních hodinách a to od 15. hodin do 17. hodin. Pokud klientům nebyla vydána látka domů, mají povinnost se v této době osobně dostavit a užít substituční látku v zařízení.

Pokud se klient nemůže dostavit, musí toto oznámit pracovníkům centra buďto osobně dopředu, pokud si je vědom, že nebude moci přijít nebo telefonicky nebo sms zprávou v den výdeje, který vynechává. Omluvit se může i zpětně v případě doložení zprávy od lékaře. Klientům jsou omluveny tři ohlášené absence. Další případná absence klienta při výdeji je již braná jako neomluvená. Za neomluvené absence jsou klienti postihováni trestnými body. V odůvodněných případech jako např. nemoc je látka klientovi donesena pracovníkem do jeho bydliště, kde je před ním zkonsumována.

Klient je do substitučního centra vpuštěn po zazvonění a to bez doprovodu jiné osoby, pokud nebyla přítomnost doprovodu předem domluvena. Do výdejové místnosti jsou vpuštěni maximálně tři klienti najednou. A k výdejovému oknu přistupují klienti na vyzvání sester jednotlivě. Další klienti, kteří do centra přijdou, mohou čekat v předsíni (čekárně) centra. Zde však také mohou být pouze tři klienti, v případě omezeného provozu zde mohou zůstat jen dva klienti. Ostatní již nejsou vpuštěni a musejí počkat před zařízením. V předsíni není dovoleno pít donesené nápoje, žvýkat a kouřit.

Výdej provádí dvě sestry, kdy jedna má na starosti dokumentaci a sledování kamer, popřípadě telefonické hovory, dále také dohlíží na regulérnost odběru moči sledováním kamery instalované na WC. Druhá sestra provádí výdej léku a jeho zaznamenání do počítačové databáze, dále provádí testy na alkohol a toxikologické testy a sleduje klienta při užívání léku. V případě Suboxonu®, kdy sublingvální užití tablety trvá delší dobu, na klienta dohlíží a s klientem komunikuje. V případě užívání metadonu klient před pracovníky látku vypije a může ji zapít šťávou, která je mu také poskytnuta z důvodu hořké chuti léku. Poté klient odchází, pokud na danou dobu nemá domluvenou schůzku se sociální pracovnící či lékařem. Výdej léku je zaznamenáván do opiátové knihy.¹⁵¹

¹⁵⁰Interní materiály Substitučního centra Plzeň o. s. Ulice-Agentura sociální práce. *Operační manuál.*

Provozní manuál.

¹⁵¹Interní materiály Substitučního centra Plzeň o. s. Ulice-Agentura sociální práce. *Obecné manuály.*

Provozní manuál.

V rámci výdeje substitučních látek existují 3 úrovně, které se liší zejména v povinnosti denně docházet do centra v možnosti výdeje substituční látky domů a možnosti s látkou odcestovat.

ÚROVEŇ 1

Úroveň 1 je základní úroveň, kde klienti nemají žádné výhody. V této úrovni jsou klienti, kteří započali léčbu, dále ti, kteří nesplňují podmínky vyšších úrovní nebo do této úrovně „spadlí“ z vyšších úrovní z důvodu pozitivních toxikologických testů či porušení jiných pravidel centra. Klient v této úrovni má následující povinnosti:

- povinnost denně docházet do centra
- povinnost 1x měsíčně absolvovat konzultaci s lékařem
- povinnost 1x měsíčně absolvovat konzultaci se sociální pracovnící

ÚROVEŇ 2

V této úrovni mají klienti stejné povinnosti jako v úrovni 1 s výjimkou denního docházení do centra. Podmínkami pro zařazení do této úrovně jsou účast klienta v programu minimálně 6 měsíců, dosavadní bezproblémová docházka a 3 negativní toxikologie za sebou. O zařazení klienta do této úrovně rozhoduje tým Substitučního centra. Výhodami této úrovně jsou výdeje na víkend, možnost mimořádného výdeje a dovolené.

ÚROVEŇ 3

Povinnosti klientů v této úrovni jsou stejné jako v úrovni 2. Podmínky pro zařazení klienta do této úrovně jsou účast v programu minimálně 6 měsíců, zaměstnání minimálně na 0,5 úvazku, které klient dokládá pracovní smlouvou a každý měsíc výplatní páskou a to vždy k 25. dnu v měsíci. Dále klient musí mít čtyři negativní toxikologie za sebou. O zařazení do této úrovně opět rozhoduje tým substitučního centra. Výhody této úrovně jsou výdeje domů na víkendy a na další dny v týdnu, možnost mimořádných výdejů a dovolených. Při pozitivním toxikologickém testu jsou klientovy v této úrovni nejprve odebrány výdeje na víkend, při dalším pozitivním testu, jsou odebrány dny v týdnu. Pro návrat výdejů musí klient splnit podmínku dvou po sobě jdoucích negativních toxikologií.

Mimořádným výdejem je myšlen výdej na dobu delší než tři dny. Klient musí o výdej požádat nejméně týden dopředu. O umožnění mimořádného výdeje rozhoduje tým substitučního centra.

Dovolená umožňuje klientům odjet na dovolenou po ČR ale i do ciziny a vzít si substituční látku s sebou. V případě setrvání v ČR musí klient o dovolenou požádat alespoň týden dopředu, u cest do zahraničí musí žádat minimálně 6 týdnů předem z důvodů

nutnosti vyřízení certifikátu pro vývoz opiátů. Na dovolenou má nárok pracující i nepracující klient. Nepracující klient může žádat dva krát ročně o týden dovolené, pracující klient má nárok na 4 týdny dovolené. Souvisle však může čerpat dovolenou jen dva týdny a to jen jednou ročně.

Při nesplnění povinností absolvování konzultace u lékaře a sociální pracovnice jsou klientovi dočasně odebrány výdeje domů do doby, než si povinnost nahradí.¹⁵²

5.3.4 NEFARMAKOLOGICKÁ SLOŽKA LÉČBY

SOCIÁLNÍ PRÁCE

Obrázek č. 2: Terapeutická místnost



V rámci sociální práce docházejí klienti každý měsíc za sociální pracovníci, kdy společně zhodnocují situaci a řeší případné problémy. V případě zájmu klienta je možné s klientem sestavit individuální plán, ve kterém se jasně stanovují problémy a cíle, na kterých bude klient společně

se sociální pracovníci pracovat. Setkání se pak zaměřují na zhodnocování naplňování dílčích cílů a překážek, které mohou nastat. V rámci sociální práce je klientům nabídnuto základní a odborné sociální poradenství, asistence, krizová intervence nebo také poskytování referencí a záruk. Sociální práce se zaměřuje i na rodinné příslušníky a další blízké osoby, pro které je určeno poradenství pro osoby blízké.

Zařízení je registrovaným sociálním zařízením, které poskytuje **odborné sociální poradenství** v oblasti drogových závislostí. Zároveň poskytuje i základní sociální poradenství, jak mu to ukládá zákon o sociálních službách. V rámci sociálního poradenství řeší sociální pracovník spolu s klientem jeho doklady, evidenci na úřadu práce, bydlení, finanční a dluhovou situaci, základní právní poradenství a podobně.

V rámci **asistence** je klientům nabídnuta možnost doprovodu na úřady, k soudu, na jednání s právníkem a při podobných situacích, kdy si klient není jistý sám sebou a může se cítit ohroženě.

¹⁵²Interní materiály Substitučního centra Plzeň o. s. Ulice-Agentura sociální práce. *Obecné manuály*. Provozní manuál.

Krizová intervence je v tomto zařízení poskytována klientovi v případě nějaké neočekávané nepříznivé situace, která nastala a zaměřuje se na psychickou stabilizaci klienta a na prevenci proti relapsu.¹⁵³

Zařízení vystavuje potvrzení o účasti v programu a to většinou na základě žádosti klienta. Typickými případy je vystavování potvrzení pro probační a mediační službu a pro orgán péče o děti zejména při řízeních o svěřením dítěte do péče.

Poradenství pro osoby blízké je poskytována rodinným příslušníkům a blízkým osobám klientů a uživatelů, kteří mají problém se závislostí na drogách opioidového typu. V rámci poradenství je možné s blízkými osobami konzultovat obecně problematiku závislostí a substituční léčby, jak prožívají závislost blízké osoby, jak se mohou k závislé osobě chovat a co mohou udělat sami pro blízkou osobu nebo pro sebe. V případě potřeby je možné je doporučit do jiných zařízení např. do CPPT o.p.s., kde je realizována skupina pro osoby blízké.¹⁵⁴

TERAPEUTICKÁ PRÁCE S KLIENTY

Toto zařízení svým klientům poskytuje individuální psychoterapii. Individuální terapie je poskytována jak lékařem centra, tak sociální pracovníci, která je zároveň psychoterapeutem a adiktologem. Jde zejména o psychoterapii dynamickou, která je orientována na příčiny závislostí a na prevenci relapsu.

Druhým typem terapie, která je v tomto zařízení poskytována, je terapie skupinová. Skupinové terapie vedou lékař a sociální pracovníce společně. Skupinová terapie je povinná pro klienty, kteří jsou ve druhém a třetím stupni léčby a mají povoleny výdeje domů. Pro ně je také určena skupina uzavřená, která je svou povahou podpůrná, ale také zároveň hlouběji zasahující do jejich minulosti např. v rámci životopisných skupin, kdy je jedna skupina věnována vždy jednomu klientovi a jeho životnímu příběhu. Druhým typem skupiny je skupina otevřená, která je určena pro klienty 1. fáze a pro klienty, kteří méně spolupracují. Tato skupinová terapie je výrazně podpůrná a jejím cílem je spíše sdílení zážitků a problémů, které se týkají osobního života ale také chodu programu. Zde není stanovena povinnost na skupinovou terapii docházet.¹⁵⁵

¹⁵³KALINA, Kamil, et al. *Glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha:Filia Nova, 2001. ISBN 80-238-8014-4.

¹⁵⁴Interní materiály Substitučního centra Plzeň o. s. Ulice-Agentura sociální práce. *Obecné manuály. Provozní manuál*.

¹⁵⁵Interní materiály Substitučního centra Plzeň o. s. Ulice-Agentura sociální práce. *Obecné manuály. Provozní manuál*.

5.3.5 DALŠÍ AKTIVITY

Mezi dalšími aktivitami, které toto zařízení svým klientům nabízí, jsou různé arteterapeutické techniky. Nejedná se však o plnohodnotnou arteterapii. Klienti se mohou například zúčastnit výtvarné dílny, kde si mohou vyzkoušet svou zručnost při výrobě nejrůznějších předmětů. Většinou je dílna nějak tematicky zaměřena, kdy například před Vánocemi klienti vyrábějí vánoční dekorace, před velikonoce velikonoční dekorace a podobně. Arteterapeutických technik se využívá i v rámci terapeutické práce a to v rámci prevence relapsu, kdy jsou klienti vyzváni, aby v případě, že mají na drogu chuť, tuto chuť namalovali. Dále se v terapeutické práci využívá arteterapeutických technik, jako jsou techniky „Strom života“, „Čára života“ nebo „Řeka života“, kdy jsou klienti vyzváni, aby svůj život v tomto duchu výtvarně ztvárnil.

5.4 UKONČENÍ LÉČBY

Ukončení léčby v Substitučním centru je upraveno v operačních manuálech Substitučního centra, kde jsou vymezeny důvody pro ukončení programu jak ze strany klienta, tak ze strany zařízení. Dalšími interními dokumenty, které souvisí s ukončením léčby, jsou především terapeutický řád, interní pravidla a terapeutická smlouva. V ideálním případě je léčba ukončena z důvodu naplnění kontraktu, kdy již klient ke svému životu nepotřebuje substituční látku nebo se rozhodl pro na abstinenci orientovanou léčbu. O tomto způsobu ukončení rozhoduje klient společně s lékařem, který je povinen zhodnotit, zda je klient na tento krok připraven.

5.4.1 DŮVODY PRO UKONČENÍ LÉČBY NA STRANĚ KLIENTA

Důvody pro ukončení léčby na straně klienta jsou především **naplnění kontraktu** či důvodu, pro který vznikl a neúčelovost dalšího setrvávání v programu, **migrace klientů**, kdy se např. klient, který je cizinec navrátí do své rodné země, dále také **vypovězení kontraktu** ze strany uživatele a jeho odchod na vlastní žádost. V tomto případě je přání ukončit léčbu ještě konzultováno s pracovníkem centra, který si o ukončení léčby s klientem promluví, nesmí však na klienta vyvíjet žádný nátlak a konečné rozhodnutí je samozřejmě na klientovi. Posledním důvodem uvedeným v manuálu pro ukončení léčby je **smrt klienta**

5.4.2 DŮVODY PRO UKONČENÍ LÉČBY ZE STRANY ZAŘÍZENÍ

Důvody pro ukončení léčby ze strany zařízení souvisí ideálně s **naplněním cílů** léčby nebo **předáním klienta do další návazné péče**. Specifickým důvodem pro ukončení léčby je **vyloučení klienta**.

Důvody pro vyloučení jsou špatná spolupráce s klientem a opakované nedodržení dohodnutých postupů a pravidel programu nebo jednorázové hrubé porušení pravidel programu.

Z důvodů dřívější nejednotnosti v postupech při porušování pravidel centra vznikl nový tzv. **bodovací systém**, který definuje prohřešky proti pravidlům substitučního centra a zároveň stanovuje počet trestných bodů, které za toto porušení náleží. Dále stanovuje pravidlo, že se trestné body sčítají, dobu trvanlivosti trestných bodů, která je stanovena na tři měsíce a počet bodů, které vedou k vyloučení klienta programu. K vyloučení klienta dochází v případě, že nasbírá 5 trestných bodů.

Pět trestných bodů, tedy okamžité vyloučení z programu následuje, pokud se klient dopustí fyzického násilí proti druhému. Tedy jak proti personálu, tak proti klientům, či třetím osobám nebo v případě úmyslného odchodu se substituční látkou a to přes výzvu pracovníka, aby setrval v zařízení, dokud látku neužije.

V případě, že je klient z programu vyloučen, je o tomto informován ústní i písemnou formou, pouze v případě, že není známa zaslací adresa, ukládá se informace o vyloučení v dokumentaci.

Postup při ukončení léčby se liší dle užívané substituční látky. Substituce buprenorfinem je ukončena dnem vyloučení, nebo detoxifikací, dle schématu uvedeném ve standardu substituční léčby. V případě substituce metadonem je klientovi postupně snižována dávka metadonu tak, aby mohl přejít k abstinenci bez výraznějších abstinčních příznaků. V případě dalšího porušení pravidel programu je klient vyloučen okamžitě. V tomto případě je klientovi nabídnuta možnost detoxifikace na psychiatrické klinice Fakultní nemocnice v Plzni. Možnost detoxifikace na psychiatrické klinice je také zprostředkována vyloučeným uživatelům buprenorfinu v případě, že o to sami požádají.

Pokud byl klient z programu vyloučen, může být do programu znovu zařazen až po měsíci. V případě dalšího vyloučení může být zařazen až po třech měsících a v případě třetího vyloučení až po půl roce.¹⁵⁶

¹⁵⁶Ulice-Agentura sociální práce, o. s. *Obecné manuály substitučního programu.*

6 PRŮZKUM KVALITY ŽIVOT KLIENTŮ V SUBSTITUČNÍM CENTRU V PLZNI

V této kapitole se zabývám zkoumáním kvality života klientů Substitučního centra v Plzni, kteří se v době mého výzkumu v tomto zařízení léčili, a kteří byli ochotní se mého výzkumu zúčastnit.

Závislost na opioidech zásadním způsobem ovlivňuje zejména zdravotní stav, sociální vztahy, schopnost pracovat a studovat, negativně ovlivňuje majetkovou situaci, schopnost vhodně trávit volný čas a začlenit se do společnosti a tím vším negativně ovlivňuje celkovou kvalitu života jejich uživatelů. Proto je hlavním cílem substituční léčby jako nástroje pomoci osobám, které v danou chvíli nechtějí nebo nemohou podstoupit abstinenci orientovanou léčbu, tuto kvalitu života zvyšovat.

Vzhledem k tomu, že není jasně stanoveno, co je kvalita života ani jaké oblasti (domény) tuto kvalitu života utvářejí, zvolila jsem jako hlavní nástroj výzkumu dotazník SEIQoL-DW, který umožňuje zjistit, které oblasti jsou pro jednotlivé klienty významné a určit hodnotu spokojenosti (kvality) v těchto oblastech a tak určit jejich momentální subjektivní kvalitu života.¹⁵⁷ Tuto metodu jsem zvolila mimo jiné z důvodu, že poukazuje na hodnotový systém respondentů, a také má vedlejší terapeutický efekt, protože respondenti mají možnost přemýšlet nad tím, co je pro ně v životě důležité.

Přestože nejsou jasně stanoveny domény kvality života, nejčastěji uváděnými významnými oblastmi jsou finanční situace, bydlení, práce, zdraví a vztahy, což jsou právě ty oblasti, které užívání opioidů ovlivňuje nejvýrazněji. Navíc v případě SEIQoL-DW mohou být zvolené oblasti značně různorodé, proto jsem použila v tomto výzkumu i strukturovaný rozhovor, kterým zjišťuji momentální spokojenost všech respondentů v těchto oblastech a hlouběji zjišťuji, co má na spokojenost v těchto oblastech vliv.

Vzhledem k tomu, že neexistuje žádný validní nástroj pro zjišťování kvality života u osob, které jsou ovlivněny psychoaktivními látkami a možného výskytu psychických onemocnění u respondentů, snažím se jejich subjektivní pohled porovnat s objektivními daty, která získávám pomocí analýzy dokumentace respondentů a mnou prováděného nestrukturovaného zúčastněného pozorování.

6.1 FORMULACE VÝZKUMNÉHO CÍLE

Hlavním cílem mého výzkumu je zjistit, jaké oblasti určují kvalitu života klientů Substitučního centra, jak jsou v těchto oblastech spokojeni a tedy jaká je jejich celková

¹⁵⁷ O'BOYLE, A. Ciarán., BROWNE, John. *The schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (SEIQoL)*. Royal College of Surgeons : Dublin 2, 193.

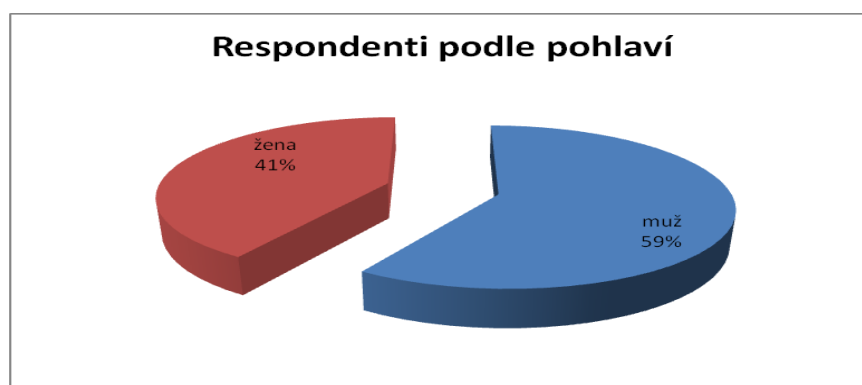
kvalita života. Druhým cílem výzkumu je zjistit zda a jakým způsobem tuto kvalitu života ovlivňuje právě substituční léčba.

Z tohoto vyplývají následující výzkumné otázky:

1. Jaké fenomény (oblasti) jsou pro klienty Substitučního centra Plzeň subjektivně významné a co znamenají?
2. Jaká je spokojenost respondentů v nejdůležitějších oblastech, a co tuto spokojenost ovlivňuje?
3. Jaká je celková subjektivní kvalita života klientů?
4. Nakolik a v čem ovlivňuje substituční léčba dle názoru respondentů jejich kvalitu života?

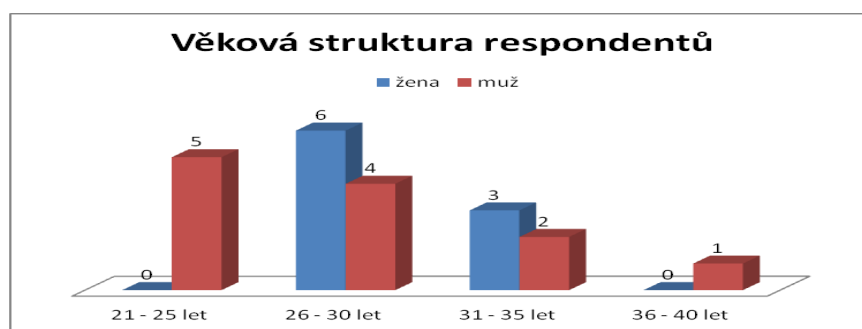
6.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU

Graf č. 1: Respondenti podle pohlaví



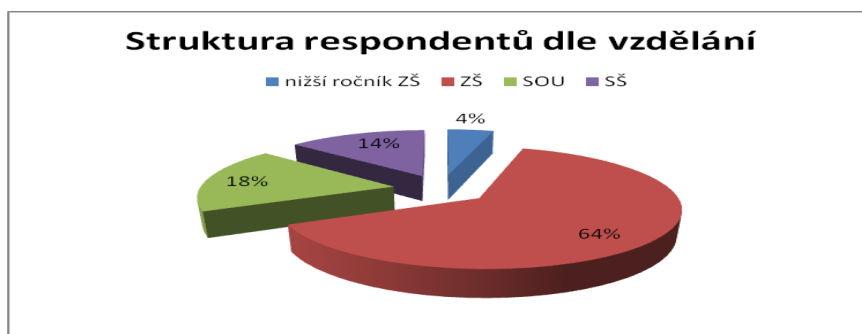
Ze všech oslovených klientů Substitučního centra v Plzni souhlasilo s účastí ve výzkumu 22 respondentů. Z toho 13(59 %) respondentů byly muži a 9(41 %) respondentů byly ženy.

Graf č. 2: Věková struktura respondentů

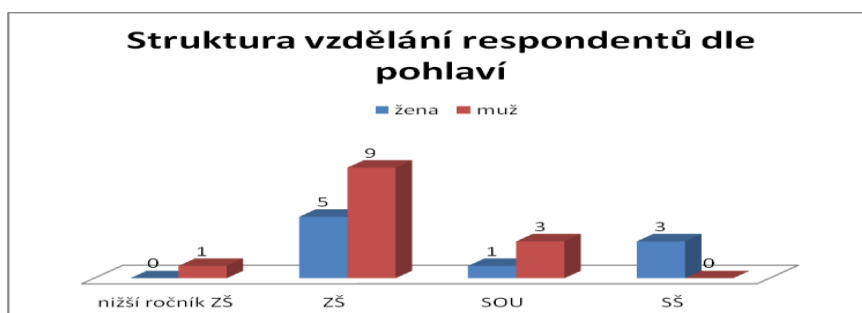


Většina respondentů je ve věku do pětatřiceti let včetně, z toho největší počet spadá do věkové kategorie 26 – 30 let. Do této věkové kategorie spadá také největší počet žen. Nejvíce mužů je mladších 25. let. Pouze dva respondenti jsou starší 35. let a oba jsou muži. Nejmladšímu respondentovi je pak 21 let a nejstaršímu 54 let.

Graf č. 3: Struktura respondentů dle vzdělání

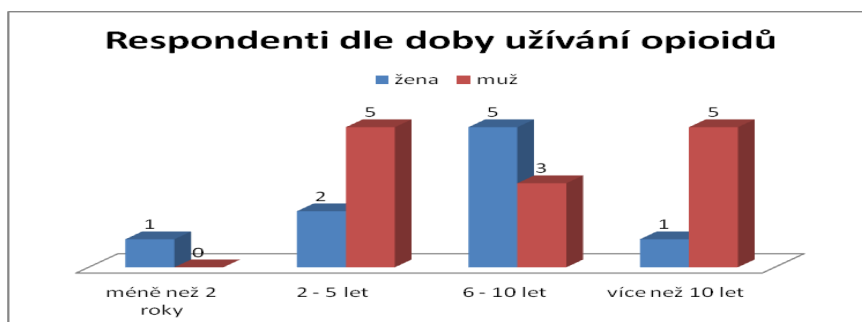


Graf č. 4: Struktura respondentů dle pohlaví



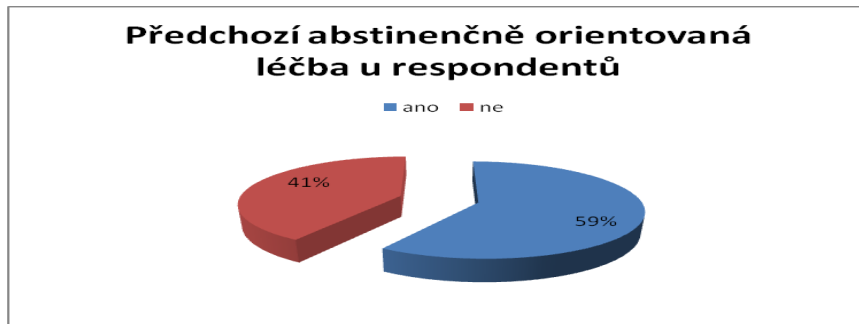
Z hlediska dosaženého vzdělání, tvoří nejpočetnější skupinu respondenti se základním vzděláním. V této kategorii se vyskytuje jak největší počet mužů tak i žen. Druhou nejpočetnější skupinu respondentů tvoří absolventi středních odborných učilišť, vyučení jsou tři muži a jedna žena. Pouze jeden respondent (muž) uvedl jako nejvyšší dokončené vzdělání nižší ročník ZŠ. Ženy ze zkoumané skupiny dosahují v průměru vyššího vzdělání, mezi středoškolsky vzdělanými respondenty jsou pouze ženy.

Graf č. 5: Respondenti dle doby užívání opioidů

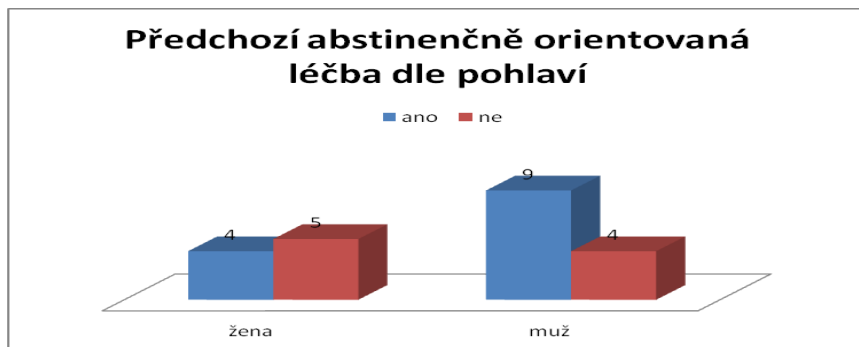


Více než polovina respondentů užívá opioidy déle než 6 let. Největší procento žen je užívá déle než pět let, ale ne více než deset let. Nejvíce mužů pak shodně užívá opioidy buďto v rozmezí od dvou do pěti let včetně nebo více než deset let. Nejkratší dobu užívání uvedla žena, a to dobu kratší než dva roky.

Graf č. 6: Respondenti dle předchozí léčby

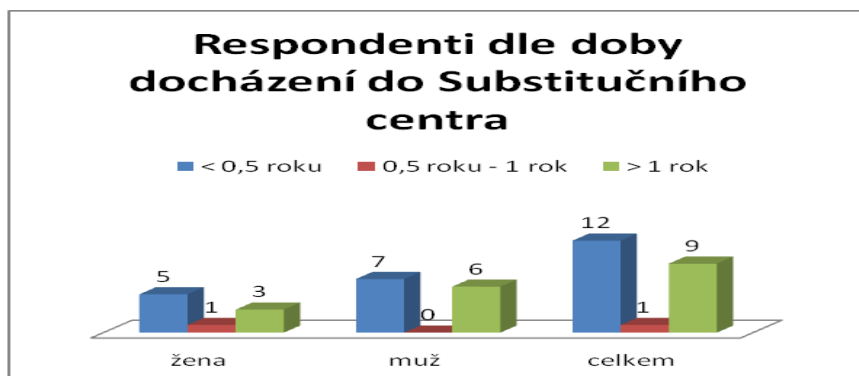


Graf č. 7: Předchozí abstinenci orientovaná léčba dle pohlaví



Devět respondentů (41 %) nikdy nepodstoupilo na abstinenci orientovanou léčbu závislosti. Ženy dokonce uvedly substituční léčbu jako jediný způsob jejich řešení drogové závislosti ve více než polovině případů. U mužů převládají ti, kteří se před vstupem do substitučního programu pokoušeli o abstinenci orientovanou léčbu.

Graf č. 8: Respondenti dle doby docházení do Substitučního centra



Více než polovina respondentů dochází do centra souvisle méně než půl roku, z toho je pět žen a sedm mužů. Velká část (6) „nových“ respondentů je však v programu opakovaně. Jeden respondent (žena) dochází do zařízení déle než půl roku, ale ne déle než rok. Devět respondentů se pak v centru léčí déle než rok. I zde převažují muži v poměru 3 : 6.

6.3 METODOLOGICKÝ POSTUP

Pro tuto práci jsem si zvolila kvalitativní typ výzkumu. Vzhledem k tomu, že zde využívám i kvantifikovaná data získaná pomocí dotazníku SEIQoL-DW, si uvědomuji, že by zde bylo možné provést výzkum smíšený a do určité míry se tento výzkum za smíšený i dá považovat, protože smíšený výzkum kombinuje určitým způsobem kvalitativní i kvantitativní postupy.¹⁵⁸

Vzhledem k omezenosti rozsahu bakalářské práce a malého množství respondentů si však myslím, že je vhodnější tuto práci pojmu spíše kvalitativně a výsledky matematického měření kvality života využít k doplnění celého výzkumu, kdy je možné tato data porovnávat s výstupy ze strukturovaného rozhovoru, s výstupy z analýzy dokumentace a mého dlouhodobého zúčastněného pozorování. Opírám se v tomto mimo jiné i o slova D. Kocmana, který říká: „*Mělo by přestat platit, že kvalitativní výzkum je „pouze“ o výnamech, kdežto pokud chceme získat rigorózní hodnocení výsledků, obrátíme se na kvantitativní evaluaci.*“¹⁵⁹

6.3.1 SEIQoL-DW

Hlavní metodou, kterou v této práci užívám je standardizovaný dotazník SEIQoL-DW, který je odvozen od dotazníku pro hodnocení subjektivní kvality života. Tento nástroj se považuje za standardizovaný polostrukturovaný rozhovor, který umožňuje zjistit, jaké oblasti v životě jsou pro klienta momentálně významné, a co pro danou osobu tyto oblasti subjektivně představují. Také umožňuje znázornění momentální spokojenosti v daných oblastech a na základě spokojenosti a váhy daných oblastí mezi s sebou umožňuje vypočítat jejich momentální subjektivní kvalitu života.¹⁶⁰

V rámci tohoto dotazníku respondenti nominují pět oblastí, které považují za významné a určující jejich kvalitu života. Ve výběru je jim ponechána úplná volnost, jen v případě, že respondenti nejsou schopni tyto oblasti nominovat sami, je jim nabídnuta nápověda ve formě výčtu nejužívanějších oblastí, které byly vyvozeny na základě výzkumu se širokou populací.

Ke každé nominované oblasti respondent vyjádří, co konkrétně pro něj tato oblast znamená, takže při následném hodnocení může dojít k situaci, že se stejné oblasti budou

¹⁵⁸HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál, 2008, s.271. ISBN 978-80-7367-485-4.

¹⁵⁹KOCMAN David. *Využití kvantitativních a kvalitativních metodologií při hodnocení kvality života a hodnocení intervencí v sociálních službách-diskusní zpráva*. Quip-Společnost pro změnu, 2011.

¹⁶⁰O'BOYLE, A. Ciarán., BROWNE, John. *The schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (SEIQoL)*. Royal College of Surgeons : Dublin 2, 1993.

u respondentů lišit obsahem, nebo že jinak pojmenované oblasti budou mít v podstatě stejný či obdobný význam. Toto je nutné zohlednit v následující interpretaci dat.

Následně je respondentovi předložena vizuální škála, které definuje rozmezí 0 – 100 mm. Pod vizuální škálu jsou zaznamenány respondentem nominované oblasti a u každé z nich vytvoří libovolně dlouhou přímku, a to podle toho, jak je v současnosti spokojen s danou oblastí. Spodní hranice definuje nejmenší možnou spokojenost s danou oblastí (absolutní nespokojenost), horní pak nejvyšší možnou spokojenost s danou oblastí. Délka přímky u každé nominované oblasti pak představuje hodnotu X_1 , která je počítána v milimetrech.

Nakonec je respondentovi předložen disk, který se skládá z pěti barevných disků (každý v jiné barvě) otáčejících se kolem centrálního bodu, které jsou podloženy větším diskem, na které je vyobrazena stupnice od 0 do 100. Každá barva znázorňuje jednu respondentem nominovanou oblast. A pomocí tohoto nástroje se stanoví relativní důležitost jednotlivých oblastí, respektive vzájemná váha oblastí mezi sebou. Takto získáme hodnotu Y pro každou z pěti oblastí.

Index momentální spokojenosti v dané oblasti (Z) získáme výpočtem pomocí **vzorce: $Z = X * Y$ ($Z_1 = X_1 * Y_1$)** Součtem všech dílčích Z ($Z_1 - Z_5$) získáme výslednou kvalitu života vyjádřenou na stupnici od 0-100. Čím vyšší číslo, tím vyšší kvalita života respondenta.¹⁶¹

6.3.2 STRUKTUROVANÝ ROZHOVOR

Druhou metodou, kterou jsem v tomto výzkumu využila je strukturovaný rozhovor (ovšem ve formě dotazníku) na kvalitu života. Strukturovaný rozhovor, má jasně stanovenou strukturu otázek. A používá se, když je nutné minimalizovat různorodost otázek, tak aby se jednotlivé rozhovory od sebe příliš nelišily. Je sice méně hluboký než jiné typy rozhovorů, ale je vhodný pokud nemáme moc času se respondentovi věnovat.¹⁶²

Tento rozhovor byl takto sestaven z důvodu potřeby strukturovat a písemně zaznamenat sdělení respondentů. Respondenti měli velký problém držet se tématu, nebo zůstat v centru delší dobu a tato forma umožňovala s respondenty hovořit vícekrát. Dalším důvodem pro výběr této formy, byla i neochota respondentů provést klasický rozhovor na

¹⁶¹O'BOYLE, A. Ciarán., BROWNE, John. *The schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (SEIQoL)*. Royal College of Surgeons : Dublin 2, 1993.

¹⁶²HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál, 2008, s. 173. ISBN 978-80-7367-485-4.

záznam z důvodu strachu o své soukromí. Tato forma navíc umožňovala využití vizuální škály.

Oblasti jsem volila tak, abych zjistila další informace o oblastech, které si respondenti sami zvolili jako významné a zároveň jsou obecně považované za významné a drogová závislost je nejvíce ovlivňuje. Specifickou oblastí, na kterou jsem se zde dotazovala, bylo ovlivnění kvality života substituční léčbou. V tomto rozhovoru jsem použila jak otázky uzavřené (zejména pro zjišťování jednoduchých faktů), tak i otázky otevřené, pro zjištění jejich hlubších souvislostí. Využila jsem možnosti písemného zaznamenávání a předložila jsem respondentům i vizuální škály, na kterých měli vyjádřit spokojenost v jednotlivých oblastech a míru ovlivnění substituční léčbou. Tyto škály jsem použila proto, abych mohla výsledky zjištěné v rámci šetření pomocí SEIQoL-DW porovnávat a zároveň mohla zjistit míru spokojenosti v těchto oblastech u všech respondentů, protože ne všichni respondenti samostatně volí stejné významné oblasti. Jednotlivé otázky se týkají rodiny a vztahů, finanční situace, zdravotního stavu, práce, bydlení a ovlivnění substituční léčbou.

6.3.3 ANALÝZA DOKUMENTACE

„Za dokumenty se považují taková data, která vznikla v minulosti, byla pořízena někým jiným než výzkumníkem a pro jiný účel, než jaký má aktuální výzkum. Výzkumník se tedy zabývá tím, co je již k dispozici, ale musí to vyhledat.“¹⁶³ Dokumenty mohou být buďto jediným zdrojem výzkumu nebo mohou doplňovat informace získané pozorováním a rozhovory.¹⁶⁴

V této práci jsem analyzovala osobní složky všech respondentů, kteří se zúčastnili tohoto výzkumu. Osobní složka je souhrn všech dokumentů a údajů o klientovi, které má Substituční centrum k dispozici. K těmto složkám jsem měla přístup v době mé stáže, jejíž hlavním cílem bylo provádění tohoto výzkumu.

Pomocí této analýzy se snažím dotvořit celkový obraz tím, že do výzkumu zahrnuji objektivní pohled na situaci respondentů. Pomocí analýzy jejich dokumentace mohu jednak doplňovat a blíže zdůvodňovat některé výsledky výzkumu, ale také mohu porovnávat zjištěné informace s těmi, které mi poskytli respondenti a tak mohu korigovat možná zkreslení.

¹⁶³HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál, 2008, s. 204. ISBN 978-80-7367-485-4.

¹⁶⁴tamtéž s. 204.

6.3.4 ZÚČASTNĚNÉ POZOROVÁNÍ

*Zúčastněným pozorováním je možné popsat, co se děje, kdo nebo co se účastní dění, kdy a kde se věci dějí, jak se objevují.*¹⁶⁵ Tento typ umožňuje pozorovateli hlouběji popsat či analyzovat nějaký jev. Pozorovatel není pouze pasivní a nestojí zcela mimo, ale sám se účastní dění, což mu umožňuje hlubší analýzu jevu.¹⁶⁶ Pozorování bylo prováděno, v rámci styku s respondenty v zařízení, kde jsem kromě výzkumu, také jako stážista vydávala substituční preparáty. Mé pozorování bylo nestrukturované a skryté, protože pozorování s tím nebyli obeznámeni. Vzhledem k nestrukturovanosti pozorování jsem o tom nepořizovala protokol, jen jsem si dělala poznámky.

Tato metoda je dle mého názoru vhodná jako doplněk předchozích metod, zejména pro posílení objektivního hodnocení. Rozhodla jsem se ho využít zejména z důvodu dlouhodobosti mé stáže v Substitučním centru.

6.3.5 POSTUP PŘI ZADÁVÁNÍ VÝZKUMNÉ METODY

Výzkum touto metodou byl prováděn na základě totálního výběru.¹⁶⁷ Tedy oslovením všech aktuálních klientů Substitučního centra v období od října 2011 do března 2012. Ze všech oslovených klientů se výzkumu dobrovolně zúčastnilo 22 respondentů, kteří do zařízení docházejí různě dlouhou dobu a jsou v odlišných fázích léčby. Ostatní oslovení (7) účast na výzkumu odmítli.

Všichni respondenti byli poučeni o účelu výzkumu a ubezpečeni o anonymitě a zachování mé mlčenlivosti. Následně s nimi byl vyplněn dotazník SEIQoL-DW, který má formu polostrukturovaného rozhovoru, který jsem s respondenty vedla dle návodu k dotazníku spíše formou rozhovoru s nimi, ale držela jsem se struktury tohoto dotazníku. Respondenti vždy vyplňovali subjektivní pocit spokojenosti na škále a sami na disku definovali jejich míru důležitosti, ale nominované oblasti jsem často zapisovala já přesně podle jejich slov, protože někteří z respondentů měli problém s psaným projevem nebo nechtěli být identifikováni podle písma. Oblasti respondenti nominovali samostatně, pouze ve dvou případech jsem respondentům předložila výčet obvyklých oblastí. Vyplňování polostrukturovaného rozhovoru SEQoL-DW trvalo v průměru 12-15 minut.

Poté jsem s respondenty prováděla strukturovaný rozhovor, který měl ale písemnou formu. Často jsem jim otázky formulovala i jinak, aby jim lépe porozuměli. Tento typ

¹⁶⁵ HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál, 2008, s. 203. ISBN 978-80-7367-485-4.

¹⁶⁶ tamtéž, s. 173.

¹⁶⁷ MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1362-4.

rozhovoru trval průměrně třicet minut, v některých případech byl prováděn po částech a to vzhledem k časovým možnostem respondentů.

Zjištěné informace jsem následně porovnávala s informacemi, které jsem získala analýzou osobních karet respondentů a také s mým nestrukturovaným přímým pozorováním.

6.3.6 POSTUP ZHODNOCOVÁNÍ VÝSLEDKŮ

Výsledky vyhodnocuji za pomoci kvalitativní analýzy a zobrazováním dat pomocí grafů vytvořených v programu Excel. U zhodnocování subjektivních významů nominovaných oblastí využívám pouze dotazníku SEIQoL-DW, protože je k tomuto zjišťování určený. Při interpretaci dat zde postupuji na základě metody trsů¹⁶⁸ a využívám zde příklady citací respondentů pro demonstraci svých závěrů.

Při vyhodnocování spokojenosti ve významných vybraných oblastech a celkové kvality života respondentů využívám všech nástrojů, tedy SEIQoL-DW, strukturovaný rozhovor, analýzu dokumentace a pozorování. Při analýze těchto dat pak používám grafické znázornění a metodu vyhledávání a vyznačování vztahů, protože se snažím zjistit vztah mezi situací respondentů v daných oblastech a mírou jejich spokojenosti v těchto oblastech¹⁶⁹, své závěry demonstruji na příkladech citací.

Při zjišťování vlivu substituční léčby na kvalitu života vycházím z dat získaných při strukturovaném rozhovoru, z analýzy dokumentace a mého pozorování. I zde se opět snažím tyto informace analyzovat zejména pomocí metody trsů a demonstrovat některé skutečnosti pomocí grafů.

6.4 VÝSLEDKY VÝZKUMU A ANALÝZA DAT

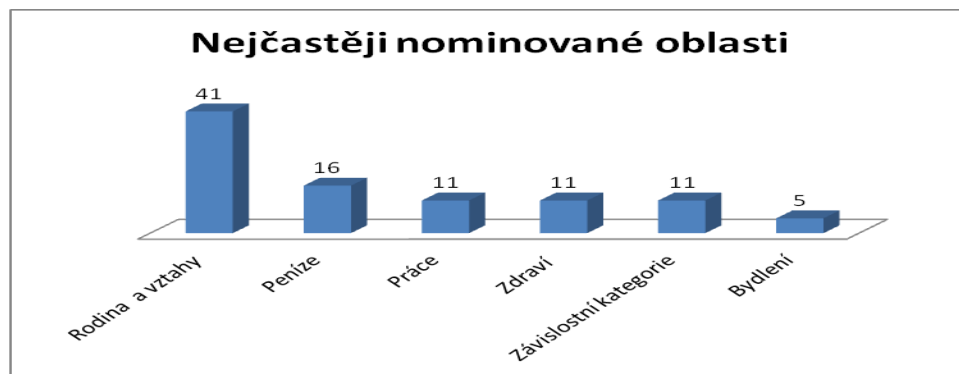
Odpověď na otázku č. 1: Jaké fenomény (oblasti) jsou pro klienty Substitučního centra Plzeň subjektivně významné a co znamenají?

6.4.1 SUBJEKTIVNĚ VÝZNAMNÉ NOMINOVANÉ OBLASTI A JEJICH VÝZNAM

¹⁶⁸MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 2006, s. 221. ISBN 80-247-1362-4.

¹⁶⁹tamtéž s. 225.

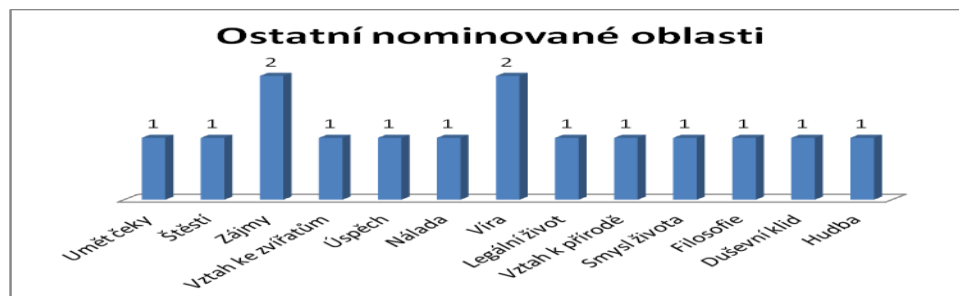
Graf č. 9: Nejčastěji nominované oblasti



Nejčastěji nominovanými oblastmi jsou rodina a vztahy, bydlení, práce, peníze, zdraví a závislostní kategorie. Největší počet nominovaných oblastí patří do kategorie rodiny a vztahů, které nominovali respondenti v 47 případech (37 % všech odpovědí). 16 respondentů jmenovalo jako významnou oblast peníze (finance). (16 % všech odpovědí). Oblasti zdraví, práce a oblasti související se závislostí shodně nominovalo vždy 11 respondentů (13 % všech odpovědí). Kategorii bydlení pak nominovalo 5 respondentů (5% všech odpovědí). Respondenti jako významné nominovali i jiné oblasti ale ne častěji než ve dvou případech.

DALŠÍ NOMINOVANÉ OBLASTI

Graf č. 10: Ostatní nominované oblasti

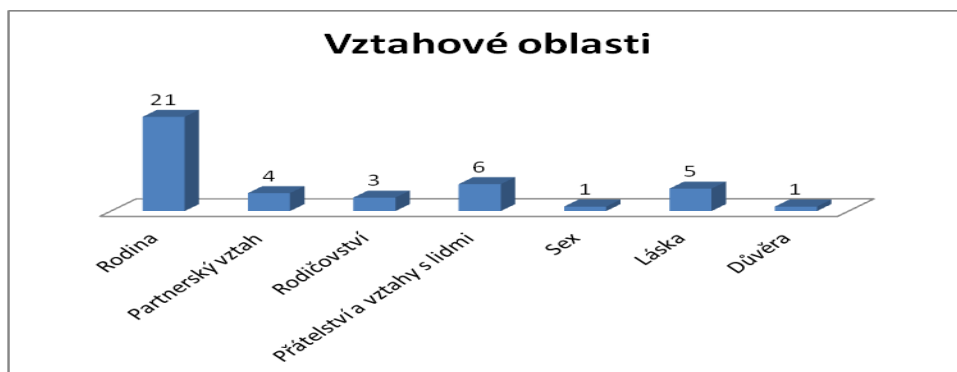


Mezi dalšími oblastmi, které respondenti nominovali, se objevovali oblasti týkající se spirituálně-existencionální roviny života. Respondenti nominovali oblasti jako je víra, filosofie, smysl života, duševní klid či štěstí nebo vztah ke zvířatům či vztah k přírodě. Dalšími nominovanými oblastmi jsou zájmy a hudba, kterou respondent rovněž definoval jako zájem. Mezi jedenkrát nominovanými oblastmi se objevili také nálada, samostatnost či úspěch. Spirituálně- existencionální oblasti nominovali pouze dlouhodobě substituující respondenti.

Vzhledem k výrazné různorodosti oblastí zde cituji pouze některé definice. Filosofie: „*přemýšlení o smyslu, života*“, duševní klid: „*pocit vyrovnanosti*“, samostatnost: „*že se o sebe umim postarat sám*“, sebevědomí: „*věřit si, být v pohodě*“.

RODINA A VZTAHY

Graf č. 11: Vztahové oblasti



Oblast blízkých vztahů respondenti nominovali nejčastěji. Konkrétně nominovali především rodinu, dále pak partnerský vztah, rodičovství, lásku, přátelství ale také důvěru a sex. Vzhledem k individuálnímu pojetí jednotlivých vztahových oblastí u respondentů došlo k tomu, že se některé z těchto oblastí svým významem doplňují či překrývají.

RODINA

Znak rodina respondenti popisovali rozličně. Nejčastěji uváděli, že rodina pro ně znamená konkrétní osoby nejčastěji rodiče (10 respondentů), partner (9) či děti (6) a další příbuzné (8). Ve většině případů však šlo o kombinace těchto osob. *Např.: „maminka a sestra“, „maminka, táta, ségra, přítelkyně“.*

Z dalších vymezení znaku rodina vyplývá, že představuje vztahy v rodině, zázemí, sdílení zážitků, podporu, možnost se svěřit, oporu a útočiště. Takto definovalo rodinu 9 respondentů: *„Aby se zlepšili vztahy mezi náma.“ „Dobry vztah se sestrou a babičkou.“ „Klid v rodině.“ „Mám se s kým podělit o zážitky.“ „Najít si vztah a založit rodinu, možnost sdílet zážitky.“ „Zázemí, mám se s kým podělit o zážitky.“ „Zázemí, oporu a útočiště.“ „Bezpečí, láska.“ „Vztahy, zázemí a podpora.“*

RODIČOVSTVÍ

Tři respondentky uvedli jako významnou oblast v životě rodičovství. Tato oblast pro ně znamená potřebu starat se o své děti. Jedna z nich uvádí i touhu, aby její děti mohli žít „normální“ život jako jiné děti a pro jinou rodičovství znamená dokonce motivaci pro léčbu závislosti, protože uvedla, že pro ni rodičovství znamená: *„starat se o děti a dostat se ze závislosti“, „chci se starat o děti a chci, aby moje děti měli lepší život než já“, „být v pohodě a dokázat se starat o syna“.*

PARTNERSKÝ VZTAH

Partnerský vztah samostatně nominovali čtyři respondenti. V rámci definování partnerského vztahu uváděli zejména určitou vzájemnost, pocit bezpečí, radost a možnost sdílet život a žít spokojeně ve dvou. „*Pocit bezpečí a radost, že se můžu dělit o vaše starosti.*“ „*Pohodovej život ve dvou.*“ „*Blízkost a vzájemnost.*“ „*Můžu s někým sdílet svůj život a mít radost ze života.*“ Jak jsem již uvedla výše, partnerský vztah zahrnuje více respondentů do obecného znaku rodina.

PŘÁTELSTVÍ

Oblast přátelství jmenovalo šest respondentů. Přátelství pro respondenty znamená možnost svěřit se, podělit se o zážitky, blízkost, pomoc a porozumění a také možnost trávit s někým volný čas, respektive bavit se. „*Podělit se o zážitky, potřeba mít někoho blízkého.*“, „*Občas uvolnění, zábava.*“ „*Mít někoho, kdo mi rozumí.*“ „*Trávení volného času.*“ „*Můžu se s nimi bavit a rozumí mi.*“ „*Mám za kým jít, když mam problém, můžu někomu věřit.*“

LÁSKA A DŮVĚRA

Další nominované oblasti, které souvisí se vztahy, jsou láska a důvěra. Lásku nominovali tři respondenti, důvěru pak jeden respondent. „*Věřit lidem a životu a taky partnerovi.*“ Respondent zmiňoval potřebu věřit jak partnerovi, tak obecně ve vztazích. „*Pohlazení, podpora.*“ „*Opora v životě.*“ „*Nejdůležitější věc v životě, podpora a cit.*“ „*Potřebuju žít s partnerem.*“ „*Možnost sdílení života a zážitků.*“ Lásku popisovali jako oporu či pohlazení nebo možnost sdílet život se spřízněnou osobou.

PENÍZE

Pro šestnáct respondentů jsou peníze nutností pro přežití, respektive umožňují jim financovat jejich životní potřeby. Toto vyplývá zejména z vět jako např. „*můžu si koupit, co potřebuji*“, „*živit rodinu*“, „*mít na živobytí*“, „*abych mohl živi rodinu*“, „*jsou důležité pro potřeby, platit důležité věci*“, „*potřeba k životu, koupit jídlo a potřeby pro dítě*“, „*v dnešní době vše (existence)*“, „*uspokojování potřeb*“.

Pro tři respondenty je oblast peněz také významná jako prostředek na nákup léků a hrazení zdravotní péče. Zde je vhodné podotknout, že všichni tito respondenti si hradí substituční dávku sami. Toto je patrné např. z vět jako: „*důležité k placení prášků*“, „*mít peníze na byt, pro děti a na moje léky*“, „*abych měla jídlo pro děti, na školu a pro mě na lék.*“. Oblast peněz je pro 4 respondenty významná zejména jako prostředek pro

uspokojování ostatních potřeb a jako možnost rozvoje a zvyšování kvality v ostatních oblastech života. „*můžu si koupit, co potřebuji*“, „*mít na živobytí*“, „*abych mohl žít rodinu*“, „*v dnešní době vše (existence)*“.

PRÁCE

Při specifikování oblasti práce všichni, kteří tento znak nominovali, uvedli, že pro ně práce znamená zejména zdroj příjmů pro uspokojování potřeb a placení účtů popřípadě dluhů. Práce pro ně znamená např.: „*vydělat prachy a splácet dluhy*“, „*vydělat peníze*“, „*mít prachy na to co potřebuju a na léky*“, „*možnost platit co potřebuju a taky řešit dluhy*“. Tři respondenti navíc uvedli, že pro ně práce znamená i jiný režim, určitou strukturu v životě „*mít jiné koloběh života*“, „*je to výdělečná činnost a hlavně není čas na zbytečnosti*“, „*mam peníze a vim, co je za den*“. Dva respondenti dále uvedli, že je pro ně práce uspokojením či seberealizací, určuje jejich postavení ve společnosti, nezávislost, existenční jistotu, samostatnost nebo dokonce určuje jejich sebevědomí, a definovali tento znak např. takto: „*samostatnost, nezávislost na okolí, sebevědomí, jistoty, možnost splácet dluhy*“, „*jistota, peníze, existence, postavení ve společnosti*“. Dva respondenti také uvedli, že pro ně práce znamená i vztahy na pracovišti.: „*mít ucházející práci, průměrný plat a dobrý kolektiv*“, „*vydělat peníze a dobrá parta*“.

Práci jako zdroj financí uvedli všichni respondenti. Noví respondenti speciálně uváděli, že jim práce umožňuje vnímat určitou strukturu v životě a umožňuje jim zkvalitňovat vztahy. Dlouhodobě substituující respondenti pro změnu uváděli, že je pro ně práce zdrojem sebevědomí, naplnění a postavení ve společnosti. Tuto skutečnost uvedli dva takovýto respondenti.

ZDRAVÍ

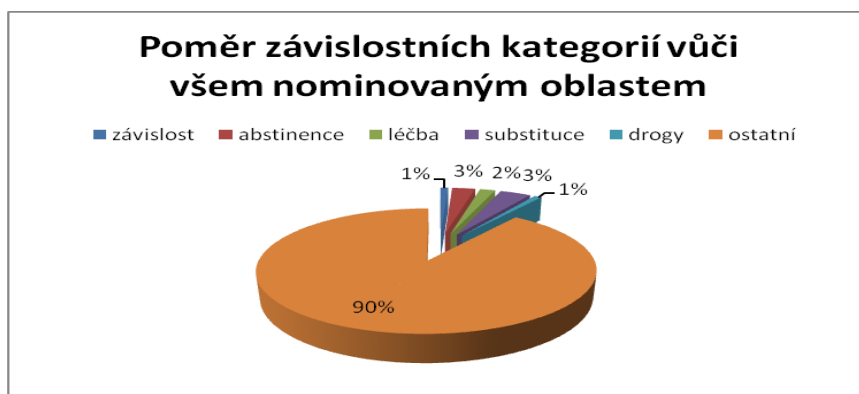
Oblast zdraví definovali respondenti takto: „*bez zdraví se nedá žít, nedá se chodit do práce*“, „*pohyb, možnost komunikovat s lidmi*“, „*musím být zdravá, abych mohla fungovat a vychovávat svého syna a přítele*“, „*léčba céčkové žloutenky*“, „*léčba závislosti*“, „*možnost fungovat a nebrat*“, „*dobré fungování*“. Z toho vyplývá, že tato oblast, znamená pro respondenty zejména možnost fungovat v ostatních oblastech života, možnost chodit do práce, obecně pohybovat se, komunikovat s lidmi nebo starat se o rodinu. Tuto oblast nominovali především (v 8. případech) ti respondenti, kteří mají nějaké zdravotní obtíže a znamenala pro ně snahu být zdraví, vyléčit se nebo alespoň zmírnit zdravotní obtíže).

BYDLENÍ

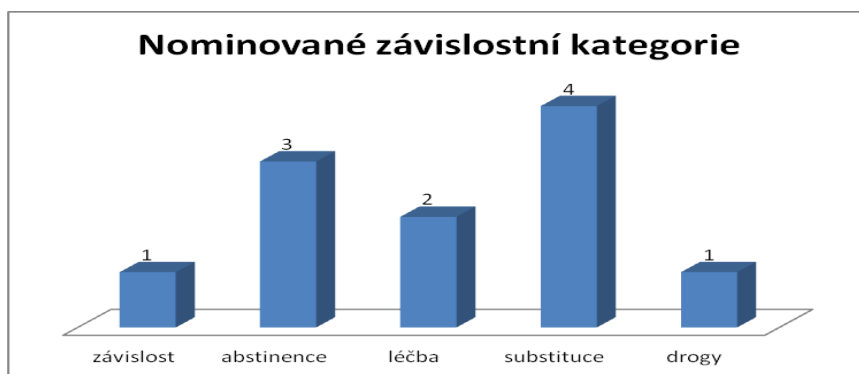
Oblast bydlení definovali respondenti zejména jako zázemí a to jak v podobě hmotného zázemí, tak i v podobě vztahů. Bydlení nejčastěji definovali jako místo odpočinku či hygienického zázemí, ale také uváděli, že jim bydlení dává pocit bezpečí, nebo možnost setkávat se s rodinou, mít se kam vrátit či mít možnost rozvíjet ostatní oblasti života. „*Teplo, pohoda, klid, koupelna, čistota, domov.*“ „*Spánek, vyprat, umýt se a vidím rodinu.*“ „*Abych se měla kam vrátit, zázemí pro můj život a řešení ostatních problémů.*“ „*Zázemí pro rozvoj dalších věcí.*“ „*Mít kde spát.*“

ZÁVISLOSTNÍ KATEGORIE

Graf č. 12: Poměr závislostních kategorií vůči všem nominovaným oblastem



Graf č. 13: Nominované závislostní kategorie



Četnost těchto nominovaných oblastí v rámci šetření pomocí dotazníku SEIQL-DW není zanedbatelná, protože představuje 10 % všech nominovaných oblastí.(viz graf č. 12) Podstatnější však je, že celá polovina respondentů si jako významnou oblast, která utváří kvalitu života, zvolila oblast, která se týká problematiky závislostí. Až na jednoho respondenta, jsou všichni, kteří tyto oblasti nominovali v substituční léčbě dlouhodobě. Respondent, který byl v léčbě nový, ale jako jediný jmenoval jako významnou oblast v životě otevřeně drogy.

Pro nejvíce respondentů je důležitá substituce, kterou nominovali čtyři respondenti a abstinence, kterou nominovali tři respondenti. Dalšími významnými oblastmi jsou pak léčba, která je významná pro dva respondenty a dále pak drogy a závislost, které nominoval vždy jeden respondent. (viz graf č. 13) Z výzkumu také vyplynulo, že některé nominované oblasti se mohou ve svém významu překrývat, respektive znamenat jinou oblast např. to co pro jednoho respondenta znamená oblast substituce, „*vadilo by mi, kdybych nedocházela*“, je podobné tomu, co je pro jiného užívání drog „*potřebuji ji k životu*“.

Substituce znamená pro dva respondenty změnu života. „*neběhám, nefetuju, hodně zklidnění*“, „*začátek nového života bez heroinu.*“ Třetí respondent, který tuto oblast nominoval, vyjádřil potřebnost léčby takto: „*vadilo by mi, kdybych nedocházela*“, toto spíše koreluje s definicí drogy u jiného respondenta: „*potřebuji ji k životu*“. Respondent, který nominoval jako významnou oblast závislost, ji definoval jako potřebu přestat brát drogy, což se zase spíše blíží znaku abstinence: „*znamená to, nebrat žádný drogy*“.

Abstinence pro respondenty také znamená odlišné věci. Pro dva znamená úplnou abstinenci od drog, ale i od léků: „*nebrat drogy*“, „*nefetovat a nebrat metadon*“. Pro třetího znamená radost, že nebere ilegální drogy a považuje za abstinenci užívání substitučních preparátů. „*to, že nemusím brát a mam prášky.*“

Léčba znamená pro jednoho respondenta potřebu se vyléčit úplně, žít bez drog, ale i bez substitučního preparátu, což spíše koreluje s respondentem, který velmi obdobně popsal znak abstinence. Pro druhého respondenta zase léčba znamená užívání substitučního preparátu. „*vyléčit se ze závislosti a nemuset brát léky*“, „*že můžu brát metadon.*“

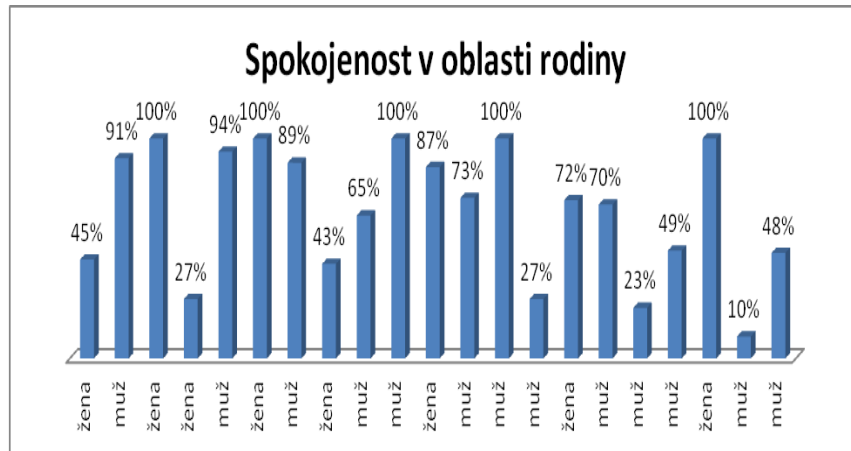
6.4.2 KVALITA ŽIVOTA V NEJČASTĚJI NOMINOVANÝCH OBLASTECH

Odpověď na otázku č. 2: Jaká je spokojenost respondentů v nejvýznamnějších oblastech, a co tuto spokojenost ovlivňuje?

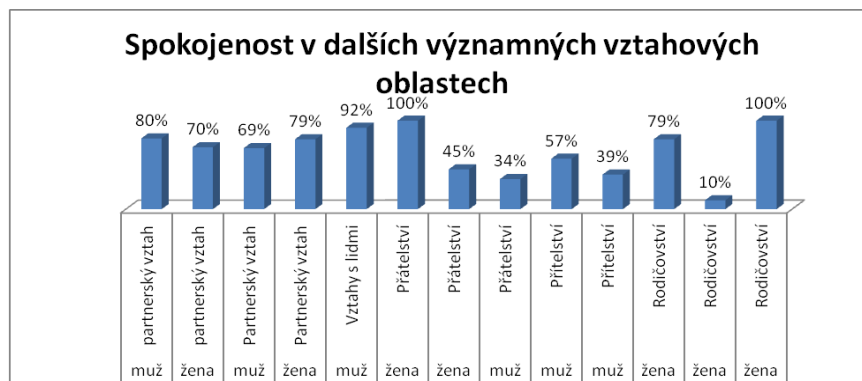
RODINA A VZTAHY

Dotazník SEIQoL-DW

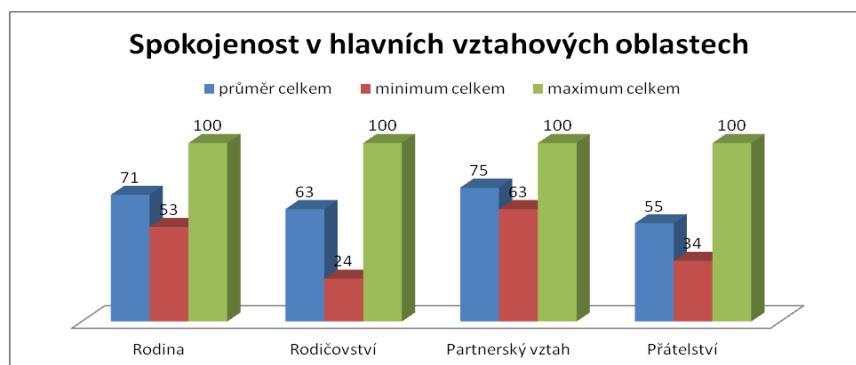
Graf č. 14: Spokojenost v oblasti rodiny



Graf č. 15: Spokojenost v dalších významných vztahových oblastech



Graf č. 16: Souhrn spokojenosti v hlavních vztahových oblastí



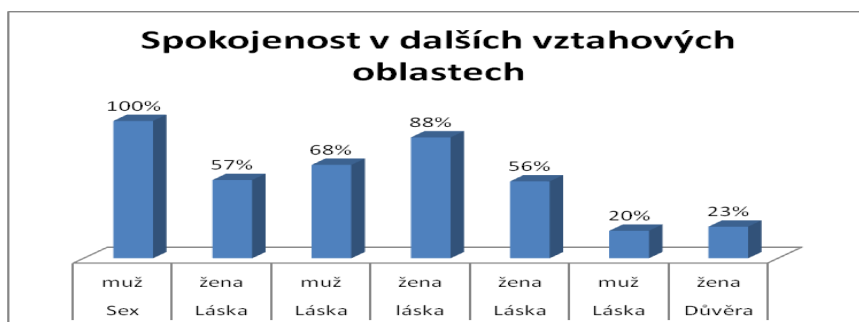
Spokojenost v oblasti rodiny jako celku, do kterého většina respondentů zahrnuje i partnerský vztah a děti, pokud je měla, byla v průměru vysoká. Jednotlivé míry spokojenosti však byly velmi rozdílné. Nejvyšší hodnoty dosahovaly 100 %, čímž dávali respondenti najevo, že jsou v této oblasti velmi spokojeni, všichni respondenti, kteří takto hodnotili tuto oblast, patří k romskému etniku. Třináct respondentů vykazovalo spokojenost vyšší než 65 %, romského etnika nebyli jen dva. Všichni tito respondenti mají

dobré vztahy s rodinami a většinou bydlí u příbuzných. Sedm respondentů vykazovalo relativně nízkou spokojenost v této oblasti, mezi nimi byly tři ženy a čtyři muži. Mezi těmito respondenty byly taci, kteří se s rodinami buďto vůbec nestýkají nebo jsou jejich vztahy nedostatečné. Čtyři z těchto respondentů žijí na ulici, po přátelích nebo na ubytovně.

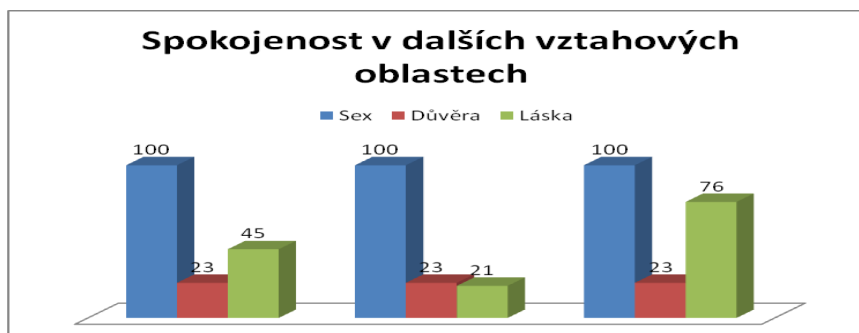
Spokojenost v dalších intimních vztahových oblastech je také vysoká a v průměru se pohybuje v rozmezí 63 % – 75 %. Nejvyšší spokojenost byla naměřena v oblasti partnerských vztahů jako takových. V této oblasti jsou všichni respondenti, kteří ji nominovali velmi spokojeni. Spokojenost se zde pohybuje v rozmezí 69 % – 80 %. V ostatních intimně vztahových oblastech je spokojenost značně různorodá. Až na výjimky je řádově nižší, minimální hodnoty spokojenosti zde klesly až na deset procent, ale nejvyšší zase stouply až na sto procent.

Spokojenost v oblasti přátelských vztahů je také různorodá a v průměru se pohybuje okolo 50 %. Nejnižší spokojenost dosahuje jen 34 % a to u muže, který je zde cizincem. Nejvyšší spokojenost pak byla naměřena ve výši 100 % u ženy, která se pohybuje mimo drogové prostředí.

Graf č. 17: Spokojenost v dalších vztahových oblastech



Graf č. 18: Souhrnná spokojenost v dalších vztahových oblastech

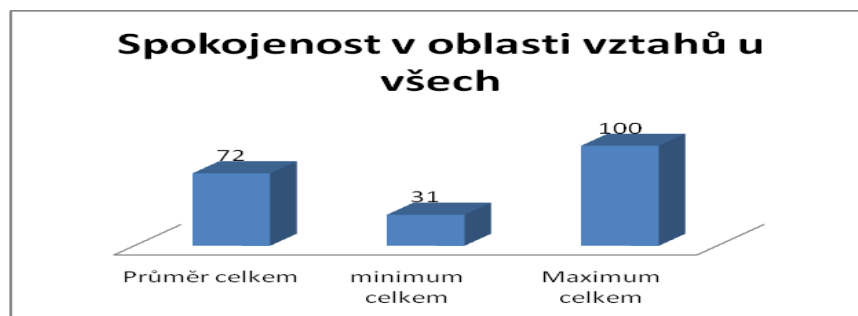


Spokojenost v dalších vztahových oblastech byla také různá a pohybovala se v rozmezí 20 % – 100 %. Nejspokojenější je respondent, který nominoval sex, který pro něj znamená, zábavu, sblížení a lásku a uváděl, že je v partnerském vztahu šťastný.

V oblasti lásky také respondenti vykazovali vysokou míru spokojenosti až na jednu výjimku, kterou tvořila žena, která chápe lásku jako možnost sdílení života a oporu. Tato respondentka nemá partnera a sama vychovává dítě. Dvě nejnižší míry spokojenosti byly naměřeny v oblastech důvěry a lásky. Nízkou míru spokojenost v oblasti lásky uvedl muž, který nemá partnerský vztah. Nízkou míru spokojenosti v oblasti důvěry pak uvedla žena, která v rozhovoru uváděla, že ji zradili blízcí přátelé a teď má problém důvěřovat lidem.

Strukturovaný rozhovor

Graf č. 19: Spokojenost v oblasti vztahů u všech respondentů



Spokojenost, měřená u všech respondentů se pohybovala v průměru ve stejné výši jako v případě měření dotazníkem SEIQoL-DW a to v průměru okolo 72 %. Mezi minimální a maximální spokojeností je téměř sedmdesátiprocentní rozdíl, kdy maximální spokojenost dosahuje 100 % a minimální spokojenost je pouhých 31 %. Respondenti, kteří ji předtím sami nominovali, vykazovali rozdíly v momentální spokojenosti max. 15 %. Výrazná odlišnost a to více než o 50 % se vyskytla jen v jednom případě.

Ze strukturovaného rozhovoru vyplynulo, že respondenti mají v oblasti rodiny povětšinou skutečně dobré vztahy, 6 z nich bydlí u rodičů či jiných příbuzných a jsou se svými blízkými v kontaktu. 12 respondentů žije se svými partnery, z toho 3 u své původní rodiny. Dobré vztahy s rodinou jsou zejména patrné u respondentů, kteří patří k romskému etniku.

Patnáct respondentů uvedlo, že má partnerský vztah, z toho většina z nich žije se svým partnerem ve společné domácnosti. Zajímavé je, že ve většině případů partneři respondentů bývají buďto také uživatelé drog nebo drogy užívali někdy v minulosti. Dva respondenti přímo tvoří partnerskou dvojici. Sedm respondentů uvedlo, že s drogami mají nebo v minulosti měli problémy i další členové jejich rodiny. Ve většině z těchto případů jde zejména o sourozence, dále to jsou bratrance a sestřenice.

Deset respondentů má děti, z toho jeden respondent uvedl, že jsou jeho děti v péči jiné osoby. Ostatní respondenti uvedli, že mají děti v péči nebo s nimi alespoň žijí ve společné domácnosti.

Osmnáct respondentů uvedlo, že má blízké přátele. Mezi těmi, kteří uvedli, že je nemají, byla jen jedna žena, která navíc oblast přátelství a důvěry nominovala jako významné pro utváření její kvality života a nebyla v nich spokojena.

Osm respondentů uvedlo, že jejich přátelé či známí jsou také uživateli psychoaktivních látek a osm respondentů uvedlo pohyb mezi uživateli drog. Jako důvody svého pohybu mezi uživateli, uvedli dva respondenti zejména absenci kontaktů s neuživateli jako: „Protože nemam známí, kteří neužívají opiáty.“ „Neznam nikoho jinýho. Jeden respondent otevřeně přiznal jako důvod setrvávání v drogovém prostředí potřebu nadále užívat drogy.: „Protože si spolu můžem něco dát a pak se jdeme bavit.“

Analýza dokumentace

Analýza dokumentace prokázala v oblasti rodiny významnou shodu mezi tvrzením respondentů ve strukturovaném rozhovoru a údaji uvedenými v dokumentaci.

Sedm respondentů je v příbuzenském vztahu (nejčastěji sourozenci, či bratřenci a sestřenice) Dva respondenti tvoří pár.

Jediným zato významným rozporem byla skutečnost, že respondentka, která uvedla, že má své děti v péči a dokonce uváděla stoprocentní míru spokojenosti v oblasti rodičovství, děti v péči nemá a dokonce s nimi nemá ani žádný kontakt.

Respondent, u něhož byl patrný výrazný rozdíl mezi spokojeností měřenou pomocí SEIQoL-DW a zjišťovanou v rozhovoru, se podle dokumentace dostal mezi měřeními (týden) do obtížné finanční situace z důvodu ztráty příjmu, což mu výrazně ztížilo možnost žít rodinu, která byla odkázána na jeho příjem, a toto mělo negativní dopad na jeho aktuální vztahy v rodině.

U dvanácti respondentů se v jejich rodinném prostředí ve vysoké míře vyskytují sociálně patologické jevy (zejména závislosti, kriminalita a prostituce) a jejich rodinné prostředí se dá z objektivního hlediska považovat za patologické. Paradoxní však je, že tyto rodiny vykazují vysokou míru soudržnosti, jsou podporující a umožňují respondentům docházet do léčby a podporují jejich snahu o řešení jejich problému s drogami.

Z analýzy dokumentace vyplynulo, že pohyb respondentů v drogovém prostředí, je výrazně vyšší než jak respondenti uváděli v rozhovoru, kdy pouze osm respondentů otevřeně přiznalo, že se stále pohybuje v drogovém prostředí, Respondent, který uvedl, že se v drogovém prostředí pohybuje, protože zde užívá drogy, podle analýzy dokumentace spíše používá drogy jako prostředek navazování vztahů, protože pochází z drogového rodinného prostředí. Jiné informace o přátelských vztazích z dokumentace nebyly možné zjistit.

Pozorování

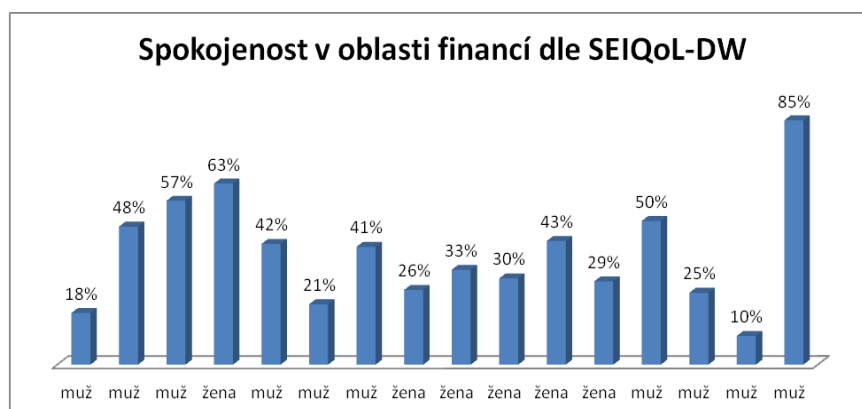
Mé pozorování potvrdilo, že rodina je pro respondenty významná, zejména partnerské vztahy a děti. Někteří respondenti docházeli do centra s partnery, dětmi nebo dalšími příbuznými a jejich vzájemné chování bylo vřelé. Ve třech případech rodinní příslušníci dokonce aktivně spolupracovali se zařízením. Sedm respondentů je v bližším či vzdálenějším příbuzenském vztahu. O svých rodinách respondenti často neformálně hovořili a dávali najevo důležitost rodiny a její podpory.

Z mého pozorování byl patrný významný pohyb respondentů v drogovém prostředí. Některé respondenty do centra doprovázeli jiní současní či bývalí uživatelé drog a bylo také patrné, že se klienti centra mezi sebou znají a někteří z nich udržují i bližší přátelství. Z pozorování také vyplynulo, že respondenti nepovažují ostatní klienty centra za uživatele a to i přes to, že téměř všichni užívají i jiné drogy.

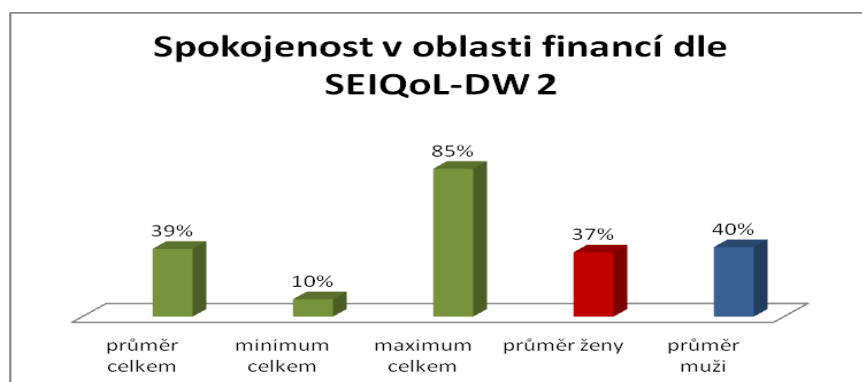
FINANCE

SEIQoL-DW

Graf č. 20: Spokojenost v oblasti financí dle SEIQoL-DW



Graf č. 21: Spokojenost v oblasti financí dle SEIQoL-DW 2

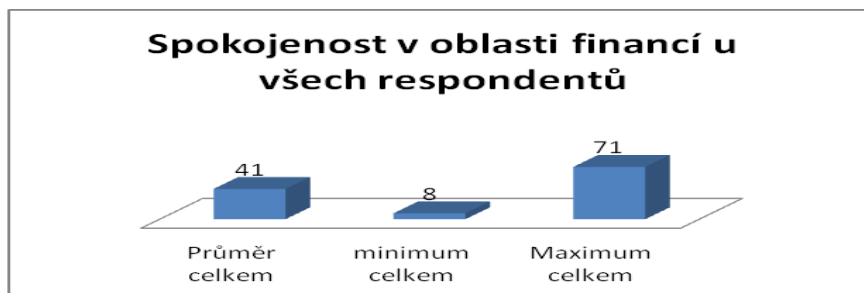


Spokojenost je i v této oblasti velmi různorodá, v průměru se pohybuje pod hranicí čtyřiceti procent, kdy u žen je spokojenost v této oblasti o trochu nižší než u mužů. Nejvyšší spokojenost přesáhla dokonce 80% a nejnižší dosáhla pouze 10 % procent.

Nejspokojenější jsou dva muži a jedna žena. Všichni tito respondenti užívají nehrazený preparát, dva z nich jsou zaměstnaní a jednoho významně finančně podporuje rodina.

Strukturovaný rozhovor

Graf č. 22: Spokojenost v oblasti financí u všech respondentů



Spokojenost v této oblasti u všech respondentů je velmi podobná jako u měření pomocí SEIQoL-DW, kdy průměrná spokojenost je 41 %, minimální dosahuje pouze 8 % a maximální spokojenost v této oblasti dosahuje 71 %. Nejvyšší i nejnižší míru spokojenosti pak vykazují stejní respondenti.

Ze strukturovaného rozhovoru vyplynulo, že pracuje pouze pět respondentů. Ostatní uvedli, že pobírají sociální dávky. Ve většině případů jde o dávky hmotné nouze, další dva respondenti pobírají dávky související s rodičovstvím. V jednom případě respondent pobírá invalidní důchod z důvodu choroby, která nesouvisí s drogovou závislostí, ale jejíž léčba je příčinou jeho závislosti. Někteří respondenti také uvedli, že je finančně podporuje rodina, dva respondenti uvedli, že si finanční prostředky obstarávají jinak, ale odmítli uvést jak.

Velký problém téměř všech respondentů jsou dluhy. U velké části respondentů se dluhy pohybují v řádech statisíců korun a pouze jednomu respondentovi byl umožněn osobní bankrot. Respondenti mají většinou dluhy na zdravotním pojištění, u dopravních podniků, za soudy a výkony trestu a u nebankovních subjektů. Někteří respondenti mají také dluhy na povinném výživném na děti.

Respondenti, kteří si hradí substituční látku nebo do zařízení dojíždějí, uváděli, že považují svou účast v substitučním programu za finančně zatěžující, a stěžovali si na přílišnou finanční zátěž spojenou s léčbou. Uváděli např.: „Vadí mi, že musím tak daleko dojíždět, stojí mě to dost peněz.“ „Vadí mi, že musím platit léky, které potřebuji, a ještě další peníze mě stojí sem dojet.“ „Když si zaplatím léky, tak mi na nic nezbyvá.“ „Je to moc drahé, ale je to levnější než shánět to na ulici.“ „Léky jsou moc drahé, nemam na nic jiného a někdy ani na ně.“

Analýza dokumentace

Analýza dokumentace prokázala významnou shodu s tím, co uváděli respondenti, rozdíl byl ale patrný u zaměstnaných respondentů, kdy z pěti respondentů, kteří uvedli, že pracují, jsou oficiálně zaměstnaní jen tři. U některých respondentů se vyskytlo i podezření, že si zajišťují finančních prostředků nelegální či pololegální cestou (krádeže, prostituce, prodej drog).

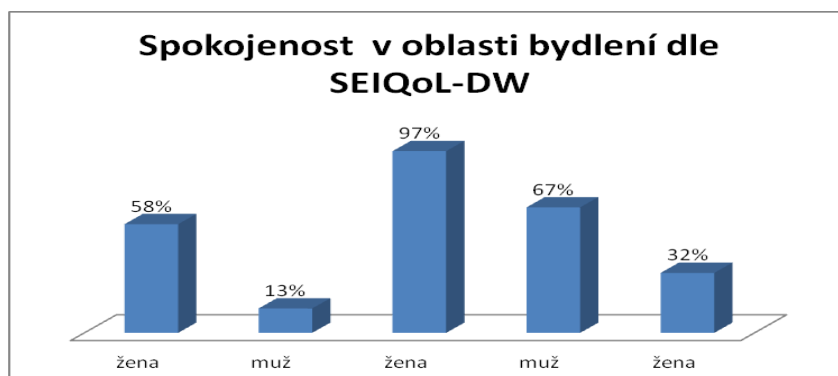
Respondent, který v obou případech měření uvedl nejvyšší míru spokojenosti, je dle analýzy dokumentace zaměstnaný a jeho dluhy jsou nízké, naopak respondent, který uvedl nejnižší subjektivní míru spokojenosti s oblastí financí je nezaměstnaný, a jeho dluhy se pohybují v řádech statisíců.

Pozorování

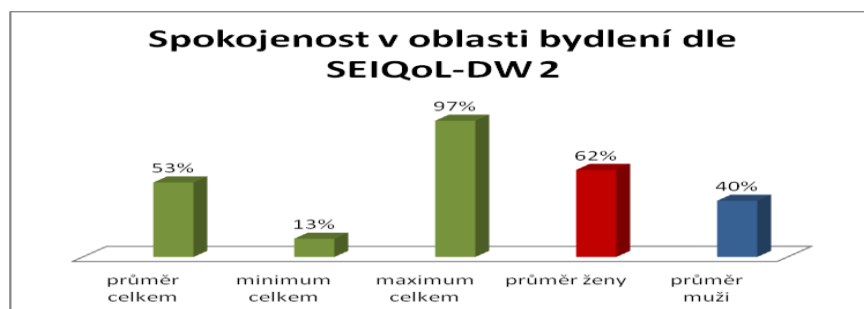
Z pozorování vyplynulo, že až na výjimky mají všichni respondenti finanční obtíže a to zejména od nového roku, kdy došlo k zpřísnění výplaty sociálních dávek. Respondenti si často stěžovali na nedostatek peněz, nebo si snižovali substituční dávku pod úroveň stanovenou lékařem, protože na stanovenou dávku neměli prostředky. Bylo také možné vypořádat zvýšenou snahu těchto respondentů pronášet substituční látku. V jednom případě jsem zaznamenala i situaci, kdy na respondenta čekala osoba, která měla jeho občanský průkaz a odmítala mu ho vydat. Tohoto respondenta se poté pracovníci snažili co nejdéle zdržet v centru a důkladně prohlédnou, protože byla vyšší pravděpodobnost, že látku chce pronést.

BYDLENÍ

Graf č. 23: Spokojenost v oblasti bydlení dle SEIQoL-DW



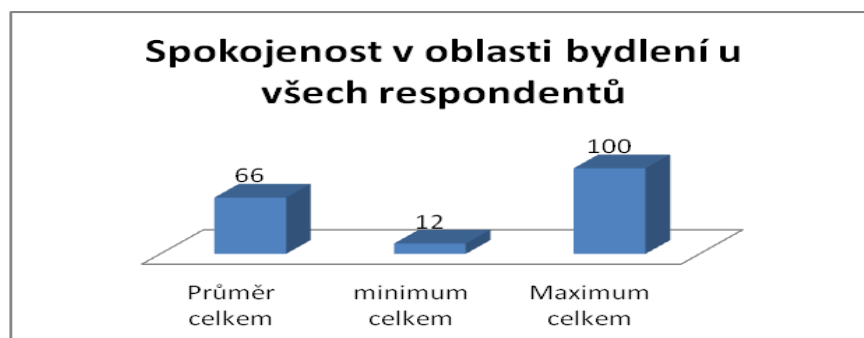
Graf č. 24: Spokojenost v oblasti bydlení dle SEIQoL-DW 2



Tuto oblast nominovalo pět respondentů. Spokojenost v oblasti bydlení byla značně rozdílná a průměrně se pohybovala okolo 53 %. U žen se pohybovala v průměru o dvacet procentních bodů výše než u mužů. Nejnižší spokojenost byla naměřena ve výši 13 % u respondenta, který je bez přístřeší a je zde cizincem. Nízkou míru spokojenosti vykazovala i žena, která také nemá stálé zázemí a bydlí u přátel či partnera. Nejvyšší míra spokojenosti naměřená ve výši 97 % se vyskytla u respondentky, která bydlí ve svém bytě.

Strukturovaný rozhovor

Graf č. 25: Spokojenost v oblasti bydlení u všech respondentů



Spokojenost u všech respondentů, kteří ji nemuseli porovnávat s ostatními oblastmi se průměrně pohybuje kolem 66 %. Vyšší hodnoty se vyskytují u respondentů, kteří bydlí ve svém bytě nebo s rodiči. Výrazný rozdíl je mezi minimální a maximální hodnotou spokojenosti, kdy minimální dosahuje pouhých 12 % a nejvyšší dosahuje 100%. Rozdíl mezi pohlavími nejsou nijak výrazné. Nejmenší spokojenost se vyskytuje u stejného respondenta jako v případě SEIQoL-DW a souvisí s absencí bytového zázemí. Další výrazně nízké hodnoty se vyskytovaly u respondentů, jejichž bytové zázemí je méně kvalitní, kdy např. bydlí na ubytovně či s velkou rodinou na malém prostoru.

Z rozhovorů vyplynulo, že většina (19) respondentů, bydlí s partnerem, rodiči či dalšími příbuznými. Dva respondenti bydlí na ubytovně a jeden je bezdomovcem. Deset respondentů uvedlo, že není spokojeno s úrovní svého bydlení. Nespokojené jsou zejména ženy. Nespokojenost plyne zejména z potřeby osamostatnit a mít více soukromí a potřeby

odtrhnout se od drogového prostředí. „*Chtěla bych bydlet ve svém bytě né na ubytovně. Měla bych větší soukromí.*“ „*Vadí mi to, že mam společnej záchod.*“ „*Nemám soukromí a klid.*“ „*Nemám soukromí.*“ „*Chci bydlet v jiném městě mimo Plzeň.*“ „*Protože bych chtěla od všeho špatného, kde to všechno začalo.*“ Respondenti, kteří mají rodiny, uváděli např. potřebu většího prostoru pro početnou rodinu nebo potřebu vhodnějšího prostředí pro výchovu dětí. „*Potřeboval bych větší byt, abychom se tam v pohodě vešli s dětma.*“

Respondenti, kteří uvedli, že jsou spokojeni, žijí převážně u rodičů či jiných příbuzných a uváděli, že jejich spokojenost plyne z toho, že mají doma zázemí a komfort a nemusejí se o nic starat sami. „*Mám zázemí nemusím platit nájem.*“ „*Nemusím se o nic starat.*“

Význam bydlení klienti spatřují zejména v zázemí a možnosti realizovat další jejich potřeby: „*Ovlivňuje mě ve všem dalším v mém životě.*“ „*Mam svý soukromí.*“ „*Mám kde být se synem.*“ „*Mám zázemí, normální život.*“ Pět respondentů uvedlo, že jim bydlení umožňuje docházet do zaměstnání: „*Bez bydlení bych nemoh chodit do práce.*“ „*Můžu chodit do práce.*“

Analýza dokumentace

Výstupy z analýzy dokumentace potvrzují výpovědi respondentů ve strukturovaném dotazníku. Jeden respondent žije na ulici a nemá snahu svou situaci řešit, i přes to, že mu byly poskytnuty kontakty na organizace, kde by mohl najít alespoň dočasné ubytování. Dva respondenti bydlí na ubytovně. Zbytek bydlí ve svém bytě v nájmu nebo u příbuzných. Respondent, pro kterého má bydlení nejvyšší význam, žije s početnou rodinou v nevyhovujících podmínkách.

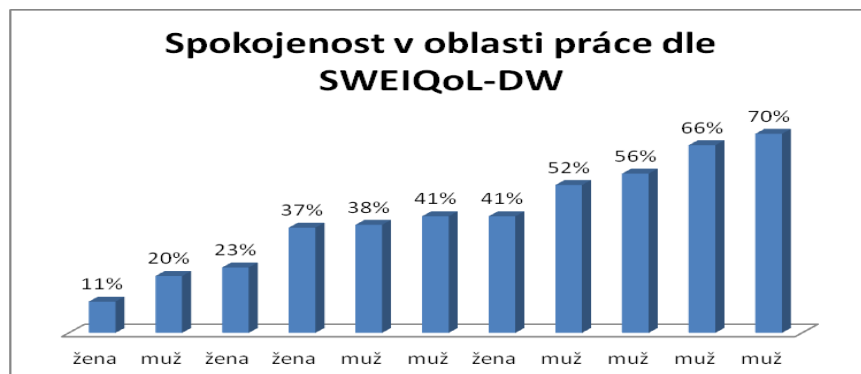
Pozorování

Z mého pozorování bylo zřejmé, že dva respondenti mají problémy s bydlením, protože si na absenci bydlení stěžovali a byly jim nabídnuty kontakty na ubytovací zařízení. Jeden z nich původně bydlel na ubytovně, ale poté neměl dostatek prostředků na její placení. Na těchto respondentech byla na první pohled patrná absence hygienického zázemí. Do zařízení docházeli neupravení, špinaví a někdy i zapáchali. Jedna respondentka otevřeně hovořila o problému s bydlením s partnerem a snažila se zajistit si náhradní ubytování. U ostatních respondentů jsem žádné problémy s bydlením nezaznamenala, do centra chodili čistí a upravení a bylo tedy patrné, že minimálně hygienického zázemí se jim dostává.

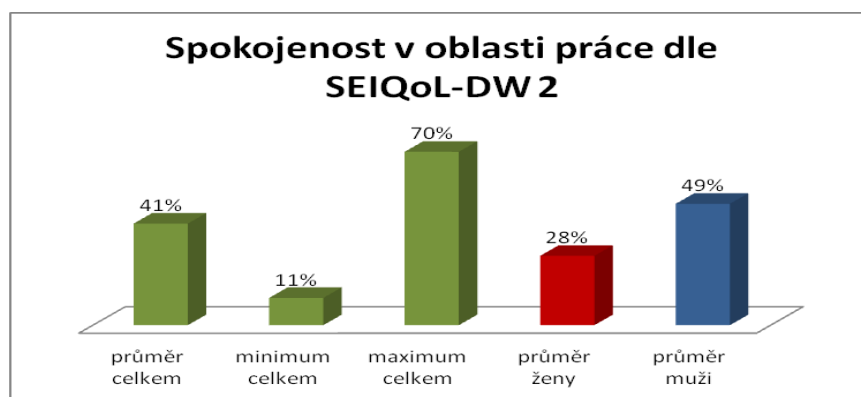
PRÁCE

Dotazník SEIQoL-DW

Graf č. 26: Spokojenost v oblasti práce dle SEIQoL-DW



Graf č. 27: Spokojenost v oblasti práce dle SEIQoL-DW 2

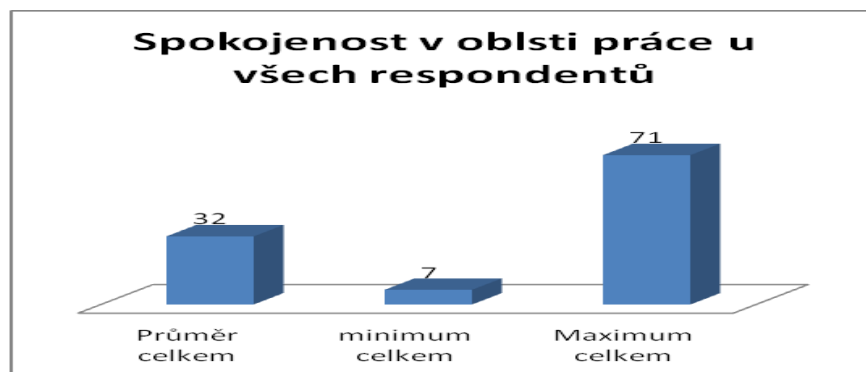


Průměrná spokojenost byla naměřena v rozmezí 11 % – 70 %, v průměru se pohybovala ve výši 41 %. Mezi minimální a maximální spokojeností byl patrný výrazný rozdíl. Rozdíl byl patrný i mezi pohlavími, kdy ženy byly méně spokojeny s oblastí práce než muži.

Nejnižší hodnoty spokojenosti se vyskytují u respondentů, kteří nejsou zaměstnáni. U sedmi nezaměstnaných respondentů je spokojenost s touto oblastí kolem 20% a pouze u čtyř nezaměstnaných je spokojenost s touto oblastí vyšší. Zajímavý je fakt, že tři ze čtyř nejvyšších hodnot se vyskytly také u nezaměstnaných respondentů a to včetně té nejvyšší. U zaměstnaných respondentů se pohybovala spokojenost v této oblasti kolem 50%.

Strukturovaný rozhovor

Graf č. 28: Spokojenost v oblasti práce u všech respondentů



Míra ovlivnění u všech respondentů v případě, že respondenti nemusejí poměřovat oblasti, se v oblasti práce pohybuje kolem 76 %. Rozdíl mezi minimální a maximální významností v této oblasti je významný, protože maximální míra významnosti dosahuje 100 % a nejnižší dosahuje pouze 14 %.

Spokojenost v této oblasti v průměru dosahuje 32 %. Výrazný je i rozdíl mezi minimální spokojeností, která dosahuje pouhých 7 % a maximální, která přesahuje 70 %.

Nejméně spokojená je respondentka, která vykazovala nejnižší míru spokojenosti i v šetření pomocí SEIQoLu. Tato respondentka je dlouhodobě nezaměstnaná a její příjmy nedostačují na uspokojování potřeb, je odkázána na dávky hmotné nouze a hradí si substituční preparát, což považuje za velmi zatěžující. Nejspokojenější je respondent, který si oblast sám ne zvolil. Tento respondent je také nezaměstnaný a jako zdroj svých příjmů uvedl, že ho podporuje rodina a má i jiné zdroje financování, o kterých však odmítl hovořit.

Pět respondentů v rozhovoru, uvedlo, že pracují, z toho jedna je žena a čtyři muži. Legální zaměstnání mají pouze tři z těchto respondentů, zbytek uvedlo, že pracuje ilegálně, aby nepřišli o sociální dávky, protože plat jim nepokrývá jejich náklady. Výrazná většina (13) všech respondentů nepracuje, avšak je nutné uvést, že tři respondenti jsou na rodičovské dovolené a jeden respondent je v plném invalidním důchodu.

Respondenti, kteří pracují, jsou se svým zaměstnáním vyjma jednoho nespokojeni. Jako důvod své nespokojenosti uvádějí nízký plat nebo to, že zaměstnání neodpovídá jejich vzdělání či představám. „Vadí mi, že mám málo peněz.“ „ Chtěla bych odpovídající zaměstnání.“ „ Chtěl bych víc peněz.“ Respondenti, kteří práci nemají, uvedli, že mají velký problém si najít, ale i udržet zaměstnání. Jako důvod tohoto stavu vidí zejména záznam v rejstříku trestů, etnickou příslušnost, nízké vzdělání a celkovou nízkou

kvalifikaci, ale také zdravotní stav včetně potřeby docházet do substitučního centra. „Protože jsem Rom a beru drogy.“ „Drogy a romská národnost.“ „Problém je hlavně výkon trestu, do kterého mam nastoupit.“ „ Mam zápis v rejstříku.“ „Nevim, kde hledat a při mých problémech se taková práce, která by vyhovovala tomu, co potřebuju a nesmím vynechat, se nedá sehnat.“ „Nemam školu.“ Někteří otevřeně přiznali, že jsou v práci vybíraví, nejsou schopni dodržovat pracovní morálku nebo mají neshody v pracovním kolektivu „Málo mi toho vyhovuje.“ „Nejsem schopnej vstávat.“ „Mam problém v kolektivu.“

Analýza dokumentace

Z analýzy dokumentace vyplynulo, že pouze tři respondenti mají legální zaměstnání, ale že ilegálně si přivydělává alespoň občas více respondentů.

Patnáct respondentů bylo v minulosti trestáno, proti dvěma je v současné době vedeno trestní řízení a jeden má v brzké době nastoupit do výkonu trestu. K romskému etniku alespoň z části patří 16 respondentů. Převážná většina respondentů je nekvalifikovaná a má pouze základní vzdělání. (viz graf vzdělání respondentů)

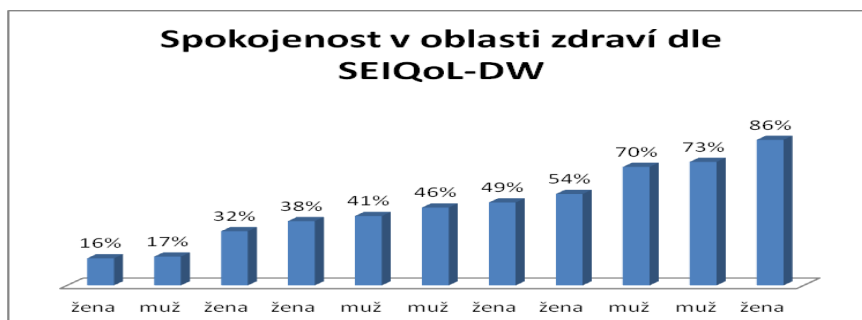
Někteří respondenti však podle záznamů v dokumentaci neprojevují výrazný zájem skutečně si zaměstnání hledat, a pokud ho naleznou, dlouho v něm nesetrvají.

Pozorování

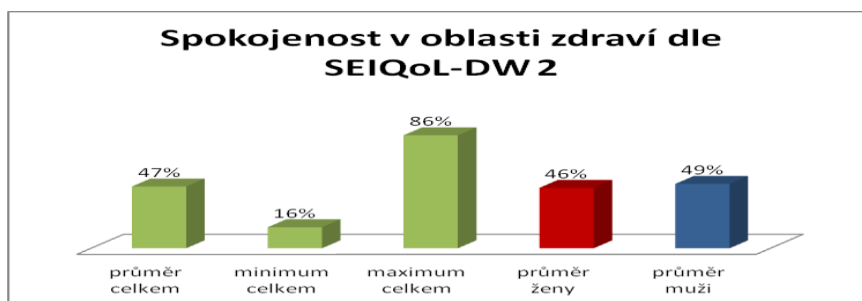
Z pozorování bylo možné odvodit, kteří respondenti docházejí do zaměstnání a to podle doby, kdy do centra docházeli (např. vždy odpoledne, nebo hned ráno) a podle oblečení, které měli (montérky). Také bylo podle oblečení i podle toho, co říkali odvodit, kteří respondenti pracují ilegálně. Jedna respondentka přinesla do zařízení výrobky, které sama tvoří a následně je prodává na poutích. Jednomu respondentovi nebyla vydána substituční látka z důvodu, že se dostavil do zařízení opilý, protože ho propustili z práce, protože zaměstnavatel zjistil, že dochází do centra. Jiné skutečnosti o práci respondentů z pozorování nebyly patrné.

ZDRAVÍ**Dotazník SEIQoL-DW**

Graf č. 29: Spokojenost v oblasti bydlení dle SEIQoL-DW



Graf č. 30: Spokojenost v oblasti zdraví dle SEIQoL-DW 2



Spokojenost v oblasti zdraví u těch, kteří si ji sami zvolili, byla různorodá a pohybovala se v rozmezí 16 % – 86 %, v průměru se pohybovala pod hranicí padesáti procent, kdy u žen byla spokojenost v oblasti zdraví nižší než u mužů. U dvou mužů a dvou žen byla míra spokojenosti významně vyšší než u ostatních respondentů, všichni tito respondenti nemají výrazné zdravotní omezení. Naopak nejnižší míru spokojenosti vykazují respondenti, kteří mají závažné zdravotní komplikace.

Strukturovaný rozhovor

Graf č. 31: Spokojenost v oblasti zdraví u všech respondentů



Zdravotní stav výrazně ovlivňuje kvalitu života všech respondentů. V případě, že tuto oblast nemuseli poměřovat s jinou, pohybovala se její významnost okolo 79 % a nejvyšší opět dosahoval 100 %. I minimální hodnoty významnosti však byly relativně vysoké (42 %). Větší význam zdraví na utváření kvalitního života pocítují ženy.

Spokojenost s oblastí zdraví u všech respondentů se v průměru pohybuje kolem 56 %. Výrazný rozdíl je mezi minimální spokojeností (7 %) a maximální spokojeností (79 %), kde rozdíl přesahuje 70 %. Ženy jsou se svým zdravotním stavem spokojeny méně než muži. Hodnoty spokojenosti v této oblasti se u osob, kteří si tuto oblast sami zvolili v SEIQoL-DW, lišila jen málo.

Ze strukturovaného rozhovoru vyplynulo, že tři respondenti, kteří tuto oblast nominovali, jsou zdraví. Pět respondentů má zdravotní komplikace způsobené aplikací drogy z toho tři respondenti mají hepatitidu typu C, jeden z respondentů má narušený žilní systém, jiný má zase rozpadlou nosní přepážku. Další čtyři respondenti mají onemocnění přímo nesouvisející s jejich závislostí, z toho jeden respondent má trvalé následky po autonehodě.

Dva respondenti uvedli, že trpí astmatem a jeden uvedl, že má epilepsii. Jeden respondent trpí onemocněním krve, které vedlo až k jeho invaliditě. Dva respondenti uvedli, že je sužují deprese či úzkosti. Pouze čtyři respondenti uvedli jako nemoc, kterou trpí závislost.

Analýza dokumentace

Z analýzy dokumentace vyplynulo, že respondent(muž) s nejvyšší hodnotou spokojenosti nemá žádné výrazné onemocnění, z ničeho se neléčí a cítí se zdravý. Dvě ženy a dva muži, jejichž míra spokojenosti byla významně vyšší, než u ostatních respondentů, jsou zdraví, jen jeden má mírné následky spojené s užíváním drog (narušení sliznice). Nejnižší subjektivní spokojenost (16%) vykazuje respondent, který je v invalidním důchodu z důvodu vrozeného onemocnění (jehož léčba mu navíc způsobila závislost na opioidech), tento respondent zároveň uvedl, že má úzkostné stavy a depresi.

Pět respondentů uvedlo, že je pro ně kvalitní lékařská péče nedostupná a jako hlavní důvody tohoto stavu uváděli finanční nákladnost zdravotní péče jako: „*Je drahá.*“ „*Vadí mi, že je to drahé.*“ „*Nemam na to peníze.*“ „*Nemam pojištění, jsem cizinec, neošetří mě.*“ „*Stojí to moc peněz a musím uvádět, že beru metadon.*“

Osm respondentů není spokojeno s lékařskou péčí a to zejména z důvodu diskriminace a předsudků kvůli jejich závislosti. „*Vadí mi jejich jednání vůči mně.*“ „*Mají nelidský přístup, chovají se ke mně jako ke špině.*“ „*Je to moc drahé, hlavně zubař.*“ „*Nechtějí mě ošetřit.*“ „*Vadí mi, že je to drahé*“ „*Když jsem s něčím šla k lékaři a zjistilo se, že jsem závislá na drogách, už na mě koukali jinak.*“ „*Stojí to moc peněz*

a musím uvádět, že beru metadon. “ Jednomu respondentovi se nelíbí, že lékaři nepovažují substituujícího klienta za abstinujícího. „*Lékaři v Plzni neberou metadon jako abstinenci.*“

Největší vliv jejich zdravotního stavu spatřují respondenti zejména v možnosti chodit do práce, ale také jako možnost dělat všechny další činnosti včetně možnosti se bavit. „*Můžu do práce.*“ „*Hlavně v práci, taky v pohybu a můžu se bavit.*“ „*Můžu chodit do práce a starat se o děti.*“

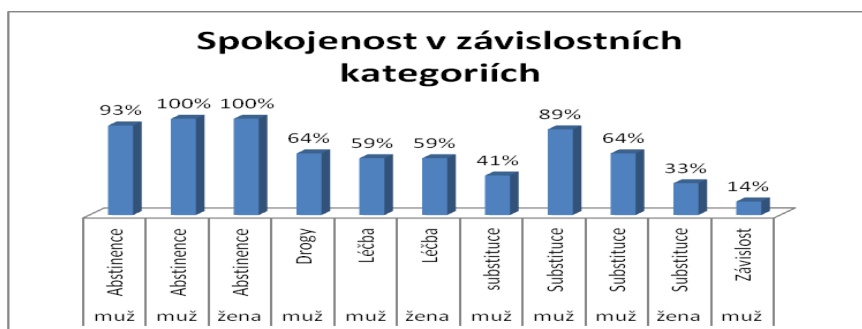
Pozorování

Z pozorování bylo možné odvodit, že jeden respondent je natolik vážně nemocen, že mu je v případě zhoršení zdravotního stavu jeho dávka léku donášena domů. Jeden respondent se potýkal s léčbou hepatitidy pomocí interferonu, což se odráželo na jeho celkové kondici. Dva respondenti si stěžovali na bolesti zubů a nedostupnost lékařské péče, kdy jeden respondent neměl prostředky na ošetření a neměl svého zubního lékaře a druhý dokonce nebyl pojištěn, protože je cizinec a lékařské ošetření mu bylo odepřeno. Jedna respondentka vykazovala známky fyzického napadení jinou osobou (modřina pod okem) a stěžovala si na kožní problémy. Tři respondenti jeví známky depresivního ladění. Jiné zdravotní komplikace či omezení jsem nepozorovala.

ZÁVISLOSTNÍ KATEGORIE

Dotazník SEIQoL-DW

Graf č. 32: Spokojenost v závislostních kategoriích



Spokojenost v těchto oblastech je výrazně rozdílná v jednotlivých dílčích kategoriích. Nejvyšší subjektivní spokojenost souvisí s abstinencí, která je respondenty chápána jako neužívání ilegálních drog, ale zahrnuje užívání drog legálních (substitučních preparátů), zde je spokojenost stoprocentní. U třetího respondenta, který uvedl abstinenci, je spokojenost mírně nižší. Tento respondent jako jediný z nich uvedl, že pro něj abstinence znamená neužívání substitučních preparátů. Relativně vysoké hodnoty spokojenosti byly zaznamenány i u oblasti substituce, kdy 89 % spokojenost byla naměřena v případě substituce jako možnosti nového života. Nejnižší hodnoty pak z této

kategorie dosahuje závislost, která je chápána jako neschopnost obejít se bez drog včetně substitučních preparátů a substituce, která pro respondenta znamená úplné vysazení všech látek včetně substitučních preparátů. Vysoká spokojenost se objevila i v oblasti užívání drog, což patrně souvisí s tím, že pro tohoto respondenta znamená substituční léčba možnost zdarma získat drogu.

V oblasti léčby vykazují respondenti shodně spokojenost ve výši, pro tyto respondenty znamená léčba buďto substituci a abstinenci od ilegálních drog nebo směřování k úplné abstinenci.

V oblasti substituce vykazují respondenti největší rozdíly, tyto rozdíly souvisí zejména s tím, jak tuto oblast chápou, dva respondenti, kteří uváděli, že je substituce pro ně možnost nového života nebo jim umožnila změnit život, vykazovali vysokou míru spokojenosti, naopak ti, kteří tuto oblast chápou jako něco, co potřebují, vykazovali nízkou míru spokojenosti.

Strukturovaný rozhovor

V rámci rozhovoru vyplynulo, že pouze čtyři respondenti považují závislost za nemoc. Šest respondentů se otevřeně přiznalo, že užívá návykové látky, ačkoli je to v léčbě zakázáno a sankcionováno. Tři uvedli užívání pervitinu a jeden uvedl, že kouří marihuanu. Další čtyři respondenti se přiznali, že užívají alkohol, Další dva respondenti uvedli, že užívají léky na zklidnění bez předpisu. Pět respondentů uvedlo, že užívá psychiatrické léky na lékařský předpis (antidepresiva, anxiolytika atd.). Někteří respondenti uvedli, že užívají více látek.

Analýza dokumentace

Z analýzy dokumentace vyplývá, že všichni respondenti, kteří tuto oblast nominovali, mají problémy s dodržování režimu, zejména pokud jde o oblast drog, objevují se u nich pokusy o pronášení a další nedovolenou manipulaci se substitučními preparáty a také se u nich objevují pozitivní toxikologické testy.

Užívání drog, ale také alkoholu a nedovolená manipulace s těmito látkami jsou pak patrné téměř u všech respondentů.(kromě tří) Respondenti nejčastěji paralelně užívají alkohol a pervitin.

Pozorování

Pět respondentů, kteří si tuto oblast zvolilo, v době provádění mého výzkumu a krátce poté, ukončilo substituční léčbu z důvodu porušení pravidel. Jeden ukončil léčbu z důvodu nástupu do výkonu trestu.

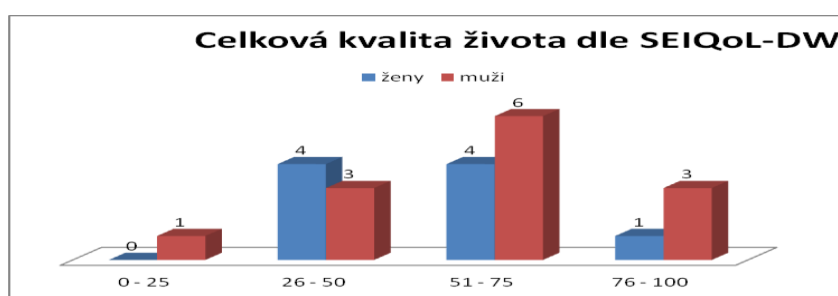
Od roku 2012 se také u výrazné části všech respondentů zvýšilo procento nedovolené manipulace se substituční látkou a pokusy o její pronášení s následnými postihy. Pokusy o pronášení se objevovaly zejména u respondentů užívajících preparát Suboxon®. Častá byla pozitivní toxikologie a to u dvou třetin respondentů a neobvyklé nebyly ani pozitivní testy na alkohol.

6.4.3 CELKOVÁ SUBJEKTIVNÍ KVALITA ŽIVOTA

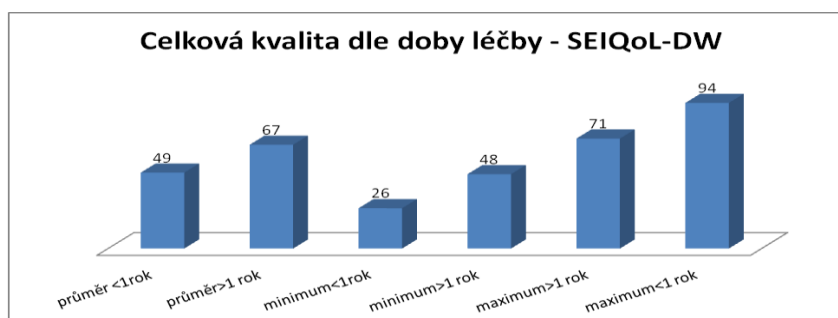
SEIQoL-DW

Odpověď na otázku: Jaká je celková subjektivní kvalita života klientů?

Graf č. 33: Celková kvalita života dle SEIQoL-DW



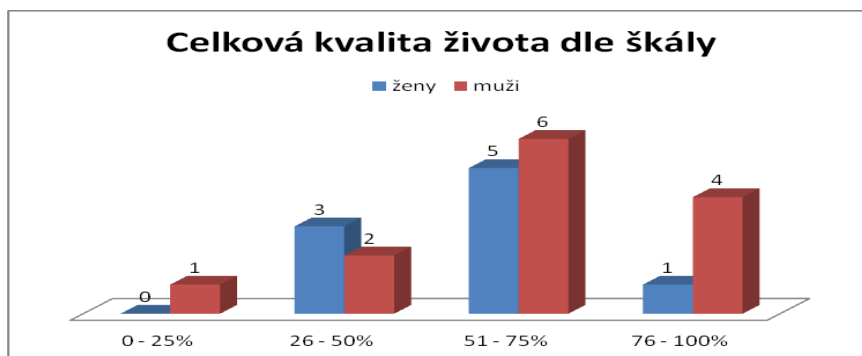
Graf č. 34: Celková kvalita života dle doby léčby SEIQoL-DW



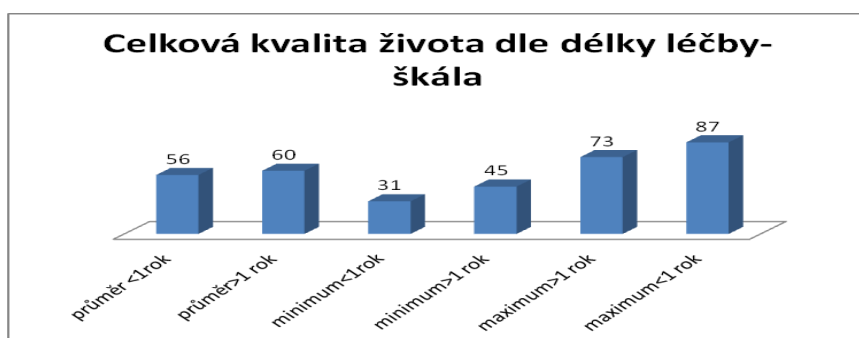
Při měření kvality života pomocí SEIQoL-DW byl naměřen největší počet respondentů, jejichž subjektivní kvalita života se pohybovala v rozmezí 51 % – 75 %. Sedm respondentů vykazovalo kvalitu života o trochu nižší. Kvalita života se zde pohybovala v rozmezí 26 % – 50 %.) Čtyři respondenti vykazovali kvalitu života v rozmezí 76% – 100%, z toho nejvyšší kvalita života dosahovala k 87 %. Kvalitu života nižší než 25 % vykazoval pouze jeden respondent (21 %). Nejnižší a nejvyšší hodnoty kvality života vykazují v obou případech muži Průměrná hodnota kvality života u žen je zdatně vyšší než u mužů. Mezi respondenty s kvalitou vyšší než 76 % se vyskytují pouze dlouhodobě substituující klienti. Nejnižší kvalitu života vykazuje klient, který je v léčbě nový. Relativně vysoká kvalita života (67 %-71 %) byla naměřena i u tří nových klientů. Respondenti, kteří jsou v substituční léčbě dlouhodobě, vykazují v průměru o 20 % vyšší subjektivní kvalitu života než klienti, kteří se léčí kratší dobu.

Strukturovaný rozhovor

Graf č. 35: Celková kvalita života dle škály



Graf č. 36: Celková kvalita života dle délky léčby-škála



Při měření kvality života pomocí vizuální škály byl naměřen největší počet respondentů, jejichž subjektivní kvalita života se také pohybovala v rozmezí 51 % – 75 %. Pět respondentů vykazovalo kvalitu života nižší v rozmezí 26 % – 50 %. Pět respondentů vykazovalo kvalitu života v rozmezí 76 % – 100 %, z toho nejvyšší kvalita života dosahovala k 93%. Kvalitu života nižší než 25 % vykazoval pouze jeden respondent (12 %). Nejnižší hodnotu kvality života vykazuje stejný muž jako v případě šetření pomocí SEIQoL-DW. Nejvyšší kvalita života zde byla naměřena u ženy, jejíž kvalita života byla v případě měření pomocí SEIQoL-DW druhá nejvyšší. Průměrná hodnota kvality života u žen je i zde vyšší než u mužů.

Respondenti, kteří jsou v substituční léčbě dlouhodobě, nemají podle vizuální škály v průměru výrazně vyšší subjektivní kvalitu života. Mezi dlouhodobě substituujícími se však nevyskytuje nikdo, kdo by měl kvalitu života nižší než 25 % a zároveň je v této skupině respondent s nejvyšší kvalitou života. Mezi respondenty s kvalitou vyšší než 76 % se vyskytují pouze dlouhodobě substituující klienti. Vysoká celková kvalita života však byla naměřena i u čtyř nových klientů centra (64 % - 73 %).

Analýza dokumentace

Při zkoumání celkové kvality života pomocí dvou různých metod zjišťování, se v krajních polohách kvality života (nejvyšší a nejnižší) vyskytovali stejní respondenti. Zcela nejnižší hodnotu kvality života vykazuje v obou případech muž, který nemá žádné zázemí, je zde cizincem, nemá práci ani nárok na sociální dávky a má zdravotní komplikace.

Muž, který vykazoval nejvyšší subjektivní kvalitu života při šetření pomocí SEIQoL-DW a zároveň vykazoval čtvrtou nejvyšší kvalitu života na škále je dlouhodobě substituujícím respondentem, je spokojený v rodinných vztazích, nemá problémy s bydlením (bydlí v nájmu), Jeho finanční situace je relativně dobrá (on i jeho žena pobírají důchod), nemá vysoké náklady na živobytí a jeho dluhová situace je únosná. Problémy má však v oblasti zdraví, kdy jeho zdravotní situace je natolik špatná, že trpí bolestmi a substituční látka je mu v případě potřeby dovážena domů. Při zkoumání kvality života pomocí SEIQoL-DW byla celková kvalita života tohoto respondenta ovlivněna extrémně vysokým bodovým ziskem v oblasti rodiny a vztahů, kterému tento respondent dal výrazně vysokou důležitost. V dalších nominovaných oblastech vykazoval nižší spokojenost, zejména v oblasti zdraví byla jeho spokojenost extrémně nízká.

Nejnižší subjektivní kvalitu života mezi ženami v obou případech měření vykazovala respondentka, která má dle analýzy dokumentace problémy s bydlením. Její osobní vztahy jsou problematické. Vykazuje problémy v partnerském vztahu a má komplikovaný styk s dětmi. Tato respondentka navíc trpí depresemi, má základní vzdělání, je nezaměstnaná a tudíž odkázána na sociální dávky-. Její finanční situaci navíc zhoršuje, že užívá hrazený substituční preparát.

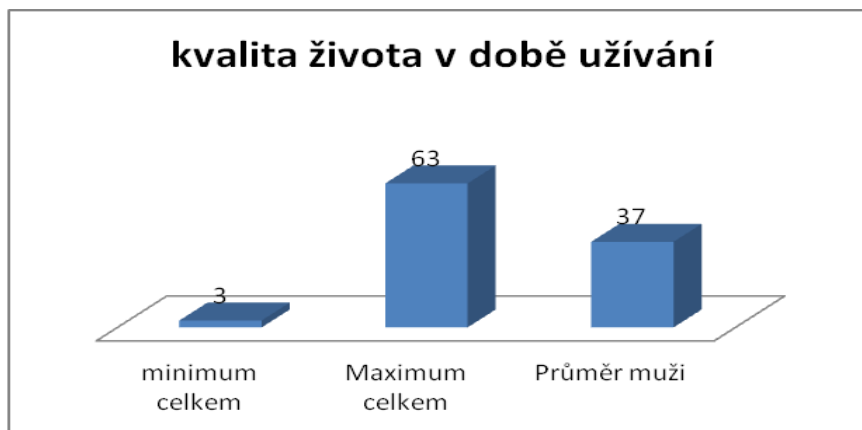
Nejvyšší subjektivní kvalitu života zjišťovanou pomocí subjektivního hodnocení na škále vykazuje respondentka, která má dle analýzy dokumentace nejvyšší objektivní kvalitu života, protože má silné rodinné zázemí a spokojený partnerský vztah, má vyšší vzdělání (SŠ), je zaměstnaná, její dluhy nejsou vysoké, je relativně zdravá (narušení nosní přepážky) a užívá nehrazený substituční preparát. V rámci měření pomocí SEIQoL-DW byla její spokojenost o něco nižší, což bylo způsobeno nižší spokojeností v oblasti léčby respektive abstinence, protože léčbu chápe jako úplné vysazení drog včetně substitučního preparátu, což se jí zatím nedaří.

U ostatních respondentů také míra jejich kvality života zjišťovaná dvěma různými metodami, vycházela přibližně stejně. Rozdíly u všech respondentů se překvapivě

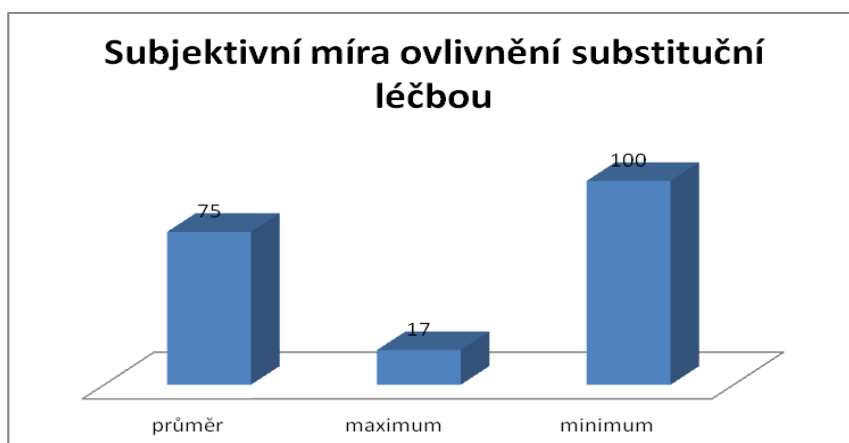
pohybovaly pouze okolo 10-15%, což není vysoké číslo. Tento rozdíl je možné považovat za zanedbatelný, protože změny může způsobovat momentální nálada, aktuální problém apod. Výjimku tvoří pouze tři noví klienti centra, jejichž subjektivní kvalita je výrazně vyšší než by se dalo předpokládat vzhledem k jejich životní situaci.

6.4.4 OVLIVNĚNÍ SUBSTITUČNÍ LÉČBOU

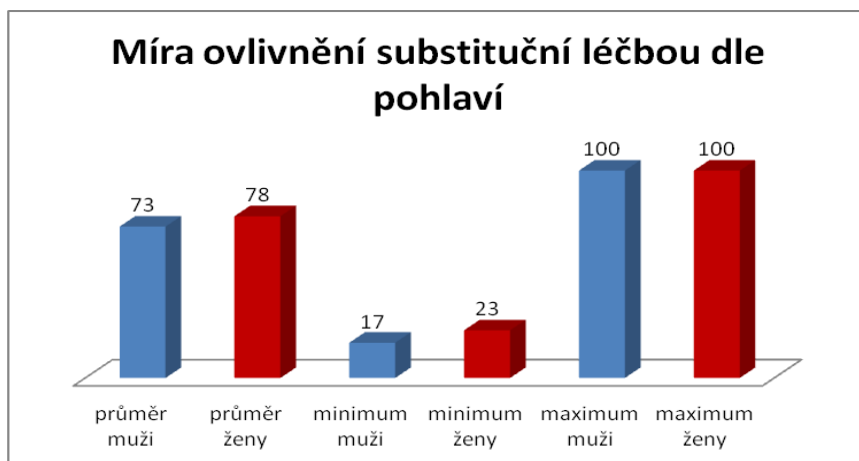
Graf č. 37: Subjektivní kvalita života v době užívání



Graf č. 38: Subjektivní míra ovlivnění substituční léčbou



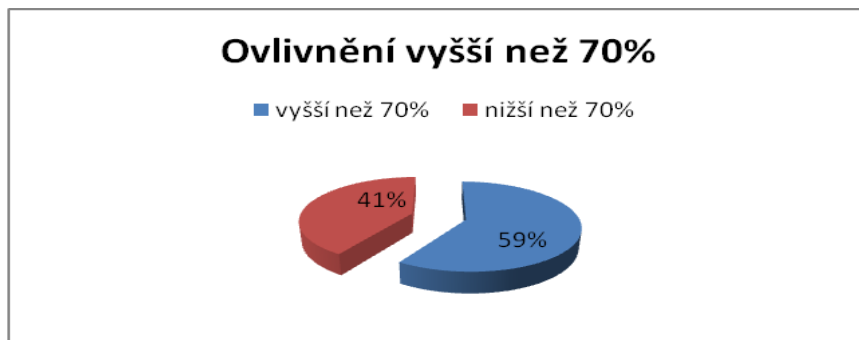
Graf č. 39: Subjektivní míra ovlivnění substituční léčbou dle pohlaví



Graf č. 40: Ovlivnění substituční léčbou vyšší než 50%



Graf č. 41: Ovlivnění substituční léčbou vyšší než 70%



Při subjektivním hodnocení kvality života v době užívání drog, respondenti většinou uváděly výrazně nižší hodnoty, než jak ji vnímají v současnosti. Průměrná hodnota se pohybovala pod hranicí 40 %. Minimální kvalita života pak dosahovala pouze do úrovně tří procent. Výjimku tvoří pouze respondent s maximální hodnotou kvality života v době užívání a s minimální mírou ovlivnění substituční léčbou. Jeho současná kvalita života je více než o třicet procentních bodů nižší, tento respondent je v léčbě nový a uváděl, že ještě neví, co od léčby může očekávat, otevřeně přiznal, že je pro něj substituční léčba významná jen jako možnost zabránit abstinenčním příznakům, protože na černém trhu je v současné době nedostatek heroínu a také otevřeně přiznal, že mu život s drogou vyhovuje. „*Já tu stejně sem jenom proto, že se nedá nic sehnat na ulici, já mam drogy rád.*“

Respondenti subjektivně pocítují výrazné ovlivnění kvality jejich života právě substituční léčbou. Maximální ovlivnění kvality života u mužů i žen je stejná, tedy 100 %. Takto ohodnotilo vliv substituční léčby osm respondentů. Ovlivnění více než 70 % uvedlo dokonce třináct respondentů, což je významné číslo. Průměrná míra ovlivnění je u žen v průměru o 5 % vyšší než u mužů, z tohoto vyplývá, že ženy pocítují o něco vyšší míru ovlivnění substituční léčbou než muži.

Minimální ovlivnění je u mužů 14 % a u žen 23 %. Hodnoty ovlivnění léčbou nižší než 50% uvedli pouze tři respondenti, tedy kromě těchto dvou ještě jeden respondent. Dva

z těchto respondentů jsou v programu noví a jeden je v programu více než rok. Vysvětlení nejnižší míry ovlivnění u respondenta (muže), jsem již provedla výše. Žena s nejnižší mírou ovlivnění je v programu také nová a zdůvodnila takto nízkou mírou ovlivnění tím, že stále neví, co jí to přinese ani co muže očekávat. „*Ještě nevím, co od toho mam očekávat, nevím, jestli mi to pomůže.*“ Dlouhodobě substituující respondent (muž) při dotazu, proč je u něj míra ovlivnění tak nízká uvedl: „*Pro mě je důležitá hlavně rodina. Před tím jsem dostával prášky od obvodního doktora a nemusel jsem dodržovat tenhle režim, taky mi vadí, že mě tu prohledávají a stále kontrolují a nelíbí se mi jednání doktora a sociální pracovnice.*“ Tento respondent velmi často vyjadřoval nespokojenost s chodem zařízení, během léčby však do centra přivedl svého blízkého příbuzného. Tento respondent po ukončení mé stáže byl z léčby vyloučen pro podezření z manipulací se substitučním preparátem. Z toho vyplývá, že subjektivní mírou ovlivnění léčbou může ovlivnit i nespokojenost respondentů s léčbou a jejich motivace pro léčbu.

Pokud jde o to, jakým konkrétním způsobem ovlivňuje substituční léčba jejich kvalitu života, se objevovaly jak pozitivní okolnosti, tak ale i negativní. Negativní ovlivnění spatřovali respondenti zejména ve vysoké finanční zátěži a v omezeních, které jim léčba přináší jako např., že nemohou řídit automobil, mají omezeny další činnosti, musejí si shánět zaměstnání tak, aby mohly docházet do centra. Respondentům vadí mimo jiné i stigmatizace, kterou pociťují, když musejí uvádět při čerpání jiné zdravotní péče, že užívají substituční preparát. „*Je to moc drahé, chtěl bych metadon, a vadí mi, že nemůžu řídit zdižku.*“ „*Vadí mi, že když du k doktoru, tak musím říkat, že sem v programu a oni pak na mě koukaj jako na prašivýho.*“ „*Když jsem bral, tak sem moch řídit, ted' to mam zakázaný a taky je to moc drahý.*“ „*Nemam na to prachy, je to drahý a ještě musím dojíždět a to mě stojí další prachy.*“ „*Vadí mi, že sem musím chodit každej den a nemůžu do práce.*“ „*Prášky jsou moc drahý a musím to říkat jinejm doktorům.*“ „*Vadí mi dojíždění a to, že musím shánět práci tak, abych mohl přijít.*“

Mezi pozitivní ovlivnění zahrnuli respondenti nejčastěji zlepšení jejich zdravotního stavu zejména pak zlepšení ve formě absence abstinenceho stavu, ale také možnost léčit se z jiných onemocnění. Další výrazné ovlivnění spatřují respondenti v tom, že jim léčba umožňuje chodit do práce a také zlepšuje jejich finanční a bytovou situaci. „*Mam práci a můžu fungovat.*“ „*Můžu chodit do práce, mam normální vztahy.*“ „*Lepší zdravotní stav a peníze*“ „*Jsem skoro normální, bydlím normálně, pracuju, nemám auťáky.*“ „*Nemusím brát místo toho jiné látky, abych přebyl abst'ák.*“ „*Přestala jsem dělat blbosti.*“ „*Mam lepší zdravotní stav a jsem na tom líp s prachama.*“ „*Nemam abst'áky.*“

Dále respondenti (7) uváděli, že významně ovlivňuje jejich schopnost vnímat režim dne a dodržovat ho. Toto je patrné zejména z vět jako: „*Můžu si dát život do pořádku a chodit do práce.*“ „*Jsem skoro normální, bydlím normálně, pracuju a nemám abstáky.*“ „*Nemusím shánět opiáty na ulici.*“ „*Nescháním drogy a peníze na ně celý den.*“ „*Mam čas chodit do práce.*“ „*Víc rozeznávám kdy je noc a den.*“ „*Pomáhá mi to, abych si našla nový životní styl.*“

Čtyřem respondentům léčba také zkvalitňuje jejich mezilidské vztahy zejména vztahy v rodině a umožňuje jim mít děti v péči a zlepšuje jejich schopnost se o ně postarat. Snižuje i míru pohybu mezi závislými osobami a tak jim umožňuje snáze se zapojit do společnosti. Pro ilustraci cituji: „*Lepší vztahy s přítelkyní a s rodiči.*“ „*Nemusím shánět opiáty na ulici.*“ „*Zlepšily se vztahy s přítelkyní a s rodiči.*“ „*Zlepšuje mi to náladu a rodinný život.*“ „*Zlepšili se vztahy v rodině a financemi lepší náladu, žije se mi dobře, není mi špatně.*“

Léčba napomáhá respondentům zejména tím, že zmírňuje abstinenci příznaky a napomáhá ke zlepšení jejich zdravotního stavu. Respondenti navíc nemusejí shánět drogu na ulici a musejí pravidelně docházet do centra a tak mohou lépe vnímat strukturu času a svůj volný čas trávit konstruktivněji. Léčba klientům umožňuje i rozvoj v dalších oblastech, které jsou objektivně významné pro život ale i subjektivně významné pro respondenty. Je patrné, že respondenti pocítují pozitivní vliv léčby na jejich vztahy, úroveň jejich bydlení a schopnost pracovat. Z toho usuzují, že léčba naplňuje své cíle a zlepšuje kvalitu života svých klientů. Kromě pozitivního vlivu však byl patrný i negativní vliv léčby na kvalitu života respondentů a to zejména v určitém omezení respondentů (nutnost docházet do centra, nutnost hlásit docházení jiným lékařům, nemožnost řídit) a ve stigmatizaci, kterou někteří respondenti pocítují, když musejí někde uvádět, že se léčí. Pozitivní ovlivnění finanční situace pocítují zejména ti, jejichž náklady na léčbu jsou minimální. Ti respondenti, kteří léčbu hradí nebo dojíždí, toto pocítují jako negativní ovlivnění, protože je pro ně finanční spoluúčast finančně zatěžující.

6.5 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Vzhledem k výsledkům se domnívám, že by zkoumání kvality života mohlo být významnou součástí případné evaluace programu, kde by ale bylo třeba se výrazněji zaměřit na naplňování cílů substituční léčby a také provést výzkum spokojenosti respondentů s léčbou. Subjektivní výpověď respondentů o kvalitě života se až na malé

výjimky překvapivě shoduje s objektivními zjištěními pomocí analýzy dokumentace a pozorování a nedochází k výraznému zkreslování faktů.

Jako významná se jeví oblast závislosti, která je pro mnoho respondentů stále důležitá a je tak třeba s tím počítat. Zajímavé by bylo i zkoumat zda se klienti cítí být abstinujícími nebo se stále cítí být závislími.

Velmi zajímavý je fakt, že velké procento respondentů se nikdy nepokoušelo o na abstinenci orientovanou léčbu a vysoké je i procento respondentů, kteří se pokoušeli látku pronášet, proto si myslím, že by bylo dobré hlouběji prozkoumat, co některé respondenty odrazuje od abstinenčně orientované léčby, co je jejich skutečnou motivací pro vstup do substitučního programu a co od tohoto typu léčby skutečně očekávají.

Respondenti mají výrazné problémy zajistit a udržet si zaměstnání, mají vysoké dluhy a velmi nízké příjmy a vykazují tak velmi nízkou spokojenost v těchto oblastech. Někteří se cítí být diskriminováni pro svou etnickou příslušnost, ale i z důvodu statusu nemocného či dokonce statusu závislého. Užívání substitučních preparátů a nutnost denně do centra značně omezuje některé klienty při výběru zaměstnání. Finanční nákladnost léčby při užívání hrazeného preparátu zase výrazně zatěžuje klienty a mnohdy je pro ně neúnosná. Proto bych doporučila výrazněji se zaměřit na otázku diskriminace klientů a stigmatizace léčbou a také na dopady finanční zátěže na klienty, kteří si léčbu musí hradit.

Vzhledem k tomu, že je pro některé respondenty významná také spirituálně-existencionální rovina života, neměla by se dle mého názoru tato složka opomíjet, protože pro některé může být i motivací pro změnu života a napomáhat k úzdavě.

6.6 SHRUTÍ

Respondenti si jako subjektivně nejvýznamnější oblasti zvolili stejné oblasti, které jsou v literatuře zmiňovány nejčastěji a to oblast vztahů, kde převládaly vztahy rodinné a intimní, oblast ekonomického zajištění, které pro ně znamená zejména možnost naplňovat potřeby a rozvíjet se v dalších pro ně významných oblastech. Dále nominovali bydlení, které pro ně znamená zejména zázemí v podobě materiálního a hygienického servisu, ale také zázemí citové a sociální. Oblast zdraví je pro ně významná jako cíl sám o sobě (potřeba být zdravý a dobře fungovat), ale také jim umožňuje fungovat ve světě a ve společnosti a rozvíjet jiné oblasti života.

Individuálně si volili i jiné oblasti, související především se spirituálně-existencionální rovinou života a také s osobní pohodou, jak je chápána v psychologickém

pojetí kvality života. Tyto oblasti si volili dlouhodobě substituující klienti, jejichž základní životní potřeby jsou již stabilizovány. Nominování spirituálně-existenciálních oblastí poukazuje na fakt, že tyto oblasti jsou i pro klienty takového typu zařízení významné a že by se tato rovina života v léčbě neměla opomíjet.

Specifickými oblastmi, které si zvolila polovina respondentů, pak byly oblasti související se závislostí. Toto poukazuje na skutečnost, že je problém závislosti pro respondenty stále velmi významný. Jednotlivé stejné oblasti ve své bližší definici měly často odlišný význam, nejčastějším významem však byla substituce. Tyto oblasti si volili jak noví klienti, tak i ti dlouhodobě substituující, což dle mého názoru potvrzuje, že závislost na opioidech je dlouhodobý problém, který výrazně ovlivňuje kvalitu života klientů v takovémto zařízení.

Spokojenost respondentů v různých oblastech se liší. Nejspokojenější jsou respondenti v oblasti vztahů, nejvíce jsou pak spokojeni se svými rodinnými a intimními vztahy a nejméně s rodičovstvím. Výraznou spokojenost v těchto vztazích vykazují respondenti, kteří patří k romskému etniku. Tito respondenti jsou v těchto vztazích spokojeni, ačkoli se objektivně může jevit jejich rodinné prostředí jako patologické prostředí s četným výskytem sociálně patologických jevů. Takto vysoká míra spokojenosti v oblasti rodiny a vztahů je v rozporu s obdobným výzkumem, prováděným výzkumníky z univerzity v Ghentu, kde je spokojenost s těmito vztahy významně nízká.¹⁷⁰ V tomto výzkumu však nebyly zkoumány osoby z jiných etnických skupin.

Rozdílné míry spokojenosti byly patrné zejména v oblastech zdraví a bydlení, kde byla míra spokojenosti závislá na objektivních skutečnostech. Zdraví respondenti vykazovali vysokou míru spokojenosti, nemocní naopak. To samé platí pro oblast bydlení, kde nejspokojenější byli ti, kteří žijí u příbuzných a nemusejí se o nic starat. Naopak ti respondenti, jejichž bytová situace je nedostatečná nebo dokonce nemají kde bydlet, vykazovali výrazně nízkou spokojenost.

Nejnižší míry spokojenosti pak byly naměřeny u oblastí práce a financí. Tyto výsledky jsou v souladu s výstupy ze zahraniční studie, kde spokojenost s oblastí práce

¹⁷⁰DE MAEYER, Jessica, VANDERPLASSCHEN Wouter, LAMMERTYN Jan, VAN NIEUWENHUIZEN, Chijs, SABBE, Bernard, BROEKAERT, Eric . *Current quality of life and its determinants among opiate-dependent individuals five years after starting methadone treatment*. Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation. 2011, roč. 20, č.1 s.139-50. DOI: 10.1007/s11136-010-9732-3.

a finanční situace je také významně nízká.¹⁷¹ Tento stav je zejména způsoben vysokou mírou nezaměstnanosti mezi respondenty a jejich závislostí na sociálních dávkách.

Finanční situace respondentů, kteří užívají hrazený preparát je významně horší a je způsobena vysokou finanční nákladností léčby. Respondenty finančně zatěžuje i nutnost do zařízení dojíždět. Nízká subjektivní spokojenost v oblasti práce souvisí s často nízkou kvalifikací, vysokými nároky na zaměstnání, etnickou příslušností, kriminální minulostí nebo neschopností dodržovat pracovní morálku a snést se s kolektivem. Negativní ovlivnění ale také může působit substituční léčba, která může svou povahou omezovat schopnost nalézt a udržet si práci, zejména tím, že klienti nemohou vykonávat některé práce či činnosti a musí pravidelně docházet do zařízení.

Spokojenost v závislostních kategoriích je různá a závisí na oblasti, kterou si respondenti zvolili ale také na jejím konkrétním významu a na hodnotách respondentů. Noví respondenti byly většinou spokojeni a to proto, že oblast, kterou si volili, většinou představovala možnost užívat substituční preparáty místo drog, což jim umožnilo měnit jejich styl života. Spokojen byl také respondent, pro kterého substituční léčba v podstatě znamená možnost levně či zdarma získat drogu, kterou potřebuje, ale také chce. Naopak nespokojeni byli dlouhodobě substituující respondenti, pro které substituce či léčba znamenaly neschopnost úplně abstinovat a závislost na substituční látce.

Celková hodnota kvality života u respondentů je v průměru relativně vysoká a výrazně se neliší u nových klientů a dlouhodobě substituujících. Mezi dlouhodobě substituujícími se však nevyskytuje nikdo s výrazně nízkou kvalitou života. Někteří noví respondenti vykazovali nadměrně vysokou subjektivní kvalitu života, ačkoli je jejich objektivní situace mnohem horší. To je možné dle mého názoru vysvětlit prudkým nárůstem kvality života po vstupu do léčby.

Substituční léčba podle subjektivního hlediska respondentů vysokou mírou ovlivňuje jejich kvalitu života. Zlepšuje jejich zdravotní stav, umožňuje jim zkvalitňovat vztahy, některým i pracovat, zlepšuje jejich vnímání času a dává jim určitou strukturu a napomáhá jim udržovat a zlepšovat bytovou situaci. Oblast financí výrazně zlepšuje těm respondentům, jejichž náklady na léčbu jsou minimální. Naopak respondenti, kteří se na

¹⁷¹ DE MAEYER, Jessica, VANDERPLASSCHEN Wouter, LAMMERTYN Jan , VAN NIEUWENHUIZEN, Chijs, SABBE, Bernard, BROEKAERT, Eric . *Current quality of life and its determinants among opiate-dependent individuals five years after starting methadone treatment*. Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation. 2011, roč. 20, č.1 s.139-50. DOI: 10.1007/s11136-010-9732-3.

hrazení substitučních preparátů podílí, toto vnímají jako negativní ovlivnění finanční situace ale stále vnímají, že zajišťovat si denní dávku ilegálních drog by bylo významně nákladnější. Negativní ovlivnění spatřují i v omezeních, které jim léčba způsobuje a ve stigmatizaci sociálním okolím, často lékaři a zdravotnickým personálem, nebo v zaměstnání.

Celkově však léčba působí spíše pozitivně, zlepšuje situaci respondentů v nejdůležitějších oblastech a zvyšuje kvalitu života těchto respondentů a tím dle mého názoru i naplňuje základní cíl substituční léčby.

7 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce zkoumala kvalitu života klientů Substitučního centra v Plzni. Vzhledem k tomu, že není v odborné literatuře jasně stanoveno, jaké oblasti jsou pro kvalitu života určující, zaměřovala se tato práce v první řadě na to, jaké oblasti jsou subjektivně významné pro tyto klienty. Výsledkem bylo zjištění, že jejich kvalita života závisí zejména na spokojenosti v oblasti rodinných a intimních vztahů. Dalšími významnými oblastmi, které se významnou měrou podílí na utváření kvalitního života, jsou zejména oblast zdraví, finančního zabezpečení, práce a bydlení. Tyto oblasti nominovala převážná část dotázaných, což svědčí o tom, že je jejich kvalita života utvářena zejména vnějšími faktory nutnými pro život ve společnosti. Specifickými významnými oblastmi, které utvářejí kvalitu života u těchto klientů, jsou oblasti související se závislostí, jako léčba abstinence a substituce a drogy. Toto poukazuje na fakt, že klienti tohoto centra považují svůj problém s drogami za významný a spokojenost v těchto oblastech stále vysokou měrou určuje jejich životní spokojenost. Dlouhodobě substituující klienti nominovali i oblasti související se spirituálně-existencionální rovinou života, z čehož je patrné, že se již nezaměřují pouze na oblasti vnější, související s přežitím, ale že jejich kvalita života závisí i na intrapsychické a duchovní rovině života.

Protože subjektivně významné oblasti byly značně různorodé, věnovala se tato práce i zjišťování spokojenosti v těch oblastech, které dle odborné literatury užívání opioidních drog nejvíce negativně ovlivňuje a substituční léčba by naopak měla umožnit klientům situaci v těchto oblastech zlepšovat.

Nejnespokojenější jsou klienti tohoto centra opět v oblasti vztahů, kdy nejspokojenější jsou zejména klienti romského etnika. Vysoká míra spokojenosti byla až na malé výjimky patrná u oblasti bydlení a zdraví, naopak nejnižší spokojenost vykazují klienti v oblastech finančního zajištění a pracovního uplatnění. Zvýšená nezaměstnanost a výrazné škrty v sociální oblasti, dopadají silně i na ně, zejména proto, že tito klienti mají z různých důvodů velké problémy uplatnit se na trhu práce a zajistit si tak dostatečné množství finančních prostředků na kvalitní život, protože sociální dávky jim nedostačují někdy ani na pokrytí nákladů na substituční preparáty pokud si je musejí hradit, natož na uspokojování dalších potřeb.

Protože si substituční léčba dává za hlavní cíl zvyšovat kvalitu života uživatelů opioidů, tak se tato práce věnovala i tomu, jestli si sami klienti myslí, že jim léčba pomáhá tuto kvalitu zvyšovat a čím ji nejvíce ovlivňuje.

Z výzkumu vyplynulo, že nejvýraznější pozitivní ovlivnění vnímají klienti v oblasti zdraví, protože léčba zamezuje abstinenčním příznakům a umožňuje jim léčit se z jiných onemocnění. Dále jim léčba pomáhá stabilizovat jejich život v oblastech vztahů, práce, bydlení a také dává jejich životu určitou strukturu.

Kromě pozitivního vlivu substituční léčby se objevili i negativní dopady, které souvisely s oblastí uplatnění na trhu práce, a s finanční situací klientů, kteří užívají hrazené preparáty nebo musejí dojíždět. Někteří klienti považují za negativum, že jsou omezeni v činnostech jako např. v řízení motorových vozidel, dále že si musejí upravovat směny či dokonce vybírat práci podle výdejní doby a také se cítí být diskriminováni svou rolí klienta substitučního centra.

Přínosem této práce může být zjištění, že subjektivní hodnocení kvality života klientů může být užito jako součást evaluace programu, protože má relativně vysokou výpovědní hodnotu. Užitečné je i zjištění, že hrazená forma substituční léčby může mít i negativní dopady na kvalitu života klientů nebo jejich život zlepšovat výrazně méně a to tím, že jim neusnadňuje zlepšení jejich situace v oblasti finančního zajištění.

Domnívám se, že cíle této práce byly naplněny a to i přes to, že provést potřebný výzkum nebylo lehké s ohledem ke specifickým potřebám a problémům zkoumaných osob, kdy jsem některé metody musela této skupině upravit na míru (viz strukturovaný rozhovor). Využití dotazníku SEIQoL-DW jako metody zkoumání u těchto osob se osvědčilo a využití škál také, problematické bylo provádění rozhovoru, protože respondenti klasický rozhovor odmítali. Kromě toho z výzkumu vyplynuly i další zajímavé výsledky, které mohou sloužit jako inspirace pro další výzkum v tomto zařízení ale i v jiných obdobných zařízeních.

8 RESUMÉ

Tato bakalářská práce se zabývá zkoumáním kvality života klientů v Substitučním centru v Plzni. Teoretická část je zaměřena na problematiku užívání látek opioidového typu a na substituční léčbu jako specifický typ léčebné péče o osoby závislé na těchto látkách. Je zde také proveden hlubší popis realizace Substitučního programu v Plzni. Část práce je pak věnována problematice kvality života, zejména pak jejímu definování, jejím dimenzím a možnostem jejího měření. Podkapitola je také věnována možným souvislostem mezi kvalitou života, závislostí na látkách opioidového typu a substituční léčbou.

Praktická část se zaměřuje na zkoumání subjektivně významných oblastí a spokojeností v těchto oblastech a z toho se snaží odvodit, jaká je celková subjektivní kvalita života klientů v tomto zařízení. Také zjišťuje spokojenost v oblastech, které užívání drog nejvíce ovlivňuje a zjišťuje, jakým způsobem substituční léčba ovlivňuje kvalitu života. Závěrečné shrnutí nabízí ucelené informace vypovídající o kvalitě života těchto klientů.

This thesis examines the quality of life of clients in substitution Center in Pilsen. The theoretical part is focused on the issues of substance use and the type of opioid substitution treatment as a specific type of medical care for persons addicted to these substances. There is also a deeper description of the implementation of the substitution program in Pilsen. Part of the work is devoted to the issue of quality of life, especially its definition, its dimensions and its possible measurement. Subchapter is also paid to possible connections between quality of life, dependence on substances opioid type and substitution therapy.

The practical part is focused on examining subjectively important areas and satisfaction in these areas. Delivers trying to deduce what the overall subjective quality of life of clients. Also it finds satisfaction in the areas that most affect drug use and figuring out how substitution treatment affects quality of life. The final summary gives a compact analysis of the quality of life of clients.

9 SEZNAM ODBORNÉ LITERATURY A ZDROJŮ

1. BUNING, Erst, VERSTER, Annete. *Informace pro tvůrce drogové politiky o účinnosti substituční léčby závislosti na opiátech*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2007, ISBN 80-86734-15-3.
2. BUNING, Erst, VERSTER, Annete. *Buprenorfin: rozbor kritických otázek*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2007, ISBN: 978-80-87041-11-6.
3. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál, 2008, ISBN 978-80-7367-485-4.
4. Interní materiály Substitučního centra Plzeň o. s. Ulice-Agentura sociální práce. *Obecné manuály*. Provozní manuál.
5. Interní materiály Substitučního centra Plzeň o. s. Ulice-Agentura sociální práce. *Operační manuál*. Provozní manuál.
6. KALINA, Kamil, et al. *Glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Filia Nova, 2001. ISBN 80-238-8014-4.
7. KALINA, Kamil. *Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelům drog* In: KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, 78-82. ISBN 80-86734-05-6.
8. KALINA, Kamil a kol. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, a. s. 2008. ISBN 978-80-247-1411-0.
9. KOČMAN, David. *Využití kvantitativních a kvalitativních metodologií při hodnocení kvality života a hodnocení intervencí v sociálních službách-diskusní zpráva*. Quip-Společnost pro změnu, 2011.
10. KOLEKTIV AUTORŮ. *Kvalita života. Sborník příspěvků z konference, konané dne 25. 10. 2004 v Třeboni. Kostelec nad Černými lesy*: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. ISBN 80-86625-20-6.
11. KUDRLE, Stanislav. *Bio-psycho-socio-spiritální model jako východisko k primární, sekundární a terciární prevenci*. In: KALINA, Kamil a kol. *Drogy*

- a drogové závislosti 1:Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, 142-149. ISBN 80-86734-05-6.
12. Kula, Luděk. *Kvalita života mladistvých a mladých dospělých*. Brno, 2006. Rigorózní práce. Masarykova univerzita. Fakulta pedagogická.
13. MINAŘÍK, Jakub. *Opioidy a opiáty* In: KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 1:Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 159-163. ISBN 80-86734-05-6.
14. MINAŘÍK, Jakub, HOBSTOVÁ, Jiřina. *Somatické komplikace a komorbidita 2-infekční hepatitidy a AIDS* In: KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 1:Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 229-232. ISBN 80-86734-05-6.
15. MINAŘÍK, Jakub, HOBSTOVÁ, Jiřina. *Somatické komplikace a komorbidita 1-místní a celkové infekce, orgánová postižení* In: KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti 1:Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 223-228. ISBN 80-86734-05-6.
16. KALINA, Kamil a kol. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, a. s. 2008, ISBN 978-80-247-1411-0.
17. MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1362-4.
18. *Monografie produktu SUBUTEX*. Schering-Plough, Česká republika, 2000.
19. MRAVČÍK, V., et al. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2003*. Praha: Úřad vlády ČR, 2004. ISBN 80-86734-25-0.
20. MRAVČÍK, V., et al. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2004*. Praha: Úřad vlády ČR, 2005. ISBN 80-86734-25-0.
21. MRAVČÍK, V., et al. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2005*. Praha: Úřad vlády ČR, 2006. 80-86734-99-4.

22. MRAVČÍK, V., et al. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2006*. Praha: Úřad vlády ČR, 2007. ISBN 978-80-87041-22-2.
23. MRAVČÍK, V., et al. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2007*. Praha: Úřad vlády ČR, 2009. ISBN 978-80-87041-46-8.
24. MRAVČÍK, V., et al. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2008*. Praha: Úřad vlády ČR, 2009. ISBN 978-80-87041-99-4.
25. NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 3., aktualiz. Praha: Portál, 2007. ISBN 9788073672676.
26. O'BOYLE, A. Ciarán., BROWNE, John. *The schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (SEIQoL)*. Royal College of Surgeons : Dublin 2, 1993.
27. PAYNE, Jiří a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.
28. POPOV, Petr. *Programy metadonové a jiné substituce* In: KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 221-227. ISBN 80-86734-05-6.
29. PRESTON, A. *Drogy na předpis II: vše o metadonu*. Olomouc: Votobia, 1999. 166 s. ISBN 80-7198-383-7.
30. ŘEŽÁBKOVÁ Monika. *Kvalita života osob po léčbě závislostní na návykových látkách*. Plzeň, 2010. Diplomová práce. Západočeská univerzita v Plzni. Vedoucí práce Mgr. et Mgr. Michal Svoboda.
31. RODGERS, Frederic a kol. *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada publishing, 1999. ISBN 80-7169-836-9.
32. VAĐUROVÁ, Helena, MÜHLPACHR, Pavel. *Kvalita života. Teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3754-7.
33. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

34. *Výroční zpráva za rok 2011. Stav drogové problematiky v Evropě.* Lucemburk: Úřad pro publikace Evropské unie, 2011. ISBN 978-92-9168-466-3.
35. *Zaostřeno na drogy.* Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, roč. 1, č. 2. ISSN 1214-1089.

Internetové zdroje

36. DE MAEYER, Jessica, VANDERPLASSCHEN, Wouter, BROEKAERT, Eric. *Quality of life among opiate-dependent individuals: A review of the literature.* [online] International Journal of Drug Policy. roč. 21, č. 5, s. 364-380. [cit. 2011-05-12]. DOI: 10.1016/j.drugpo.2010.01.010. Dostupné z: http://www.researchgate.net/publication/41509455_Quality_of_life_among_opiate-dependent_individuals_A_review_of_the_literature.
37. DE MAEYER, Jessica, VANDERPLASSCHEN Wouter , LAMMERTYN Jan , VAN NIEUWENHUIZEN, Chijs , SABBE, Bernard , BROEKAERT, Eric . *Current quality of life and its determinants among opiate-dependent individuals five years after starting methadone treatment.* Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation. [online] 2011, roč. 20, č. 1, s. 139-50. DOI: 10.1007/s11136-010-9732-3 [cit. 2011-05-12]. Dostupné z: http://www.researchgate.net/publication/45952589_Current_quality_of_life_and_its_determinants_among_opiate-dependent_individuals_five_years_after_starting_methadone_treatment.
38. DE MAEYER, Jessica, VANDERPLASSCHEN, Wouter, CAMFIELD, Laura, STIJN , Vanheule , SABBE, Bernard , BROEKAERT . *A good quality of life under the influence of methadone: a qualitative study among opiate-dependent individuals.* International journal of nursing studies. [online] 2011, roč. 48, č. 10, s. 1244-57 . DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2011.03.009 [cit. 2011-05-12]. DOI: Dostupné z: http://www.researchgate.net/publication/51040225_A_good_quality_of_life_under_the_influence_of_methadone_a_qualitative_study_among_opiate-dependent_individuals.

39. Drop in: nikdy není pozdě. *Metadon* [online]. [cit. 2012-02-10]. Dostupné z: <http://www.dropin.cz/o-drogach/121-metadon>
40. Epravo.cz. *VYHLÁŠKA ze dne 17. května 2004, kterou se mění vyhláška č. 304/1998 Sb., kterou se stanoví případy, kdy se nevyžaduje vývozní povolení k vývozu pomocných látek, podrobnosti o evidenci návykových látek, přípravků a prekursorů a o dokumentaci návykových látek, ve znění pozdějších předpisů.* [online]. © epravo.cz, a.s. 1999-2012, [cit 2012-1-2]. Dostupné z: <http://www.epravo.cz/top/zakony/sbirka-zakonu/vyhlaska-ze-dne-17-kvetna-2004-ktou-se-meni-vyhlaska-c-3041998-sb-ktou-se-stanovi-pripady-kdy-se-nevyzaduje-vyvozni-povoleni-k-vyvozu-pomocnych-latek-podrobnosti-o-evidenci-navykovych-latek-pripravku-a-prekursoru-a-o-dokumentaci-navykovych-latek-ve-zneni-pozdejsich-predpisu-5237.html>.
41. KRMENČÍK, Pavel. *Opiáty-charakteristika: výukový text.* Adiktologie.cz [online]. [cit 2011-12-17]. Dostupné z: www.adiktologie.cz/cz/articles/download/opiaty-charakteristika-pdf.
42. MAREŠ, Jiří. 2010. Kvalita života žáků a škola. In *Pedagogika.sk* [online], roč. 1, č. 1, s. 1 – 93 [cit. 2011-11-14]. Dostupné z: <http://www.casopispedagogika.sk/studie/kvalita-zivota-zaku-a-skola>.
43. MINAŘÍK, Jakub. *Definice (syndromu) závislosti na psychoaktivních látkách.* Dostupné z: [online]. <http://www.drogy.net/portal/ilegalni-drogy/zavislost-4/definice-zavislosti.html>.
44. Národní vzdělávací fond. *Standardy odborné způsobilosti: speciální část.* [online] © NVF – CEKAS, o. p. s. [cit 2012-02-24]. Dostupné z: <http://www.cekas.cz/content/standardy-odborne-zpusobilosti-specialni-cast>.
45. POPOV, Petr. *Substituční léčba: studijní materiály.* Podané ruce.cz [online]. [cit. 2011-12-17]. Dostupné z: <http://www.podaneruce.cz/cz/programy/grantove-projekty/multikurz1.html>.
46. Portál veřejné správy. *Zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.* [online]. Portál

- veřejné správy. 2012 © Ministerstvo vnitra [cit 2011-11-24]. Dostupné z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=379~2F2005&rpp=15#seznam>.
47. Právník. cz. *Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů.* [online]. © WEDOS, a.s. 2012, [cit 2012-1-2]. Dostupné z: <http://www.pravnik.cz/uplna-zneni/uz-68.html>.
48. Ulice-plzen.com. *Výroční zpráva za rok 2001.* [online]. [cit 2012-2-12]. Dostupné z: <http://www.ulice-plzen.com/vz2001.pdf>.
49. Ulice-plzen.com. *Substituce.* [online]. [cit 2012-2-12]. Dostupné z: <http://www.ulice-plzen.com/substituce.html>.
50. Ulice-plzen.com. *Výroční zpráva za rok 2001.* [online]. [cit 2012-2-12]. Dostupné z: <http://www.ulice-plzen.com/vz2001.pdf>.
51. Ulice-plzen.com. *Výroční zpráva za rok 2002.* [online]. [cit 2012-2-12]. Dostupné z: <http://www.ulice-plzen.com/vz2002.pdf>.
52. Ulice-plzen.com. *Výroční zpráva za rok 2009.* [online]. [cit 2012-2-12]. Dostupné z: <http://vyrocka09.ulice-plzen.com/rok09.html>.
53. Ulice-plzen.com. *Výroční zpráva za rok 2010.* [online]. [cit 2012-2-12]. Dostupné z: <http://vyrocka10.ulice-plzen.com/>.
54. Vubt.cz *Kvalita života.* [online]. vubt.cz 2010 © [cit 2011-11-24]. Dostupné z: http://kvalitazivota.vubp.cz/prispevky/soudoba_sociologie_II_kvalita_zivota-svobodova.doc.

10 PŘÍLOHY

Příloha A-Formulář záznamu hodnoty znaků SEIQoL-DW

Příloha B-Formulář průběhu interviu SEIQoL-DW

Příloha C-Disk SEIQoL-DW

Příloha D-Strukturovaný rozhovor s vizuálními škálami

FORMULÁŘ ZÁZNAMU HODNOTY ZANKŮ

NEJLÉPE MOŽNÉ

NEJHŮŘE MOŽNÉ

The form consists of a large empty rectangular box. On the left side of the box, there is a vertical axis with the label 'NEJLÉPE MOŽNÉ' at the top. At the bottom of the box, there is a horizontal axis with ten vertical tick marks, and the label 'NEJHŮŘE MOŽNÉ' is positioned to the left of these tick marks.

© Department of Psychology, Royal College of surgeons in Ireland, 1993,
překlad 11/2004, Hrouzek

FORMULÁŘ PRŮBĚHU INTERVIU

1. POTŘEBNÝ ČAS _____

2. MÍRA POROZUMĚNÍ METODĚ

- Bez porozumění _____
- Slabé porozumění /porozumění s pochybnostmi _____
- S porozuměním _____

3. PROJEVY ÚNAVY/NEZÁJMU

- Bez těchto projevů _____
- S občasnými projevy _____
- S mnoha těmito projevy _____

4. SOUHRNNÉ HODNOCENÍ VALIDITY (ve světle bodů 2. a 3.)

Jednoznačně nevalidní _____

Nejisté _____

Validní _____

5. VÁHY PŘÍPSANÉ ZNAKŮM

Znak 1: váha (%) _____

Znak 2: váha (%) _____

Znak 3: váha (%) _____

Znak 4: váha (%) _____

Znak 5: váha (%) _____

© Department of Psychology, Royal College of surgeons in Ireland, 1993.
překlad 11/2004, Hrouzek



Strukturovaný rozhovor-
kvalita života klientů Substitučního centra Plzeň

Nakolik si myslíte, že byl váš život kvalitní před vstupem do léčby?

Empty text box for response to the question: "Nakolik si myslíte, že byl váš život kvalitní před vstupem do léčby?"

Nakolik si myslíte, že je váš život kvalitní dnes?

Empty text box for response to the question: "Nakolik si myslíte, že je váš život kvalitní dnes?"

Nakolik si myslíte, že docházení do substitučního centra ovlivňuje kvalitu vašeho života?

V čem si myslíte, že se kvalita vašeho života změnila po vašem vstupu do substituční léčby?

Bydlení

Nakolik jste spokojen se stávající úrovní vašeho bydlení?

Můžete to zdůvodnit?

Kde bydlíte?

V jak velkém městě bydlíte?

Chtěl/a byste bydlet jinde?

Proč byste chtěl/a bydlet jinde?

Kde byste chtěl/a bydlet?

V čem si myslíte, že úroveň vašeho bydlení nejvíc ovlivňuje váš život?

Práce

Nakolik jste spokojen s vaší pracovní/studijní situací?

Empty response box for the survey question.

Jaký je Váš zdroj příjmů?

Pro pracující:

Chtěl/a byste své zaměstnání změnit?

Mohl/ byste říci proč?

Je pro vás obtížné získat zaměstnání?

Mohl/a byste říci, v čem spatřujete zásadní problém při hledání práce?

Je pro vás obtížné udržet si zaměstnání? "

Z jakého důvodu?

Rodina a vztahy

Nakolik jste spokojen s kvalitou vašich vztahů?

Máte partnerský vztah?

Žijete s partnerem ve společné domácnosti?

Jste spokojen se svým partnerským vztahem?

Z čeho pramení Vaše nespokojenost?

Užívá nebo v minulosti užíval Váš partner nějaké drogy?

Jaké drogy užívá Váš partner drogy?

Jste v kontaktu se svou původní rodinou či dalšími příbuznými?

Z jakého důvodu nejste v kontaktu se svou původní rodinou?

Je ve vaší rodině někdo další závislý na drogách či v minulosti s drogami měl problémy?

Kdo?

Máte přátele nebo někoho na koho se můžete obrátit, když máte nějaký problém?

Je pro Vás přátelství důležité?

Co vám přináší přátelství?

Pohybujete se více mezi lidmi, kteří užívají nějaké návykové látky než mezi lidmi, kteří je neužívají?

Mohl/a byste mi říci z jakého důvodu?

Máte děti?

Máte děti ve své péči?

Máte dostatečnou podporu pro výkon svého rodičovství?

Co byste potřeboval/a jinak pro zkvalitnění výkonu vašeho rodičovství?

V čí péči jsou Vaše děti?

Jste s nimi v kontaktu?

Mohl/a byste uvést důvod, proč s nimi nejste v kontaktu?

Zdraví

Nakolik jste spokojen v oblasti zdraví?

Máte nějaké psychické obtíže?

Mohl/a byste uvést jaké?

Máte nějakou nemoc či zdravotní obtíže spojené s užíváním drog?

Mohl/a byste uvést jaké?

Máte nějakou nemoc či zdravotní obtíže, které s užíváním drog nesouvisí?

Mohl/a byste uvést jaké?

Léčíte se z nějakého onemocnění?

Z jakého onemocnění se léčíte?

Je pro vás zdravotní péče dostupná?

Můžete mi říci důvod?

Jste spokojen s úrovní poskytovaných zdravotních služeb?

Můžete mi říci důvod vaší nespokojenosti?

V čem si myslíte, že váš zdravotní stav nejvíce ovlivňuje váš život?

Finance

Nakolik jste spokojený se svou finanční situací?

Jak byste zhodnotil vaši momentální finanční situaci?

Jak získáváte finanční prostředky pro uspokojování vašich potřeb?

Máte dluhy?

V jaké výši?

U jakých institucí či organizací máte největší dluhy?

Ovlivňuje vaši finanční situaci substituční léčba?
Jakým způsobem?