

PRAŽSKÁ VYSOKÁ ŠKOLA PSYCHOSOCIÁLNÍCH STUDIÍ



DIPLOMOVÁ PRÁCE

Kvalita života klientů v metadonové substituční léčbě

Barbora Lahodová

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Martin Prokeš

Studijní program: Sociální práce a sociální politika

Studijní obor: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Praha 2013

PRAGUE COLLEGE OF PSYCHOSOCIAL STUDIES



DIPLOMA WORK

**Quality of life among clients on methadone
maintenance therapy**

Barbora Lahodová

The diploma thesis work supervisor: Mgr. Martin Prokeš

Curriculum: Sociální práce a sociální politika

Field of study: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Praha 2013

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci s názvem Kvalita života klientů v metadonové substituční léčbě napsala samostatně pod odborným vedením Mgr. Martina Prokeše a výhradně s použitím uvedených zdrojů literatury.

V Praze dne 28. 7. 2013

Barbora Lahodová

Anotace

Diplomová práce se zabývá tématem kvality života u klientů docházejících do substituční metadonové léčby. Cílem práce je poukázat na současné poskytování substituční metadonové léčby a na základě dotazníkového šetření zjistit, jak jsou klienti v metadonové substituční léčbě se svým životem spokojeni. Práce přitom vychází ze zkušenosti, že současná podoba metadonových substitučních programů v ČR má nejčastěji podobu udržovací substituční léčby. Klienti tak mohou do léčby docházet po velmi dlouhou dobu, bez většího zmapování jejich potřeb a očekávání klientů od daného programu. Práce se snaží na problematiku tzv. udržovací substituční léčby upozornit a poukázat na možné komplikace při jejím zavádění. Součástí diplomové práce je kvantitativní dotazníkový výzkum mezi klienty metadonové substituční léčby zaměřený na kvalitu života, jehož výsledky jsou prezentovány v druhé části práce.

Teoretická část práce se podrobněji věnuje dvěma hlavními oblastem, které jsou klíčové pro výzkumnou část práce. Jedná se o problematiku substituční léčby, především pak metadonové substituční léčby a uchopení pojmu kvality života. Teoretická část se nejprve věnuje problematice oblasti substituční léčby, na kterou se zaměřuje zejména z pohledu přínosu pro klienty. Zvláštní důraz je zde kladen metadonové substituční léčbě, které je věnována samostatná kapitola. Dále se zabývá pojem kvalita života a specifikuje různé pohledy na kvalitu života, podle účelu výzkumu či potřeb výzkumníka.

Klíčová slova

Metadon, metadonová substituční léčba, metadonová udržovací léčba, substituce opioidů, substituční látky, kvalita života, subjektivní kvalita života, objektivní kvalita života, měření kvality života

Abstract

This thesis deals with the quality of life of clients on methadone substitution treatment. The aim is to highlight the current provision of methadone substitution treatment and with the help of a questionnaire survey to determine how the clients on methadone substitution therapy are content with their lives. The thesis is based on the experience that the current form of methadone substitution programs in the Czech Republic is the substitution maintenance therapy. Clients can be on the treatment for a very long time, without being assessed for their needs and expectations. The work tries to point out the problems of the substitution maintenance therapy and highlight possible complications. The thesis includes a quantitative questionnaire survey among clients of methadone substitution therapy focused on quality of life. The results of the survey are presented in the second part of the thesis.

The theoretical part of the paper deals in detail with two main areas that are crucial for the research part of the work. They are the issue of substitution treatment, particularly methadone maintenance treatment and the issue of concept of quality of life. The theoretical part first deals with problems of the substitution therapy especially from the aspect of the benefit to clients. Special emphasis is placed on methadone substitution therapy, which is discussed in a separate chapter. It also deals with the concept of quality of life and specifies the different views on the quality of life, according to the purpose of research or the needs of the researcher.

Keywords

Methadone, methadone treatment, methadone maintenance treatment, substitution of opioids, substitution medication, quality of life, subjective quality of life, objective quality of life, quality of life measurements

Poděkování

Ráda bych na tomto místě vyjádřila svůj Mgr. Martinu Prokešovi za vedení a konzultaci diplomové práce. Jeho cenné rady a připomínky pro mě byly velkou pomocí.

Obsah

Úvod	2
1. Substituční léčba pro závislé na opioidech	5
1.1. Poskytování substituční léčby a její začátky	6
1.2. Typy preparátů pro substituční léčbu toxikomanů v ČR	9
1.3. Závislost na opioidech jako diagnóza	13
2. Specifika metadonové substituční léčby	15
2.1. Vlastnosti metadonu a jeho vliv na uživatele opioidů	15
2.2. Typy přístupu v metadonové substituční léčbě	17
2.3. Omezení a rizika metadonové substituční léčby	21
2.3.1. Omezení léčby	21
2.3.2. Rizika substituční metadonové léčby	22
3. Kvalita života a její význam v pomáhajících profesích	25
3.1. Pojem kvalita života a jeho vymezení	25
3.2. Metody měření kvality života	28
3.2.1. Objektivní metody měření	29
3.2.2. Subjektivní metody měření	30
3.2.3. Individuální měření kvality života	32
3.3. Kvalita života v sociálních službách	33
3.3.1. Standardy kvality v sociálních službách	34
3.4. Měření kvality života klientů v drogových službách	36
3.5. Faktory ovlivňující kvalitu života klientů v metadonové substituční léčbě	40
3.5.1. Osobnostní struktura a prožívání	41
3.5.2. Mezilidské vztahy	42
3.5.3. Materiální zabezpečení a zapojení na trh práce	43

4. Výzkumná část	44
4.1. Vymezení cíle výzkumu.....	44
4.2. Zkoumané okruhy a formulace hypotéz.....	45
4.3. Charakteristika a popis výběrového souboru	48
4.4. Metody výzkumu	51
4.5. Výsledky výzkumu.....	52
4.6. Interpretace výsledků	57
4.6.1. Kvalita života klientů v porovnání s běžnou populací.....	57
4.6.2. Kvalita života a délka docházení do substituční metadonové léčby.....	60
4.6.3. Hodnocení kvality života u mužů a žen.....	62
4.6.4. Ověření stanovených hypotéz	63
4.7. Diskuse.....	64
5. Závěr	66
6. Seznam použité literatury a informačních zdrojů	67
7. Přílohy	71
Příloha 1 – Grafické znázornění výsledků u jednotlivých otázek	71
Příloha 2 - Dotazník Kvalita života WHOQOL - BREF	81

Úvod

Diplomová práce Kvalita života klientů v metadonové substituční léčbě se zabývá problematikou zvyšování kvality života klientů v tzv. udržovací metadonové léčbě. Cílem práce je poukázat na oblast subjektivního vnímání kvality života klientů v metadonové substituční léčbě a zdůraznit její důležitost a možnosti uplatnění při další práci s klienty.

Téma práce jsem si vybrala z několika důvodů. S drogově závislými klienty pracuji v organizaci Drop In o.p.s. 5 let a díky tomu jsem měla možnost seznámit se s různými typy služeb, které jsou drogově závislým poskytovány. Nejprve jsem pracovala v terénním drogovém programu jako terénní sociální pracovníce, kde jsem se prostřednictvím své práce seznámila s množstvím problémů a komplikací, kterým klienti užívající nelegální drogy čelí. Tato zkušenost pro mě byla velkou oporou, když jsem nastoupila jako sociální pracovníce do centra metadonové substituce. V první řadě jsem lépe rozuměla tomu, z jakých podmínek klienti do substituční metadonové léčby přicházejí a s jakými problémy se potýkají. Na metadonové substituční léčbě pracuji druhým rokem a za tu dobu jsem měla možnost ji blíže poznat. Zpočátku pro mě byla práce s klienty v metadonové substituční léčbě vítanou změnou. Nejvíce mě překvapilo, jak klienti na první pohled působili upraveně a téměř nemluvili o své drogové „kariéře“ a o drogách. Také přicházeli s problémy, které byly více o pomoci v celkové stabilizaci než o závislosti jako takové.

Bylo patrné, že kvalita života toxikomanů se po vstupu do léčby zvýšila a pozitivní vliv metadonové substituce zdůrazňovali také klienti. Zatímco ti z terénních programů nemají často ani čas zabývat se otázkou kvality svého života, u klientů na metadonové substituční léčbě je tomu jinak. Zvyšování kvality života klientů na metadonové substituční léčbě je jedním z cílů léčby. Zapojení toxikomana do metadonové substituční léčby a stabilizace v užívání nelegálních drog je tak významným faktorem, který sám o sobě ovlivňuje kvalitu života klienta.

Po roce práce s klienty v metadonové substituční léčbě jsem však nabyla pocitu, že klienti sice žijí po objektivní stránce kvalitnější život, ale po dlouholetém docházení do programu nemají jasnou vidinu, co dál a jak v životě pokračovat. Často si ztěžovali na zdravotní komplikace a celkovou absenci smysluplnosti života. Také byli nerozhodní ohledně dalšího setrvání v programu a zvažovali tak možnost úplné abstinence od všech návykových látek. To ve mně vzbudilo otázku, jak hodnotí svoji kvalitu života klienti a jak si stojí v porovnání s běžnou populací.

Na tuto otázku jsem hledala odpovědi ve výzkumné části práce, kde jsem metodou standardizovaného dotazníku kvality života WHOQOL – BREF oslovila 100 klientů v metadonové substituční léčbě. Výsledky výzkumu přinesly odpovědi na stanovené hypotézy a ukázaly, jak hodnotí klienti v metadonové substituční léčbě svoji situaci v porovnání s běžnou populací. Vzhledem k tomu, že zapojení do substituční metadonové léčby je často pro klienty dlouhodobou záležitostí, vnímám větší zaměření na kvalitu života klientů jako důležitou součást poskytované péče. Ve své práci se také snažím nastínit možnosti, jakým směrem by se měla léčba pro zvýšení kvality života jedinců ubírat, s příkloněním k většímu důrazu na směřování k úplné abstinenci klientů.

První část diplomové práce se věnuje teorii a celkovému ukotvení problematiky metadonové substituční léčby. Velká pozornost je zde věnována substituční léčbě, zaměřuji se na východiska a současnou podobu poskytování substituční léčby pro závislé na opioidech. Samostatnou kapitolu tvoří specifika metadonové substituční léčby, kde se zabývám specifikací klientů, kteří do léčby vstupují, včetně limitů a rizik jejich léčby. Tématu kvality života věnuji pozornost v další kapitole. K pojmu přistupuji z několika úhlů pohledu a definuji hlavní oblasti měření kvality života. Zaměřuji se tak na objektivní i subjektivní kvalitu života, ale také individuální měření kvality života jedinců. V kapitole věnuji zvláštní pozornost specifikům klientů v metadonové substituční léčbě, která již nepřímo navazuje na výzkumnou část diplomové práce.

Na závěr bych ještě chtěla upřesnit použití odborné terminologie a zkratky, které se v práci často objevují. Používám termín *opioidy*, místo častého označení *opiáty*, který je však z hlediska zaměření mé práce nepřesný. Pojem *opiáty* se používá, pokud mluvíme o přírodních či polysyntetických derivátech alkaloidů, jako je morfin či kodein. Termín *opioidy* však zahrnuje všechny látky s farmakologickým účinkem podobným opiátům, tedy i substituční látky jako je metadon či buprenorfin.

V práci také používám zkratku pro omamné a psychotropní látky (OPL). Jedná se o běžně používanou zkratku, která je k vidění také v odborných publikacích či textech, proto ji používám v práci bez dalšího vysvětlování. Termín nelegální omamné a psychotropní látky se používá, pokud chceme přesně vymezit oblast nelegálních drog, se kterými mají klienti metadonové substituční léčby běžně zkušenosti. Poslední použitou zkratkou je zkratka pro intravenózní aplikaci (i.v. aplikace). I tato zkratka se používá v odborných publikacích, které pojednávají o problematice závislosti na nelegálních OPL.

1. Substituční léčba pro závislé na opioidech

Problematika závislosti na nelegálních látkách je v ČR od roku 1989 důležitým tématem, které rozděluje občany v názorech na její celkové řešení a aplikaci preventivních opatření. Po otevření československých hranic a celkovém uvolnění atmosféry ve společnosti zde začal během 90. let nacházet svoje místo nelegální obchod s návykovými látkami, především s heroinem a kokainem, se kterými čeští konzumenti drog dosud mnoho zkušeností neměli. Logicky tím také stoupl počet uživatelů nelegálních látek, především pak rizikových uživatelů, kteří si drogy aplikovali intravenózně.

Na rozdíl od alkoholové závislosti, která je v ČR ovšem dlouhodobým problémem, rozšiřující se závislost na nelegálních látkách s možným přenosem infekčních nemocí ohrožuje společnost jako celek, ať už drogy užívají, či nikoliv. Proto začala vznikat během 90. let celá řada preventivních a léčebných programů včetně K - center s možnou výměnou injekčních stříkaček, které přejímaly zkušenosti z některých západních států, co se v praxi osvědčily. Programy měly za úkol zaměřovat se primárně na ochranu společnosti před negativními dopady užívání nelegálních drog, s důrazem na prevenci rozšiřování infekčních chorob včetně HIV/AIDS. Tímto způsobem se začala aplikovat i substituční léčba pro závislé na opioidech. Hlavními důvody pro její zavedení bylo především očekávané snížení drogové kriminality klientů a eliminace rizikové intravenózní aplikace mezi toxikomany.

V současnosti je v ČR substituční léčba závislých na opioidech standardním léčebným postupem, který se zaměřuje na klienty aktuálně neschopné úplné abstinence od nelegálních látek. Celková koncepce léčby je upravena ve Standardu substituční léčby, který byl vypracován podle vzoru zahraničních substitučních programů a upraven do podoby vhodné pro potřeby ČR.¹ Současná podoba Standardu substituční léčby si klade za cíl, kromě ochrany veřejného zdraví, především zvýšit kvalitu života toxikomanů a pomoci jim k znovu zapojení se do společnosti.

¹ Aktualizace české verze Standardu substituční léčby proběhla r. 2008, zveřejněna ve věstníku Ministerstva zdravotnictví České republiky

1.1. Poskytování substituční léčby a její začátky

Problematika zneužívání opioidů je stará jako lidstvo samo. Používání makovic máku setého (*papaver omniferum*) kvůli využití omamných účinků opia můžeme zaznamenat již u Egypťanů, Sumerů, Řeků a Římanů. Účinky opia se ve starověku využívaly při léčebných i neléčebných metodách. Opium mělo své místo také v náboženských rituálech a uctívání božstva. Během 7. století jej Arabové obchodními stezkami rozšířili také do Indie a Číny. Evropa se s opiem setkala až prostřednictvím vojáků a křížových výprav na konci prvního tisíciletí.² Přestože se o závislostním potenciálu opia vědělo již ve starověku (opium se používalo za speciálních podmínek, nebylo běžně dostupné a jeho užívání bylo spojeno s mnoha rituály), až do 18. století téměř neexistují záznamy o problematice závislosti při užívání opia. První zmínky o závislosti na opiu pochází z Číny, kdy obchodníci z Velké Británie začali směňovat opium za čaj. V této době začala stoupat poptávka po opiu ke kouření, které se do té doby užívalo primárně pro lékařské účely, a to perorálně. Důvodem, proč se závislost na opiátech během 19. a 20. století silně rozmohla také v Evropě a USA, je především objev alkaloidu opia morfinu a poté diacetylmorfinu – heroinu. Oběma látkám se původně předpovídala velká budoucnost ve farmaceutickém průmyslu. Bylo to z důvodu tlumivých vlastností a velmi dobrých schopností reagovat na akutní dýchací problémy a silné bolestivé stavy. Později se však zjistilo, že závislostní potenciál je u obou látek vyšší než u opia, u heroinu dokonce ještě 2x vyšší než u morfinu. Tato skutečnost později přebila všechna pozitiva, která se původně jevila jako nenahraditelná. Dalším důležitým faktorem v nárůstu závislosti na opioidech byl vynález injekční stříkačky s jehlou v roce 1844. Do té doby se omamné látky kouřily nebo aplikovaly orálně, ve formě roztoku či tablet. Pro celkový nárůst závislosti na opioidech je tento objev stěžejní. Injekční aplikace látky způsobila u uživatelů poměrně rychlý vznik závislosti a koloběh závislého života narkomanů mohl začít.

Během 20. století bylo vyzkoušeno mnoho přístupů a navrhováno nespočet řešení, jak k problematice drogové závislosti přistupovat. Po 2. světové válce začaly vznikat léčebny pro drogově závislé, terapeutické komunity a léčba závislosti na opioidech si

² RIDDER, 2002

nacházela své odborníky, kteří se specializovali na léčení toxikomanů. Využití substituční léčby při závislosti na opioidech se však uplatňovalo již na počátku 20. století. Příkladem takové léčby je využití heroinu v léčbě morfinismu, kdy se účinky heroinu považovaly za mírnější než nežádoucí projevy morfinu.³ V USA po 1. světové válce bylo možné bez větších obtíží sehnat na léčbu morfinismu morfin na lékařský předpis. Určitě nemůže být v takových případech řeč o komplexní substituční léčbě závislosti na opioidech, na druhou stranu se jednalo o opodstatněnou potřebu lékařů reagovat na nárůst drogově závislých a situaci alespoň minimalizací rizik řešit. Takové postupy však Spojené státy americké v roce 1922 zakázaly zákonem a rozhodly, že preskripce drog závislým bude považována za protizákonnou. Ve Velké Británii oproti tomu mohli lékaři předepisovat závislým návykové látky bez větších komplikací a bylo to dokonce všeobecně uznáváno. Jednalo se především o pacienty, kteří nebyli schopni v současnosti dosáhnout abstinence a byli závislí na morfinu či heroinu. Ve Velké Británii existovaly v 50. letech dokonce kliniky, kde si mohli toxikomani drogu ve sterilním a čistém prostředí aplikovat. (Zřízení podobných institucí bylo v nedávné době předmětem diskuzí a stále je velkým tématem také v ČR, především pak z důvodu eliminace intravenózní aplikace na ulici. Zatím se však hlavní město Praha k takovému řešení vyjádřilo negativně).

Po čase se provozování klinik nabízejících intravenózně heroin či morfin bez další péče ukázalo jako neefektivní, protože takový přístup nevedl k žádné změně v chování pacientů. Během sedmdesátých let se ve Velké Británii pomalu začali lékaři přiklánět k orálně aplikovanému metadonu a cílem léčby se stala úplná abstinence. Léčba zacílená na celkovou abstinenci klienta však nebyla dostatečná především kvůli nízkému počtu klientů, kteří abstinovat po ukončení substituční metadonové léčby vydrželi. Společenskou poptávkou byla léčba, která by mohla oslovit větší počet toxikomanů. Další komplikací pak byla hrozba přenosu infekčních chorob, jejichž šíření bylo mezi narkomany rizikové. Důležitým mezníkem v definitivním odklonu od abstinenci metadonové léčby bylo mimo jiné také objevení viru HIV. Ochrana veřejného zdraví se tedy dostala do popředí a s ní možná řešení zacílená na oslovení většího počtu uživatelů drog.

³ RIDDER, 2002.

S vhodnou alternativou k abstinenci metadonové substituční léčbě přišli teprve počátkem 60. let 20. století dva američtí psychiatři, dr. Marie Nyswander a dr. Vincent Dole, kteří začali předepisovat dlouhodobým toxikomanům závislým na opiátech metadon. Kromě samotného předepisování metadonu vytvořili strukturovaný systém léčby, který nazvali „metadonová udržovací léčba“. Pravidla programu byla velmi podrobně rozpracována a do léčby přijímali pouze ty pacienti, kteří za sebou měli již dlouhodobou historii užívání opioidů včetně několika léčebných neúspěchů. „Nyswanderová a Dole založili svůj postup na teorii, že jakmile je někdo závislý na opiátech, trpí metabolickou poruchou, která je v zásadě srovnatelná s poruchou metabolismu např. u diabetu. Stejně jako disfunkci u diabetu normalizuje inzulín, metadon ji stabilizuje při závislosti na opiátech.“⁴ Oba psychiatři také vyzdvihovali vysoké dávky metadonu, které stabilizovaly pacienta v užívání nelegálních OPL a eliminovaly jeho potřebu po nelegálních látkách a intravenózní aplikaci. Přestože ve své léčbě vycházeli z předpokladu metabolické poruchy závislosti na opiátech, součástí jejich léčby byla také komplexní psychosociální péče klientů a jasně strukturovaný režim s pravidly. Metadonová udržovací léčba obou psychiatrů byla velmi úspěšná, což mělo za následek, že se šířila do dalších zařízení a časem ji začalo aplikovat mnoho psychiatrických klinik a psychiatrů. Úspěšnost vykazovaná v podobných zařízeních však již nebyla tak vysoká, protože systém péče často přejímali pouze z části. Na doplňující psychosociální péči a strukturovaná pravidla se často zapomínalo a z metadonové udržovací léčby se lehce stala pouze výdejna metadonu, která se jen těžko vyrovnala původnímu programu udržovací metadonové léčby.

V současnosti se na koncept metabolické poruchy závislosti na opiátech dívá jako na chybný úzus a do jisté míry nepochopení problému závislosti na opioidech. Vychází se z předpokladu, že se jedná o komplexní bio-psycho-sociální problém, který je také potřeba léčit na všech úrovních. Během let se potvrdilo, že úspěšnost léčby je dána především délkou léčby (čím delší je léčba závislého, tím větší úspěšnost) a stabilizací v oblasti užívání drog, sociální a psychologické oblasti. Pokud tedy chceme léčit závislé formou substituční udržovací léčby, je potřeba přemýšlet nad problémem ze všech úhlů pohledu a léčit klienty komplexně.

⁴ PRESTON, 1999, s. 23

Substituční léčba závislých na opioidech má kromě celkové stabilizace života závislého také celou řadu dalších předností, které ocení především ti občané, kteří jsou více ekonomicky zaměřeni. Substituční léčba prokazatelně šetří státní rozpočet.⁵ Tento argument je často uváděn na podporu vzniku metadonových center, protože argumentace směrem k lepšímu fyzickému i psychickému stavu klienta se často neseťká s pochopením. Nižší celkové náklady na substituční léčbu se týkají především snižování kriminality klientů a zvyšování jejich celkového zdravotního stavu. Přitom kriminalita uživatelů nelegálních drog je zde dvojitá, tzv. drogová kriminalita a majetková trestná činnost. Existují mezinárodní výzkumy, které se zabývají kriminalitou klientů na metadonové substituci s porovnáním nelegálních uživatelů opiátů.⁶ Výzkumy shodně potvrzují významné snížení kriminality toxikomanů při přechodu na substituční léčbu.

V České republice vzniklo pro účely monitorování drogové problematiky Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, které se dlouhodobě věnuje výzkumu v oblasti drogové problematiky a snižování kriminality mezi nelegálními uživateli drog. V této kapitole se však zaměřuji především na využití substituční léčby pro uživatele služby z pohledu zvyšování kvality života uživatele nelegálních opioidů. Přínosům substituční léčby závislých na opioidech pro společnost se tedy budu věnovat pouze okrajově.

1.2. Typy preparátů pro substituční léčbu toxikomanů v ČR

K substituční léčbě závislých na opioidech se v České republice v současnosti používají 3 léčiva tak, jak je uvádí Standard substituční léčby z roku 2008. Všechna tato léčiva mají své výhody a nevýhody, záleží na uvážení lékaře a prioritách klienta, které léčivo se pro substituční léčbu zvolí. Důležitým aspektem při zájmu o substituční léčbu je také dostupnost dané substituční látky, která hraje při výběru svojí roli. Jako první se začal v ČR používat k substituci opiátů metadon, látka využívaná v USA pro tyto účely již od 60. let.⁷ Metadon se v ČR podává závislým ve specializovaných centrech

⁵ ZARKIN, DUNLAP, HICKS, 2005.

⁶ PRESTON, 1999.

⁷ PRESTON, 1999.

v podobě orálního roztoku. Metadonová substituční léčba probíhá pod dohledem lékaře a odborného personálu, není možné si jej koupit na lékařský předpis v lékárně. Z toho důvodu se látka nedostává ve velkém množství na nelegální trh s drogami a léčba klientů je více kontrolovaná. Nevýhodou metadonové substituce je kromě vzniku silné závislosti a rizika předávkování v případě vysoké dávky také nízký počet specializovaných center pro metadonovou substituci.

Další substituční látkou je buprenorfin, který se v ČR nejvíce prosadil pod firemní značkou Subutex. Subutex se k substituční léčbě používá od roku 2003 a jeho nespornou výhodou je nemožnost předávkování se touto látkou. Substituce Subutexem probíhá většinou u specializovaných psychiatrů v AT ambulancích, popřípadě u psychiatrů se specializací léčby závislostí. V současné době je substituce Subutexem mezi substituční léčbou opiátové závislosti nejrozšířenější. Je to především z toho důvodu, že Subutex lze koupit v lékárně na lékařský předpis a specializovaných psychiatrů, kteří jej mohou předepsat, je poměrně hodně. Subutex se prodává v podobě pilulek, v balení po 7 či 8 tabletách za přibližně 1400kč. Lék se aplikuje orálně, rozpouští se pod jazykem. Subutex sice pokrývá poptávku po substituční léčbě závislých na opioidech, zároveň se však stal jednoduchou dostupností takřka nekontrolovatelný. Není výjimkou, že se Subutex stal primární nelegální drogou mnoha uživatelů opioidů, kteří si recept shánějí nelegální cestou na černém trhu. Mimo jednoduchého šíření Subutexu na nelegálním trhu si uživatelé nelegálních opioidů také našli cestu, jak jej rozpustit a aplikovat intravenózně. Kromě usazování příměsí tablety v krvi tak způsobuje zneužívání Subutexu mnohá další zdravotní rizika, se kterými se závislí na opioidech na ulici potýkají.

Poslední možností v rámci substituční léčby závislých na opiátech je přípravek známý pod firemním názvem Suboxone. Jedná se o kombinaci buprenorfinu a naloxonu, který má za cíl zamezit zneužití látky k intravenózní aplikaci. Látka je v ČR dostupná od roku 2007 a reaguje na zneužívání Subutexu na nelegálním trhu. Snaží se touto formou znepříjemnit intravenózní aplikaci látky každému, kdo se o to pokusí. Po intravenózní aplikaci Suboxonu totiž místo vytouženého stavu uspokojení začnou přicházet abstinenční příznaky – třes, zimnice, bolest hlavy a celková nevolnost. V případě řádného orálního užití látky se do krve rozpustí pouze buprenorfin a účinky naloxonu se neprojeví. Suboxone se využívá v léčbě závislosti na opiátech teprve

několik let, jedná se tedy o nejméně využívanou léčbu. Podle výpovědí uživatelů nelegálních opioidů se však i tato látka dostala na nelegální trh, zneužívá se k intravenózní aplikaci, ne však v tak velkém měřítku, jako je tomu u Subutexu. Naloxon, který v látce způsobuje abstinenci příznaky, podle některých uživatelů nefunguje vždycky, proto jsou mezi nelegálními uživateli opioidů také uživatelé Suboxonu, přestože je to velmi výjimečné. Substituce Suboxonem se také nedoporučuje těhotným a kojícím ženám.

Důvodem, proč se uživatelé nelegálních drog snaží substituční látky zneužívat pro intravenózní aplikaci, je především tzv. závislost na jehle.⁸ Mezi odborníky se dlouhodobě diskutuje, čím je tento jev způsobený a zda jde o fyzický či psychický projev závislosti na drogách. Klienti drogových programů často uváděli účinnější a celkově lepší stav po intravenózní aplikaci, přestože bylo prokázáno, že účinek látky je totožný také po orální aplikaci. Pravděpodobně se jedná o kombinaci rychlejšího působení látky spolu s psychologicky působícím rituálem intravenózní aplikace, kterého se klienti v substituční léčbě těžko vzdávají.

Metadonová substituční léčba má tedy co do celkové struktury a míry zneužití léčiva z mého pohledu stále nejlepší postavení, především pak z toho důvodu, že je poskytována v prostorách s možností komplexní péče, kde je prostor s klienty pracovat na celkové stabilizaci v jejich životě. Je však důležité upozornit, že přístup k léčbě a celková struktura metadonových center se v každém zařízení trochu liší. Odlišná je také filozofie jednotlivých zařízení, která se může zaměřovat směrem k budoucí abstinenci klientů, nebo jde o tzv. udržovací léčbu, kdy se s klienty pracuje především na celkové stabilizaci jejich života s minimálním výhledem na abstinenci v budoucnosti.

V Nizozemí jsme se mohli setkat během 70. let s tzv. Harm reduction⁹ metadonovou léčbou, kdy se metadon poskytoval bezplatně každému v tzv. mobilním zařízení bez vyžadování jakýchkoliv pravidel a povinností klientů. Tento model, ač měl za cíl snížit poptávku na nelegálním trhu s drogami a intravenózní aplikaci drog, po zhodnocení dopadl zcela neúspěšně. Současná substituční léčba se svým posláním řadí

⁸ Termín pochází od MUDr. Karla Hampla, který se dlouhodobě zabýval problematikou intravenózní aplikace drog u uživatelů nelegálních látek

⁹ V českém překladu snižování rizik, adiktologický termín z oblasti racionální protidrogové politiky, zaměřený na minimalizaci dopadů užívání nelegálních drog na jedince a společnost. S pojmem souvisí další termín Public Health, který má za cíl ochranu společnosti před negativními dopady užívání drog.

do služeb, které pracují přístupem Harm Reduction. Je však zřejmé, že uživatelé nelegálních opioidů potřebují strukturu a jasná pravidla, podle kterých se mají řídit. Během let zavádění substituční léčby pro závislé na opioidech tato skutečnost z celé věci jasně vyplývá. Dalo by se tedy usuzovat, že stabilita klientů a úspěšnost léčby bude velkou měrou záviset právě na pravidlech a nastavení konkrétního metadonového programu.¹⁰

¹⁰ KOOYMAN, 2006

1.3. Závislost na opioidech jako diagnóza

Závislost na opioidech je v mezinárodní klasifikaci nemocí již řadu let považována za diagnózu patřící do chronických onemocnění centrálního nervového systému. V Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10) je označena jako F 10.2 a v psychiatrii a lékařství se používá pod ustáleným termínem syndrom závislosti. Syndrom závislosti je v MKN-10 definován takto: „*Soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití drogy a který typicky zahrnuje silné přání drogu užít, porušené ovládní při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy přes škodlivé následky, prioritou v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav. Syndrom závislosti může být pro specifickou psychoaktivní substanci, pro skupinu látek - např. opioidy nebo pro širší rozpětí farmakologicky rozličných psychoaktivních substancí.*“¹¹ Drogová závislost je tedy podle MKN-10 posuzována jako onemocnění, které je možno diagnostikovat, léčit a předcházet jeho vzniku vhodnou prevencí. V souvislosti s diagnostikou syndromu závislosti je nutno připomenout, že syndrom závislosti vzniká v delším časovém horizontu, proto nelze považovat každého uživatele nelegálních látek za závislého podle výše uvedené diagnózy. Při určování syndromu závislosti mluvíme také o tzv. *mechanismu vzniku závislosti*¹², který definuje 3 fáze vzniku závislosti. Jedná se o první zkušenost s drogou, rekreační užívání a škodlivé užívání. V případě, že se klient nachází v jedné z těchto fází, nemluvíme ještě o vzniku závislosti. Takový klient také nemůže nastoupit do metadonové substituční léčby, jsou mu doporučena jiná zařízení pro řešení problémů s užíváním drog. Vodítkem pro diagnostiku syndromu závislosti a určení, kde se klient v užívání nelegálních látek nachází, je především délka užívání a celkový stav klienta.

Pro přesnou diagnostiku stupně závislosti klienta psychiatři používají také dotazníky a testy, které jim pomohou určit fázi, ve které se klient aktuálně nachází. Pro tyto účely byl sestaven v 80. letech tzv. *Addiction severity index*¹³ (ASI), který se v přepracované podobě používá od roku 1992 i v ČR. Lékaři jej využívají při vstupním

¹¹ Mezinárodní klasifikace nemocí, 2011, s. 198

¹² KALINA, 2003

¹³ Index závažnosti závislosti

pohovoru s klientem nebo uchazečem o zapojení do metadonové substituční léčby. Pro Evropu byl standardizovaný model EuropASI, který zahrnuje široké spektrum otázek se zaměřením na zneužívání drog. EuropASI je v podstatně rozsáhlý dotazník určený pro strukturovanou formu rozhovoru mezi lékařem a pacientem. Je rozdělen do sedmi oblastí života pacienta: základní údaje, zdravotní stav, práce, užívání drog, právní postavení, rodinná anamnéza, rodinné a sociální vztahy, psychický stav a problémy. Lékař používá desetibodovou škálu od 0 do 9 a hodnotí stupeň závažnosti problémů klienta v každé ze sedmi uvedených oblastí.

Klienti užívající nelegální opioidy mohou v určitém období svého života dojít ke zjištění, že by pro ně bylo vhodnější nechat si předepsat legálně metadon, aby nemuseli nadále obtížně shánět nelegální drogy. Často však za sebou mají pouze dlouhé období experimentování a krátké úseky pravidelného užívání. Proto je dalším vodítkem pro přijetí do metadonového programu neúspěšně absolvovaná léčba v terapeutické komunitě či v jiném léčebném zařízení. Absolvování takové léčby navíc lékaři v substituční metadonové léčbě signalizuje, že si klient svůj problém uvědomuje a již se jej snažil v minulosti z vlastní vůle řešit.

Jaké jsou tedy vstupní požadavky pro účast v metadonovém programu? Klienti přijímaní do léčby musí být plnoletí, mají diagnostikovaný syndrom závislosti na opioidech a musí mít za sebou několik neúspěšných léčeb drogové závislosti se směřováním k abstinenci. Často se proto jedná o starší lidi, v průměru je věk klientů na metadonové substituci okolo 35 let a převažují muži. Důležitým předpokladem pro vstup do metadonového substitučního programu je také dobrovolnost a motivace ke změně současného životního stylu klienta. Tento požadavek je v podstatě totožný se všemi léčebnými programy pro drogově závislé. Ve chvíli, kdy klient není přesvědčen o potřebě změny své životní situace, je takřka nemožné jej jakýmkoliv způsobem léčit a pomoci mu k znovu zapojení do běžného života. V rámci preventivních drogových programů existují zařízení, která se věnují práci s motivací klienta a zvýšením jeho zájmu o změnu. Jsou to však především K-centra a centra pracující v modelu harm reduction, kde je jedním z cílů motivovat klienta do léčby drogové závislosti. Poradenská a terapeutická péče v metadonových programech pracuje s motivací klienta také, motivace k léčbě se však předpokládá jako vstupní požadavek pro přijetí do programu.

2. Specifika metadonové substituční léčby

2.1. Vlastnosti metadonu a jeho vliv na uživatele opioidů

Metadon je syntetická látka opiátového typu a patří do kategorie opioidů, stejně tak jako heroin, morfin, buprenorfin, kodein či dolfin. Vzhledem a účinky je metadon velmi podobný heroinu, výhodou oproti heroinu je však dlouhý poločas rozpadu, což v praxi znamená, že lze metadon na rozdíl od heroinu užívat pouze jednou denně (u heroinu často toxikomani aplikují další dávku již po 3 hodinách, v lepším případě 3x denně).

Základní vlastností všech opioidů je zvyšující se tolerance k droze a *neuroadaptační změny*¹⁴, které způsobují následnou reakci podrážděnosti po odnětí látky. Abstinenční syndrom (také se používá syndrom z odnětí, odvykací syndrom) zahrnuje bažení po droze (tzv. craving), zvýšenou úzkost, dysforii, zívání, pocení, zvýšenou sekreci z nosu, slzení, nespavost, pocity na zvracení nebo zvracení, průjem, křeče v břiše, svalové bolesti a horečku s třesem.¹⁵ Abstinenční syndrom je velmi nepříjemný stav, kterému se uživatelé opioidů snaží vyhnout včasným obstaráním další dávky drogy. V případě, že uživatel dávku drogy sežene, abstinenční syndrom se nedostaví a on/ona může dále fungovat. Opioidy ovlivňují svým působením centrální nervový systém, způsobují euforii, utlumení bolesti, ospalost, spánek, respirační útlum, pocit tíže v končetinách, nevolnost či zvracení. Po vytvoření návyku na drogu však mnohé z těchto projevů ustupuje, nebo se neprojeví vůbec. Konkrétní projevy či tolerance na ně se u různých druhů opioidů liší. Například při dlouhodobém užívání metadonu se neprojevuje ospalost a celkový útlum oproti dlouhodobému užívání heroinu. Výhodou je také pomalý vznik tolerance na vyšší dávky metadonu oproti heroinu, kde tolerance vzniká rychle. Klienti metadonových udržovacích programů také uvádí absenci euforie, popisují pouze nepřítomnost abstinenčního syndromu bez dalších

¹⁴ Změny na nervových zakončeních, které se projevují přizpůsobením CNS na opakovanou aplikaci drogy, jeden z hlavních příčin syndromu závislosti na droze (Memorandum WHO, 1980)

¹⁵ KALINA, 2003

reakcí. To může pro mnohé uživatele vstupující do metadonové substituční léčby zpočátku být problémem, protože účinky, na které jsou zvyklí u heroinu, očekávají také u metadonu. Další výhodou metadonu je ta, že zřídka dochází po nevolnosti k zvracení, které je u heroinu poměrně časté. Mezi klienty metadonové substituční léčby se zvracení nevyskytuje po aplikaci látky téměř nikdy, pokud se projeví, má velmi často jinou příčinu.

Kromě centrálního nervového systému působí opioidy spolu s metadonem také na periferní nervový systém a vyvolávají histaminový efekt (alergenní reakce). Toto působení se projevuje suchem v ústech, očích a nose, zácpou, konstrikcí zornic a špatnou pasáží moči. Histaminový efekt naproti tomu vyvolává svědění, pocení, zarudnutí a zčervenání kůže.¹⁶ Problémy se zácpou jsou u metadonových klientů stejně jako u heroinistů běžným jevem, kterého se klienti nezbaví ani po dlouhodobé léčbě v metadonové substituci. Stejně tak je tomu s pocením, kterým mnozí klienti metadonové substituce trpí opravdu značně. Klientům je v rámci eliminace problémů se zácpou doporučována vláknina a dostatek tekutin v podobě nealkoholických nápojů. Toto doporučení však často nebývá dodržováno, protože stravovací návyky klientů jsou velmi odlišné. Zcela změnit životní styl od užívání drog přes stravovací návyky bývá pro klienty metadonové substituce zdlouhavou a nelehkou cestou. Dále si klienti při substituční léčbě metadonem ztěžují na pocity nevolnosti. Takové stavy jsou způsobeny zpomalením pohybu žaludku vlivem opioidů a jsou tedy během léčby očekávatelné. Největším rizikem spojeným s metadonem je podle mého názoru riziko předávkování a následné smrti. Metadon je jeden z nejsilnějších opioidů, na předávkování tedy stačí menší dávka, než je tomu u heroinu. Jako smrtící se udává již 50mg pro jedince s nevyvinutou tolerancí k látce.¹⁷ Vysoké procento úmrtí na metadonu má například Španělsko, kde se metadon dostal ve velkém množství na ilegální trh s drogami. Proto je zde mnohem větší potřeba kontroly vydávání a preskripce metadonu, aby se zabránilo úniku na ilegální trh s drogami, kde metadon může způsobit úmrtí velkého množství toxikomanů.

Metadon má však také celou řadu pozitiv, kvůli kterým byl zvolen jako vhodná substituční látka pro závislé na opioidech. V porovnání s jinými léčivy má například

¹⁶ PRESTON, 1999, s. 53

¹⁷ PRESTON, 1999, s. 64

dlouhodobě málo vedlejších účinků. Bylo prokázáno, že metadon ani při vysokých dávkách nepoškozuje orgány, nemá vliv na pohybovou koordinaci, nezpůsobuje splývavou řeč a především nezpůsobuje úbytek kognitivních schopností, jako je tomu u alkoholu. Navíc je možné jej užívat dlouhodobě perorálně, což je v souladu s léčebnými zásadami snižování rizik a vynechání nebezpečné intravenózní aplikace. Metadon je také možné užívat spolu s řadou dalších léků, které mohou u klienta vyřešit přidružené problémy související s drogovou závislostí.

2.2. Typy přístupu v metadonové substituční léčbě

Současná metadonová substituční léčba v ČR se řídí podle aktualizovaného Standardu substituční léčby, který specifikuje 4 typy možné substituční léčby. Jedná se o *základní substituční léčbu, rozšířenou substituční léčbu, komplexní substituční léčbu a minimální substituční léčbu*. Hlavním rozdílem mezi uvedenými typy substituční léčby je míra péče o klienta a šířka poskytovaných služeb. Základní substituční léčba má za cíl poskytovat substituční látku v ambulancích všeobecných lékařů či v adiktologických centrech bez další péče. Takto se v současnosti poskytuje buprenorfin (Subutex) či Suboxone. Jedná se o léčbu, která je nejnižším možným standardem pro poskytování substituční léčby. Minimální substituční léčba byla do standardu substituční léčby zařazena nově, a je specifikována jako poskytování účinné látky bez další péče v krizových situacích či emergentních stavech.¹⁸ Podle standardu se tedy nejedná o dlouhodobou substituční léčbu, ale standardní léčebný postup volený v nestandardní situaci. Typ komplexní substituční léčby a rozšířené substituční léčby (psychoterapie, farmakoterapie, sociální poradenství, somatická léčba) se pak týká v první řadě metadonové substituční léčby. Jako komplexní léčba je myšlena taková léčba, která je zaměřena na všechny oblasti klientova života – fyzickou, psychickou či sociální a rozvíjí je ve všech směrech. Příkladem mohou být různé druhy terapeutického působení, vzdělávání, rehabilitační pobyty či následná péče.

¹⁸ Standard substituční léčby, 2008, s. 14

Vydávání metadonu se v ČR provádí ve specializovaných centrech za dohledu lékaře. Jedná se tedy o péči typu rozšířené či komplexní substituční léčby. Realizace metadonové substituční léčby však není ve všech zařízeních jednotná. O její další koncepci rozhoduje zřizovatel a přihlíží se také k prioritám dané oblasti, kde byla léčba zřízena. Obecně můžeme rozdělit metadonovou substituční léčbu také podle délky léčby a zacílení, které konkrétní léčebný program má. Kalina dělí metadonovou substituční léčbu podle délky na krátkodobou, střednědobou a dlouhodobou.¹⁹ Krátkodobá léčba má za cíl klienta zbavit během několika dnů až týdnů nelegální látky s cílem úplné detoxifikace. Používá se především při hospitalizaci, nebo je možné ji využít při řízené detoxifikaci. Zde většinou nemluvíme o klasické metadonové substituční léčbě, která probíhá v substitučních programech. Lze ji využít především v nemocnicích či léčebnách z důvodu nahrazení nelegální látky legální. Střednědobá léčba se provádí v ústavních zařízeních či v metadonových centrech. Trvá většinou v řádu měsíců a cílem je zde opět úplná abstinence od drog. Dávky metadonu se snižují pozvolna tak, aby klient neměl potřebu shánění nelegální látky, ale zároveň se úplně zbavil i substituční látky. Je vhodná pro klienty, kteří chtějí v budoucnu abstinovat, po detoxifikaci a následné abstinenci léčbě však v minulosti selhali. Dlouhodobá léčba se pak zaměřuje především na znovu zapojení klientů do života bez apelu na nutnou abstinenci. Slouží klientům, kteří opakovaně selhali ve svém úsilí zbavit se závislosti na drogách a nejsou schopni aktuálně abstinovat. Pro takovou léčbu se také vžil pojem udržovací léčba, který poprvé použili američtí psychiatři dr. Marie Nyswander a dr. Vincent Dole.²⁰

Udržovací léčba a redukční léčba, neboli léčba zaměřená na abstinenci jsou dva odlišné přístupy v substituční metadonové léčbě. Zatímco redukční léčba je zacílena na úplnou abstinenci klienta v budoucnu, udržovací léčba pracuje se stabilizací klientova života a stabilizací v užívání metadonové substituce tak, aby klient neměl potřebu zneužívat jiné nelegální látky. Přitom abstinence je při tomto typu léčby sekundárním požadavkem, klienti jsou vedeni k celkové stabilizaci ve svém životě v souběhu s docházením na metadonovou substituci, která je v délce docházení neomezená.

¹⁹ KALINA, 2003, s. 221

²⁰ Viz. kapitola Poskytování substituční léčby a její začátky

Ideálním případem je kombinování obou přístupů v praxi individuálně podle potřeby klientů. To se však často neděje. Lékaři a pracovníci v metadonových programech považují za prioritu eliminovat zneužívání nelegálních OPL u klientů v metadonové substituční léčbě. Zaměřují tak veškerou pozornost k stabilizaci klientů v oblasti užívání drog a dlouhodobá práce s klienty na možné abstinenci v budoucnu jde často stranou. Pravdou je, že klienti po nástupu do metadonového substitučního programu často bojují s chutí na nelegální drogy, především pak s intravenózní aplikací. Někdy trvá i rok, než se klient ustálí na dávce, se kterou je spokojen a nemá potřebu zneužívání nelegálních drog. Klienti na tyto stavy tzv. cravingu, neboli bažení dostávají farmaka, aby se nutkání k užití nelegální drogy snížilo. Často však craving nezmizí ani po roce substituční metadonové léčby a klientovi se musí zvyšovat dávky metadonu tak, aby jej stav přešel a nekomplikoval mu léčbu. Problematika zneužívání nelegálních látek na metadonové substituci může podle mého názoru být důvodem, proč v ČR převládá substituční udržovací léčba metadonem před redukční léčbou zaměřenou na abstinenci. Metadonové substituční programy se zaměřili především na snížení konzumace nelegálních drog a stabilizaci v užívání metadonu. Zároveň však z mého pohledu dostatečně nemotivují klienty k možnosti snížení dávek metadonu a úplné abstinenci od metadonu. Přestože existuje celá řada klientů, kterým se podařilo snížit dávky metadonu na minimum a posléze úspěšně abstinentovat, současná substituční léčba v ČR není na tento model dostatečně zacílena. Na dalších stránkách se budu tedy věnovat primárně modelu udržovací metadonové léčby, kde dlouhodobým cílem programu je zvyšování kvality života klientů prostřednictvím stabilizace v užívání drog a celkové resocializace bez akcentu na úplnou abstinenci.

Současné metadonové programy již běžně operují se skutečností, že metadon jako substituční látka je pouze lék, nikoliv komplexní léčba.²¹ Tato skutečnost je velmi důležitá při resocializaci klienta do společnosti a práci na jeho psychickém a fyzickém stavu. Metadonové programy v ČR přistupují k zajištění komplexní péče klienta různým způsobem. Často organizace nemají finance na zajištění multidisciplinárního týmu pracovníků, který by klientům pomáhal ve všech oblastech jejich života. Takový tým je luxusem, který se vyplatí, bohužel se však často nezaplatí. Standardem však bývá

²¹ ROTGERS, 1999, s. 239

v metadonových centrech psychiatr, psychoterapeut, sociální pracovník, případně sociální terapeut pracující spolu s klientem na celkové stabilizaci jeho života. Menší města, kde je klientů na metadonové substituci méně, se často dostávají do problémů s financemi a tudíž okleštěním celého programu na pouhý výdej metadonu. To se může dít také ve velkých městech, kde je klientů velké množství a ztrácí se tak individuální přístup ke klientům ze strany unavených a „vyhořelých“ pracovníků. Tato praxe je známá, zatím však mohu s úlevou říci, že nikoliv běžná. Na základě výzkumů z 20. let v Nizozemí a Anglii se došlo k závěru, že substituce, která spočívá v pouhém výdeji substituční látky, nefunguje.²² Závislí jedinci jsou specifictí tím, že potřebují pro úspěšnost v léčbě jasná pravidla, řád a harmonogram, který je potřeba dodržovat. Po mnohaletém životě bez řádu a pravidel často prožívají velkou úzkost a beznaděj právě z neschopnosti nastolit si svůj plán a časový harmonogram. Několikrát se mi potvrdilo v praxi, že klienti za jasně stanovených podmínek dosahovali lepších výsledků než klienti bez konkrétní struktury a vedení. Proto je doporučována pro efektivní léčbu behaviorální strategie doplněná psychoterapií a poradenstvím. Behaviorální strategií je zde míněno vyžadování jasných pravidel a dobře vypracovaný systém odměny a trestů klientů.

Komplexnost a zaměření na celkový stav klienta považuji v metadonové udržovací léčbě za stěžejní. Domnívám se také, že úroveň a kvalita daného metadonového programu výrazně ovlivňuje kvalitu života klientů v léčbě. Je pravděpodobné, že někteří klienti se po stabilizaci v oblasti užívání drog sami vzpamatují a jsou schopni se bez pomoci znovu zapojit do běžného života. Takových klientů je však poměrně málo a často také mají ve svém okolí někoho, kdo jim pomůže do života opět vstoupit. Když má klient po dlouholeté drogové kariéře zpřetrhané rodinné vztahy a nemá nikoho, na koho se může obrátit, je metadonové centrum jediným bodem, na které se klient logicky zaměří a očekává pomoc.

²² KOOYMAN, 2006

2.3. Omezení a rizika metadonové substituční léčby

Metadonová substituční léčba se využívá po celém světě při léčbě závislosti na opioidech u dlouhodobě neúspěšných toxikomanů při abstinenci léčbě. Jedná se tedy o zaběhnutou praxi s poměrně dlouhou historií. Přesto se často diskutuje mezi odborníky, zda je její úspěšnost opravdu prokazatelná, nebo jsou její klienti pouze odkázáni na celoživotní docházení na metadonovou substituci bez výraznějšího zlepšení v kvalitě a prožívání života. Takové pochyby jsou opodstatněné a mají svoje místo především v oblasti zkvalitňování systému služeb pro drogově závislé. Nejprve bych se však chtěla zaměřit na nedostatky metadonové substituční léčby, které vyplývají již ze samotné filozofie poskytování služby a nelze je ovlivnit jejím zkvalitňováním ani zvýšením standardu pro hodnocení služby.

2.3.1. Omezení léčby

Metadonová substituční léčba má jasná omezení, kvůli kterým jí nelze doporučit všem uživatelům nelegálních drog. Základním kritériem pro vstup do metadonové substituční léčby je diagnostikovaná závislost na drogách opiátového typu. To logicky vylučuje významnou skupinu lidí závislých na stimulačních látkách, do kterých se řadí uživatelé amfetaminu, metamfetaminu (pervitin) a kokainu. Ačkoliv u závislých na stimulačních látkách nevzniká fyzická závislost, musí bojovat s psychickou závislostí, která je všeobecně hůře léčitelná než pouhá detoxifikace těla od nežádoucí látky. Mezi odborníky jsou tendence zapojit závislé na stimulačních drogách do systému substituční léčby, zatím se však jednoznačně nenašlo léčivo, které by závislost na stimulačních drogách řešilo podobně efektivně jako je tomu u opioidové závislosti. Přestože je tedy závislost na opioidech mezi klienty rozšířená, v monitorovacích zprávách o zneužívání drog v ČR tvoří stále největší zastoupení uživatelé pervitinu.²³ V substituční metadonové léčbě se vyskytuje velké množství klientů, kteří kromě opioidů zneužívají také stimulační drogy. Problematika se zneužíváním stimulačních

²³ Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2011

drog je u klientů závislých na opioidech poměrně častá a řeší se kontrolou toxikologie z moči klientů a dalšími restriktivními opatřeními, které mají za cíl donutit klienty, aby se zbavili užívání nelegálních stimulačních drog. Zatím však neexistuje účinná substituční léčba pro klienty závislé pouze na stimulačních látkách.²⁴

Dalším nedostatkem metadonové substituční léčby je vysoké riziko předávkování metadonem, což jsem již zmínila v předchozích kapitolách. Tuto skutečnost zde opakuji proto, že je to momentálně asi hlavní nevýhoda oproti substituci Subutexem. Přestože je metadon v současnosti dobře kontrolován a na ilegálním trhu s drogami v ČR se vyskytuje minimálně, toto riziko je stále aktuální a při změně ve vydávání látky může dojít k poměrně rychlé distribuci na ilegální trh. O první pokus začít distribuovat metadon na předpis v lékárnách se snažila v roce 2008 farmaceutická firma Zentiva. Firma přišla s konceptem snadného výdeje substituční látky v lékárnách na předpis ošetřujícího psychiatra. Argumentovala potřebou pokrýt poptávku klientů po substituční metadonové léčbě a celkovou snadnější dostupností léčiva. Distribuce metadonu do lékáren se nakonec neuskutečnila. Preskripce metadonu nebyla ze strany vlády a lékáren dostatečně ošetřena, proto bylo zamítnutí požadavku firmy z mého pohledu správným rozhodnutím.

2.3.2. Rizika substituční metadonové léčby

Nyní se dostávám již k samotným rizikům léčby, ke kterým se substituční programy leckdy uchylují, aniž by si byli vědomi toho, že by svým přístupem snižovali kvalitu služby. Jedná se především o otázku abstinencně orientované substituční léčby a celkové vedení klientů k abstinenci. Rizikem při poskytování substituční metadonové léčby je úplné zaměření na udržovací léčbu bez dalšího důrazu na abstinenci. Tento požadavek je v rámci konceptu substituční metadonové léčby někdy sporný, protože se v mnoha zemích vžila metadonová substituční léčba primárně jako udržovací léčba. Koncept udržovací metadonové substituční léčby je však podle mého názoru nedostatečný pro komplexní péči o klienta a individuální přístup v léčení. Substituční

²⁴ V ČR se problematikou substituční léčby u závislých na stimulačních drogách zabývá MUDr. Jakub Minařík

metadonové programy umožňují za asistence psychiatra pomoc a podporu klientovi při snižování dávek metadonu v léčbě. Klient však musí s rozhodnutím přijít sám a začít se aktivně informovat ohledně dalšího postupu při snižování dávek metadonu. V zařízeních substituční metadonové léčby málokdy bývá jasný a ucelený program pro redukční léčbu metadonem. Také chybí motivace klientů k možné abstinenci a ujištění, že tato možnost je reálná, nikoliv utopická. Již jsem několikrát nabyla pocitu, že samotní zaměstnanci jsou možná málo přesvědčení o možnosti úspěšné redukční metadonové léčby. Přitom existuje celá řada příběhů lidí, kterým se to podařilo, a nyní žijí plnohodnotný život bez jakýchkoliv drog. Požadavek většího zaměření na redukční metadonovou léčbu vnímám především sama za sebe, odborníci v oblasti adiktologie by k tématu přistupovali pravděpodobně více pragmaticky. O nedostatku zaměřenosti na abstinenci v práci s klienty v metadonové substituční léčbě mluví za odborníky Dr. Kooyman, který se specializuje na léčbu v terapeutických komunitách.²⁵ Redukční substituční léčba je však také požadavkem některých klientů, se kterými se v zařízení metadonové substituční léčby setkávám a mluvím s nimi o jejich současné životní situaci.

Posledním rizikem metadonové substituční léčby je redukce programu na základní typ substituční léčby, tedy pouhý výdej metadonu bez další navazující léčby závislosti. O tomto úskalí jsem se v předchozích kapitolách také zmínila, protože jej považuji za nežádoucí a v samotném důsledku zásadně poškozující klienty programu. Metadonová substituční léčba by měla být v ČR léčbou rozšířenou jako komplexní, to znamená zahrnovat co nejvíce oblastí péče o klienta, s cílem stabilizace současného stavu a s možným výhledem úplné abstinence od drog. Léčba, která je dlouhodobě zaměřená především na výdej účinného léku, se stává sama o sobě neúčinná, a nemá potenciál klienta stabilizovat. Kvalitní poskytování udržovací metadonové léčby znamená stabilizovat klienta ve všech oblastech jeho života s důrazem na eliminaci nelegálních drog. K tomuto účelu se využívá v léčbě behaviorální terapie s kombinací psychoterapie a sociálního poradenství v oblasti sociálně-právní tematiky. Pokud se takové péče klientovi na metadonové substituční léčbě nedostane, může být celá léčba zbytečná a neefektivní. Klienti v substitučním programu potřebují kontrolu a pravidla,

²⁵ KOOYMAN, 2006

aby si navykli na jasný režim. To se týká také pravidelných toxikologických vyšetření a namátkových alkoholických testů, aby se klienti naučili dodržovat jasné zásady, které se po nich vyžadují. Také je důležité klientům aktivně nabízet možnost redukční léčby a dlouhodobě je motivovat k úplné abstinenci. Požadavek komplexnosti služby tedy považuji za vůbec nejdůležitější, protože bez toho nemůže dobře fungovat žádná udržovací substituční léčba drogově závislého.

3. Kvalita života a její význam v pomáhajících profesích

Kvalita života a její zkoumání je v pomáhajících profesích dlouhodobě vyhledávaným tématem. Odborníci a profesionálové v oborech zaměřených na práci s lidmi se této oblasti soustavně věnují již několik desetiletí, protože se jedná o téma z pohledu humanitních oborů nanejvýš atraktivní. Umožňuje nám zabývat se tím, jak lidé prožívají a nahlízejí na svůj život a dovoluje nám díky tomu hledat cesty, jak zvýšit kvalitu lidského života, ať už se jedná o jedince, nebo konkrétní skupiny či státy. Zkoumání kvality života se kromě srovnávacích výzkumů aplikovaných na celou společnost hojně využívá také ve zdravotnictví, ošetrovatelství a v posledních letech také čím dál více i v sociálních službách. V medicíně se k měření kvality života pacientů přistupuje jako k jednomu z hlavních ukazatelů efektivnosti zvolené léčby a má zde široké využití.²⁶

3.1. Pojem kvalita života a jeho vymezení

Definice kvality života a její teoretické uchopení není snadnou záležitostí. V současnosti totiž neexistuje jednoznačná definice, která by pojem vymezila a určila koncepci, jak na kvalitu života nahlížet. Pravděpodobné je, že vzhledem ke komplexnosti pojmu taková definice možná ani nevznikne. Existují však snahy sjednotit pojem alespoň v jednotlivých oblastech jejího využití. Důležitým předpokladem pro specifikaci pojmu je úhel pohledu, kterým se na kvalitu života díváme. Odborníci v různých vědních oblastech se budou z největší pravděpodobností soustředit na jiná specifika kvality života, každý člověk pak bude přisuzovat důležitost jiným faktorům. WHO definuje kvalitu života jako:

²⁶ Gurková, Praha 2011

„Vnímání vlastní pozice v životě v kontextu kultury a hodnotového systému, se vztahem ke svým životním cílům, očekáváním, normám a zájmům. Jedná se o široký koncept, který je celkově ovlivňován fyzickým zdravím člověka, jeho psychickým stavem, osobními názory, sociálními vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem životního prostředí.“²⁷ Obecně tedy můžeme kvalitu života chápat jako výsledek mnoha vlivů z oblasti sociální, zdravotní, ekonomické, psychické, intrapsychické či environmentální. Tyto faktory na sebe nějakým způsobem reagují, a tak ovlivňují životní spokojenost jedinců či celých skupin. Soustavným zájmem mnoha odborníků je právě hledání faktorů, které kvalitu života prokazatelně zvyšují nebo ji jiným způsobem ovlivňují. To však často naráží na úskalí v podobě volby vhodného přístupu k pojmu kvality života. Pro přesnější definování pojmu je proto užitečné nejprve odlišit objektivní a subjektivní dimenzi kvality života.

Objektivní dimenze kvality života představuje spokojenost v oblastech, které jsou viditelné a jednoznačně měřitelné. Patří sem především celkové sociální podmínky pro život, dostatek financí, rodinné zázemí či dobrý zdravotní stav. Tato dimenze byla preferována v počátcích výzkumu kvality života v USA. Zde se ve 20. letech 20. století uskutečnil jeden z prvních výzkumů kvality života zaměřených na vztah kvality života obyvatel a jejich finančního zabezpečení. Jednalo se o výzkum, který měl ukázat, zda mají státní dotace sociálního zabezpečení obyvatel vliv na kvalitu jejich života.²⁸ Pojem byl tedy vymezen čistě na materiální oblast života, od které se usuzovalo na životní spokojenost obyvatel. Objektivní dimenze kvality života se dlouho používala také ve zdravotnictví. Na základě dobrého zdravotního stavu se předpokládala také vyšší kvalita života. Takový koncept se však stal po čase nedostatečným, protože se ukázalo, že větší materiální zabezpečení či dobrý zdravotní stav jedince ještě neznamená nutně vyšší kvalitu života.

Subjektivní, neboli prožitková dimenze je dnes v každém výzkumu zaměřeném na zjišťování kvality života brána jako samozřejmost. Problémem však zůstává samotná definice pojmu a jeho chápání v souvislosti s lidskými potřebami a prožíváním. Ve chvíli, kdy se na pojem kvalita života totiž zaměříme z čistě subjektivního hlediska, vzniká nám komplikace s jejím uchopením a celkovým pojetím konceptu kvality života.

²⁷ Mezinárodní klasifikace nemocí, 2011

²⁸ Heřmanová, 2012

Subjektivní kvalita života zahrnuje lidskou emocionalitu a prožívání každodenních zážitků či života jako celku. Věnuje pozornost pojům jako je pohoda, dobrý pocit a celková životní spokojenost. Přestože mnohé prožívání či emocionalita jsou vrozené, na subjektivní hodnocení kvality života mají vliv také vnější podmínky jako je zdraví, stres, rodinné zázemí, finanční situace či aktuální životní situace. Subjektivní i objektivní dimenze kvality života jsou tedy vzájemně propojené a mají tendenci se ovlivňovat.

V novodobém výzkumu kvality života se však věnuje pozornost i dalším dimenzím kvality života, které pojem dále rozšiřují a zároveň doplňují o významné oblasti lidského života. Současný výzkum zavedl do hodnocení kvality života kromě subjektivního a objektivního přístupu také holistický přístup. Holistický, neboli komplexní přístup k pojmu kvalita života zahrnuje 4 oblasti, které pojem blíže definují. Jedná se o *kontext a zázemí, faktory prostředí, osobnostní charakteristiky a zpracování informací*. Význam zpracování informací jedincem má přitom podle odborníků velkou váhu při celkovém hodnocení kvality života. Přitom je tím myšlena schopnost vybírat si mezi nabízenými možnostmi, rozhodovat se a přiklánět se k informacím, které pro svůj život potřebujeme. Heřmanová uvádí, že se jedná v současnosti o nejpropracovanější přístup k zjišťování kvality života. „Tento holistický model v podstatě jako první upozorňuje na dynamičnost, variabilnost, vysokou subjektivnost, individuálnost, sociální podmíněnost, ale i celostní charakter prožitku kvality života každého jednotlivce, tj. na komplexnost a velmi těžkou uchopitelnost daného pojmu.“²⁹

Podobný názor na důležitost zaměření pozornosti na zpracování informací jedincem má také Jaro Křivohlavý. Na problematiku se dívá z psychologického pohledu, dochází však k podobným závěrům. Křivohlavý uvádí, že když se zabýváme zkoumáním kvality života, zkoumáme v podstatě především míru integrity, propojenosti dané osoby. V případě, že daný jedinec je integrovaný, zažívá subjektivní spokojenost se sebou samým a se svým životem. Integrovaná osoba je dána soustavností svých snah, cílů a záměrů. Čím více jsou tyto snahy a záměry roztržité, tím více je osoba nespokojená a v nepohodě. Její integrita tak závisí z velké části na tom, jak

²⁹ Heřmanová, 2012, s. 18

dokáže zpracovat informace okolo sebe a zaměřit se na to, co je pro ni podstatné.³⁰

Z výše uvedeného vyplývá, že existuje celá řada přístupů k uchopení pojmu kvalita života. Důležité však je, že v rámci společenského vývoje jsou snahy pojem neustále rozšiřovat a konkretizovat právě proto, aby obsáhl vše, co do něj může a má patřit. Výzkumy zaměřené pouze na jednu z uvedených dimenzí však mají na poli výzkumu také svoje místo, pokud je cílem zaměřit se na konkrétní oblast kvality života.

3.2. Metody měření kvality života

V současnosti existuje celá řada metod, které zkoumají kvalitu života z různých úhlů pohledu a věnují pozornost odlišným oblastem lidského života. Protože se odborníci neshodují v jednotném přístupu k pojmu kvality života, neexistuje tedy ani jedna metoda, kterou by se kvalita života měřila. Metody měření kvality života využívají pro přehlednější hodnocení dělení na menší části, které nazývají domény, indikátory, ukazatele, činitele a dimenze. Často se však jedná o totožné oblasti, které jsou pouze jinak rozděleny. Takové dělení však usnadňuje specifikaci měření a jeho větší konkrétnost. Při seznamování s jednotlivými metodami se tedy budeme setkávat s dělením na jednotlivé části s využitím těchto pojmů. Při výběru vhodné metody měření je však kromě orientace v dělení důležité znát také účel zkoumání a jeho zaměření, tedy to, co chceme měřením zjistit a na jaké oblasti se budeme zaměřovat. Existuje celá řada metod zaměřených na úzkou oblast zkoumání, která má za cíl věnovat se pouze konkrétnímu jevu. Existují také metody, které nelze aplikovat na jiný obor, protože jejich standardizace je použitelná například pouze v medicíně. Záběr jednotlivých metod je tedy široký a může být trochu obtížné se v nich zorientovat. Současné metody pro měření kvality života se však dají s jistým zjednodušením rozdělit podle přístupu k dané problematice na metody zjišťující objektivní dimenzi kvality života, subjektivní dimenzi a tzv. komplexní kvalitu života. Dále je třeba odlišit kvantitativní šetření a kvalitativní výzkum v oblasti kvality života, který zkoumá danou problematiku prostřednictvím analýzy rozhovorů, kazuistik a příběhů lidí. Tomu se však

³⁰ Křivohlavý, 2004

v této podkapitole z důvodu výběru kvantitativní metody šetření pro vlastní výzkum věnovat nebudu.

3.2.1. Objektivní metody měření

K objektivnímu měření kvality života se nejčastěji uchyluje při tzv. celopopulačních měřeních, kdy je cílem výzkumu zjistit životní úroveň obyvatel dané země, ať už celkově nebo v konkrétní oblasti. Takových výzkumů využívá především státní správa či samospráva, jsou vhodné i pro komunitní plánování či regionální rozvoj. Je možné je však využívat také pro mezinárodní srovnávací výzkumy, které mají za cíl informovat o životní úrovni jednotlivých zemí. Nejznámější metodou pro tento typ měření je tzv. indikátor *Human Development Index (HDI)*³¹, který zavedla v roce 1990 organizace spojených národů (OSN) s cílem monitorovat situaci životní úrovně v rozvojových zemích a v celém světě.³² Tato metoda měření je mezinárodně uznávána a každý rok je podle tohoto indikátoru sestaveno a zveřejněno pořadí zemí podle dosaženého HDI. Do indikátoru se započítají 3 oblasti lidského rozvoje: průměrný stupeň dosaženého vzdělání, výška hrubého domácího produktu na 1 obyvatele a očekávaná délka života (průměrná délka života při narození). Nejedná se tedy pouze o měření materiální úrovně dané země, ale i o tzv. lidský kapitál, který zahrnuje vzdělanost obyvatel a zdravotní stav, zjišťovaný prostřednictvím délky života. Česká republika podle aktuálních výzkumů OSN patří mezi země s vysokým indikátorem HDI.

Pro účely vnitrostátního výzkumu na úrovni obcí a měst se nejčastěji používají tzv. *Společné evropské indikátory*, které měří kvalitu života obyvatel v jedenácti různých oblastech života. Jedenáctibodová škála společných evropských indikátorů byla navržena evropskou komisí v roce 2000 a kromě kvality života obyvatel klade důraz na udržitelný rozvoj v dané oblasti. Zjišťování probíhá mezi obyvateli formou dotazníkového šetření a výsledky výzkumu slouží k rozvoji oblasti a zvýšení kvality

³¹ Index lidského rozvoje, běžně se však užívá anglický ekvivalent

³² <http://hdr.undp.org/en/statistics/hdi/>, vyhledáno dne 20. 4. 2013

péče o její obyvatele.³³ Měřením kvality života na objektivní úrovni se také zabývá kromě výše uvedených metod celá řada dalších organizací a firem, které mohou měření využít pro vlastní komerční účely. Pro ucelenost je vhodné ještě zmínit výzkum Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD), která každý rok srovnává jednotlivé země světa podle tzv. *Sociálních indikátorů*. Sociální indikátory zahrnují vybrané oblasti lidského života a jsou rozděleny do pěti skupin. Tyto indikátory jsou seřazeny následovně:

1. *všeobecné indikátory* (národní důchod, počet sňatků a rozvodů, porodnost)
2. *zdravotní indikátory* (novorozenecká úmrtnost, úroveň dlouhodobé péče)
3. *indikátory soběstačnosti* (ne/zaměstnanost, dosažené vzdělání, sociální dávky)
4. *indikátory sociální spravedlnosti* (chudoba, příjmy lidí v důchodu)
5. *indikátory sociální soudržnosti* (sociální izolace, pocit pohody, sebevraždnost).

Přestože výsledky výzkumu OECD se využívají především pro ekonomicko-hospodářské účely, jejich mapování je užitečné také z hlediska rozvojové pomoci a plánování spolupráce v rámci jednotlivých zemí.³⁴

3.2.2. Subjektivní metody měření

Výzkumy zaměřené převážně na subjektivní dimenzi kvality života spadají zejména do oblastí psychologie, ošetrovatelství, medicíny či sociologie. Jedná se o výzkumy zacílené na skupiny lidí či jedince, s důrazem na prožívání, emocionalitu a subjektivní potřeby respondentů. Takové výzkumy se mohou používat také pro celopopulační hodnocení, častěji se však kombinují s objektivní dimenzí kvality života. Sociální vědy vytvořily pro subjektivní měření kvality života termín *subjektivní pohoda* (Subjective Well-Being, neboli SWB), který představuje zážitkový, hodnotový a osobnostní aspekt pohody.³⁵ Zaměřuje se především na lidskou osobnost jako celek a na souvislost mezi osobnostními rysy a celkovou kvalitou života jedince. SWB se měří pomocí domén a operuje s pojmy osobnostních charakteristik, emotionality,

³³ [http://www.cenia.cz/web/www/web-pub2.nsf/\\$pid/CENMSFK2CK1O/\\$FILE/07_Indikatory%20UR.pdf](http://www.cenia.cz/web/www/web-pub2.nsf/$pid/CENMSFK2CK1O/$FILE/07_Indikatory%20UR.pdf), vyhledáno dne 20. 4. 2013

³⁴ Valentová, 2003

³⁵ Gurková, 2011

kognitivních aspektů a vlivu prostředí. SWB je vytvořen tak, že je v podstatě nezávislý na vnějších podmínkách, zaměřuje se především na osobnostní charakteristiky daného jedince. Také představuje dlouhodobý stav jedince a má určitou stabilitu v čase. V současnosti se považuje měření SWB za pouze jednu z mnoha oblastí multidimenzionálního pojmu kvality života a uplatňuje se častěji spolu s dalšími metodami měření kvality života. Proto se můžeme setkat v řadě publikací s pojmy subjektivní pohoda a kvalita života jako se dvěma odlišnými termíny.

Ve zdravotnictví a ošetrovatelství se v současnosti běžně používá výzkumů označovaných jako *Health Related Quality of life (HRQol)*.³⁶ Zpočátku se používaly pro měření kvality života pacientů obecné nástroje hodnocení zdravotního stavu, které byly zaměřené převážně na tělesnou stránku a funkční stav pacienta. Tento model byl však po čase terčem kritiky odborníků a v současnosti se více zaměřuje na subjektivní dimenzi kvality života pacientů. Ve zdravotnictví se používá hned několik nástrojů na hodnocení kvality života související se zdravím. Nejčastěji používaný nástroj ve zdravotnictví je *Medical Outcomes Study 36 - Item Short Form*³⁷ (známý jako SF-36). SF-36 byl vytvořen pro všeobecný výzkum zdraví a není specifický pro žádný typ léčby či onemocnění. Proto se často využívá při výzkumu zdravotního stavu obyvatelstva či v klinické praxi. Nástroj má zaplnit místo mezi příliš dlouhými výzkumy, které jsou často v praxi neaplikovatelné a krátkými, obecnými dotazníky. Navíc je jeho verze standardizovaná v 15 zemích světa, což je pravděpodobně důvodem, proč se jeho použití ve zdravotnictví tak rozšířilo. Dalším používaným nástrojem je *European Quality of Life Questionnaire – Version EQ-5D*³⁸. Jedná se o standardizovaný nástroj pro hodnocení zdravotního stavu vypracovaný týmem z Eurofound (*the European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions*)³⁹, který zahrnuje jak subjektivní, tak objektivní kvalitu života jedince. Výsledkem pak je EQ-5D index, který ukazuje na hodnocenou úroveň kvality života. Této metody měření kvality života využívá také nově připravovaná reforma psychiatrické péče v ČR. Pro hodnocení úspěšnosti si tvůrci reformy stanovili v průběhu či na konci realizace reformy měřit

³⁶ Kvalita života související se zdravím, běžně používáno ve zkratce HRQol

³⁷ Studie lékařských výstupů – krátká položková verze

³⁸ Evropský dotazník kvality života

³⁹ Evropská nadace pro zlepšování životních a pracovních podmínek, jeden z orgánů EU

kvalitu života klientů jako pomocné evaluační kritérium.⁴⁰ Koncept kvality života v pojetí Eurofound jim má dopomoci k zjištění efektivity navržených změn.

Dále se ve zdravotnictví používá také starších nástrojů pro měření zdravotního stavu pacientů *Sickness Impact Profile* (SIP) a *Nottingham Health Profile* (NHP). Oba nástroje se ve zdravotnictví stále používají, v ČR však méně než SF-36 a EQ-5D. Je tomu tak pravděpodobně z důvodu jejich celkově menšího rozšíření v ČR. Posledním často používaným nástrojem pro měření kvality života ve zdravotnictví je *World Health Organisation Quality of Life*⁴¹ (WHOQOL-100, WHOQOL-Bref). Tento nástroj má oproti výše uvedeným tu výhodu, že přesahuje subjektivní vnímání zdraví a denních aktivit a snaží se o multidimenzionalitu a komplexnost v uchopení pojmu kvality života. Cílem autorů týmu WHO bylo vytvořit nástroj, který bude schopen poskytnout komplexní informace o kvalitě života pacientů prostřednictvím 4 oblastí, které zjišťuje a hodnotí odděleně. Jedná se o často využívanou metodu při měření kvality života dlouhodobě nemocných a lidí s onemocněním chronického typu. K dispozici je ve dvou typech. První typ je delší dotazníkové šetření o 100 otázkách, které komplexně mapuje oblast kvality života. Druhým typem je kratší dotazník o 26 otázkách, který se častěji používá v klinické praxi z důvodu časové úspornosti. Druhý typ dotazníku má téměř stejnou validitu jako delší forma, odlišnosti jsou zde tak nepatrné. V praxi se z toho důvodu kratší verze velmi osvědčila. Oba dotazníky jsou určeny pro srovnávací šetření, výsledky se musí interpretovat v porovnání s jinou skupinou.

3.2.3. Individuální měření kvality života

Existuje celá řada dalších dotazníků a výzkumů, které se zaměřují na individuální hodnocení kvality života skupin a jednotlivců. Za zmínku stojí metoda SQUALA, která má v ČR standardizovanou verzi. Její součástí je dotazník s 46 oblastmi, které se hodnotí na škále subjektivní důležitosti. Dotazník je poměrně krátký a jeho vyplnění zabere velmi málo času. Další používanou metodou je *Schedule for the*

⁴⁰ <http://www.reformapsychiatrie.cz/strategie/koncept-kvality-zivota-quality-of-life/>, vyhledáno dne 21. 4. 2013

⁴¹ Kvalita života mezinárodní zdravotnické organizace

*Evaluation of Individual Quality of Life*⁴² (SEIQoL). Metoda se provádí formou strukturovaného rozhovoru a je zaměřena pouze na subjektivní hodnocení dané osoby.

Tento vyčerpávající přehled není v žádném případě konečný, existuje celá řada dalších nástrojů, které se pro měření kvality života používají. V ČR jsou však zmíněné metody nejpoužívanější a pro výzkumy preferované. Výzkumníci mají kromě standardizovaných metod k dispozici také tvorbu vlastního nástroje pro měření kvality života. Vzhledem k obtížnosti uchopení pojmu kvalita života a velkému množství standardizovaných nástrojů se k této alternativě výzkumníci příliš často neuchylují. Běžně se však používá kombinace několika standardizovaných nástrojů dohromady, které se pak interpretují společně a vzájemně se doplňují. Pro přesnější zjištění výsledků se užívá také kombinace kvalitativního výzkumu s kvantitativní dotazníkovou metodou.

3.3. Kvalita života v sociálních službách

Pojem kvalita života má v sociálních službách své důležité a nezastupitelné místo. Celá řada organizací v oblasti sociálních služeb deklaruje ve svém poslání zajištění plnohodnotného či důstojného života, bezpečného prostředí či zajišťování lepších podmínek pro dodržování lidských práv klientů. To všechno jsou oblasti, které se kvality života silně dotýkají. V sociálních službách se jedná dokonce o pojem zásadní, protože vystihuje podstatu toho, kam by sociální služby měly v ideálním případě směřovat a o co je třeba usilovat. Důležitým mezníkem v oblasti zájmu o zvyšování kvality života klientů v sociálních službách bylo vytvoření standardů kvality sociálních služeb a jejich následná aplikace do běžné praxe všech sociálních služeb. Standardy kvality sociálních služeb jsou od roku 2007 povinně zaváděny do všech zařízení sociálních služeb a na jejich správnou aplikaci dohlíží speciálně vyškolení inspektoři sociálních služeb. Koncept standardů kvality vznikl již v roce 2002 a byl součástí celkové transformace sociálních služeb v ČR, jehož vyvrcholení se uskutečnilo přijetím zákona 108/2006 Sb. O sociálních službách. Při tvorbě standardů kvality sociálních služeb se přihlíželo k mezinárodním úmluvám o lidských právech, zejména

⁴² Program pro hodnocení individuální kvality života

pak k Úmluvě o právech dítěte a Úmluvě o právech osob se zdravotním postižením, které sloužily jako podklad pro stanovení hlavních standardů péče. V současnosti se jedná o hlavní nástroj při zvyšování kvality života klientů v sociálních službách, protože se očekává, že kvalitní služby budou moci poskytnout také kvalitní péči a tím lépe pracovat na zlepšení kvality života klientů.

3.3.1. Standardy kvality v sociálních službách

Standardy kvality sociálních služeb mají za cíl zvýšit kvalitu poskytovaných služeb a tím eliminovat jevy jako porušování práv klientů, nedostatečná péče o klienty a celková neochota naslouchat individuálním potřebám klienta vstupujícímu do sociální služby. Díky plošnému zavedení standardů kvality sociálních služeb se očekává zvýšení standardu jednotlivých služeb a především zaručení, že certifikované služby, jež úspěšně projdou inspekcí sociálních služeb, žádným způsobem nepoškodí klienta a budou dodržovat jeho práva. Standardy kvality sociálních služeb se zaměřují právě na klienta jakožto ústřední zájem práce v sociálních službách. Poskytovaná pomoc a podpora by měla být taková, aby respektovala přání klienta a vedla ho směrem k většímu začlenění do společnosti, na rozdíl od vytrhování z přirozeného prostředí a umístění do ústavů, jak tomu bylo během dlouhého období komunistického režimu.

Standardy kvality v sociálních službách mluví o kvalitě života v souvislosti s uschopněním klienta, aby se stal nezávislý na péči ostatních, případně mu dopomoci takovou péčí, která bude v rámci jeho schopností adekvátní. Znamená to tedy koncept, který směřuje od paternalistického způsobu přejímání odpovědnosti za klienta k většímu osamostatnění a tím umožnění klientovi, aby o sobě rozhodoval a zachoval si autonomii a samostatnost tam, kde to vlastními silami zvládne. Kvalita života v kontextu standardů kvality sociálních služeb znamená zachování, případně posílení zodpovědnosti za vlastní život, možnost samostatně se podílet na svém životě a především být si vědom svých práv a v případě jejich porušování se moci bránit. Lidé, za které někdo neustále rozhoduje a určuje jim životní směr, pak logicky nemohou zakoušet pocit svobody, ale také zodpovědnosti, který nám dává do života smysluplnost a jistotu.⁴³

⁴³ Standardy kvality sociálních služeb – výkladový sborník pro poskytovatele, 2008

Zvyšováním kvality života klientů v rámci sociálních služeb se zabývají zejména procedurální standardy, které jsou také pro zavedení do praxe nejdůležitější. První standard mluví například o zvyšování životní úrovně klienta přímo v souvislosti s definicí poslání a cíle organizace. Vyskytují se zde pojmy jako aktivizace klienta, posilování vlastního rozhodování, zachování lidské důstojnosti. Důležitým pojmem je sociální začleňování jakožto aspekt podílející se na zvyšování kvality života klientů. Opět je však potřeba přihlížet při sociálním začleňování na potřeby a zájmy daného klienta.

Standardy kvality sociálních služeb požadují od sociálních služeb zvyšování kvality dané služby formou průběžného hodnocení a kontroly úrovně kvality služby. Požadavek na hodnocení kvality služby je přímo uveden v posledním standardu 15.⁴⁴ Tento standard se nejčastěji naplňuje kromě zavedení vnitřních předpisů organizace a systému kontroly také formou evaluačních šetření a dotazníků pro zjištění spokojenosti klientů se službami. Evaluační šetření zaměřené hodnocení služeb uživatelem nemá za cíl primárně zjišťovat kvalitu života klienta. Je to však metoda, díky které se můžeme o kvalitě života klientů a jejich míře spokojenosti se svým životem dozvědět mnohé. Poskytovatelé sociálních služeb si pro evaluační šetření a hodnocení kvality služby většinou vytváří vlastní metody. Nejčastěji se využívají právě dotazníkové metody či osobní rozhovory s klienty. Použití standardizovaných metod pro měření kvality života při hodnocení kvality služby se v sociálních službách využívá, často se však jedná pouze o doplňkovou metodu. Zjištěná úroveň kvality života klientů totiž nemůže být jednoznačným měřítkem kvality sociálních služeb. Kvalita života jedinců je ovlivňována celou řadou vnitřních i vnějších faktorů a úroveň sociálních služeb je často pouze jedním z mnoha. Je však nesporné, že kvalita sociálních služeb velkou mírou kvalitu života klientů ovlivňuje.

Standardy kvality sociálních služeb jsou formulovány obecně, aby se daly aplikovat na všechny typy sociálních služeb. Obecnost standardů sebou přináší mnoho úskalí v podobě špatného výkladu a mylného pochopení, na druhou stranu sociálním službám dává prostor pro individuální naplnění a realizaci v rámci svých představ. Právě z důvodu špatného výkladu standardů kvality sociálních služeb a velmi náročné

⁴⁴ Standardy kvality sociálních služeb – výkladový sborník pro poskytovatele, 2008

administrativy s konceptem spojené se standardy kvality sociálních služeb staly ze strany sociálních služeb a jejich poskytovatelů terčem kritiky. Díky této kritice, která byla v mnohých oblastech opodstatněná, se mohly dále specifikovat sporné oblasti a celkový koncept bylo možné zlepšit. Některé organizace však stále vnímají přijímání standardů kvality jako nutné zlo, aby mohly nadále čerpat dotace a peníze na provoz zařízení. V zavedení standardů nevidí žádný přínos pro zlepšení kvality života svých klientů. Vnímají je spíše jako nežádoucí odklon od přímé práce s klienty kvůli nadměrné dokumentaci se zaváděním standardů spojené. Zavedení standardů kvality sociálních služeb vnímám z obou perspektiv, přesto se však podle mého názoru jedná o významný krok směrem k zlepšení péče o klienty a posléze také o zvýšení kvality jejich života. Je však potřeba naučit se pracovat s konceptem jako s něčím, co nám může pomoci orientovat se v celkové práci s klienty a vytváří nám plán, kterého je potřeba se držet, abychom při poskytování služby nezapomněli na další oblasti vztahující se k provozu zařízení.

3.4. Měření kvality života klientů v drogových službách

Služby zaměřující se na práci s drogově závislými lidmi v ČR jsou součástí tzv. systému péče pro drogově závislé, který se nejčastěji definuje 3 hladinami prevence (primární, sekundární, terciární), podle zaměření služby na cílovou skupinu a potřeb daného klienta. Systém péče pro drogově závislé jedince funguje jako vzájemně propojená síť služeb a programů, které mají za cíl nabízet komplexní, koordinovanou a řízenou pomoc klientům ohroženým závislostí, či závislým na nelegálních drogách. Stejně tak jako většina běžných sociálních služeb také služby pro drogově závislé jsou financovány z dotací Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV), podléhají tedy inspekcím standardů kvality v sociálních službách. Pokud takové služby mají zájem o získání financí na provoz od MPSV, musí úspěšně projít kontrolou dodržování standardů kvality sociálních služeb včetně úspěšné certifikace a splnění všech požadavků.

System péče v oblasti práce s drogově závislými však spadá kromě MPSV také pod Radu vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP), případně Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT) a Ministerstvo zdravotnictví. Z toho tudíž vyplývají trochu odlišné požadavky a očekávání od daných služeb. Zatímco v sociálních službách je primárním cílem zvýšení kvality života klienta, prioritou například Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy je zaměření na primární prevenci a eliminaci sociálně patologického jevu jako takového, aby se v populaci nešířil. Od drogových služeb tedy primárně očekává, že bude chránit většinou společnost od jeho šíření, s důrazem na rizikové skupiny dětí a mládeže. Ministerstvo zdravotnictví je ve svém konceptu oproti tomu zaměřeno především na léčbu, tedy na zbavení klienta závislosti a tzv. „uzdravení“ toxikomana. Cílem je tedy vyléčený klient, který není závislý na nelegálních OPL a může se vrátit mezi „zdravou“ populaci.

Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky a její filozofie by se oproti výše zmíněným dala nazvat jako racionální. Snaží se minimalizovat negativní dopady zneužívání nelegálních OPL s důrazem na ochranu veřejného zdraví a zároveň hledá možnosti, jak pomoci jednotlivcům ohroženým závislostí a využívá pro to nejnovější vědecké výzkumy a příklady dobré praxe ze zahraničí. Vzhledem k tomu, že každoročně monitoruje stav drog v ČR a vydává každý rok velké množství sborníků a výzkumů, je její činnost v oblasti drogových služeb významná. Zmíněná racionalita tedy spočívá v tom, že se na problematiku drogových závislostí snaží dívat z více pohledů a neuchyluje se k jednomu postoji, který by propagovala a zastávala. Pod její záštitou funguje také Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, které se dlouhodobě věnuje ve spolupráci se zahraničními středisky mapování drogové problematiky a shromažďuje vědecké výzkumy v daném oboru. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti také provozuje veřejný internetový portál drogy-info.cz, který informuje o aktualitách v oblasti drogové problematiky a slouží zároveň jako zdroj odborných informací. Fungování rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky je důležité především z toho důvodu, že se snaží o multidisciplinaritu a komplexnost při řešení problémů v oblasti drogových závislostí. Dalo by se říci, že se snaží nabídnout dialog mezi různými požadavky jednotlivých resortů a upozornit na to podstatné, čemu je potřeba věnovat zvýšenou pozornost.

Drogové služby tedy z důvodu mezirezortní a multidisciplinární rozmanitosti nedisponují jednotným pohledem na měření a koncept kvality života klientů.

Výzkumy zacílené na měření objektivní kvality života klientů v drogových službách se často nazývají evaluačními výzkumy. Mají za cíl prokázat prostřednictvím zvýšení kvality života klientů potřebnost daného programu. Nejedná se tedy o výzkumy s cílem zmapovat komplexní kvalitu života dané skupiny, ale prokázat efektivitu služby prostřednictvím měření kvality života klientů. Takové výzkumy mohou využívat standardizované dotazníky pro zjišťování kvality života, jejichž výsledky slouží jako důkaz potřebnosti daných služeb. Užívaným pojmem ve výzkumu v drogových službách je kromě evaluace také pojem účinnost služeb. S tímto pojmem operuje především Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky, která stejně tak jako MPSV průběžně hodnotí kvalitu drogových služeb formou certifikací jednotlivých zařízení, jejichž úspěšné absolvování je podmíněno finančními dotacemi z RVKPP.

V drogových službách typu zdravotnického zařízení, kde je apel na úplnou abstinenci od drog, se kvalita života klientů nejčastěji hodnotí podle objektivních měřítek - zda klient abstínuje či nikoliv. Sem můžeme zařadit především krátkodobá či dlouhodobá pobytová zařízení typu psychiatrických léčeben a detoxifikační léčby. Evaluační šetření a hodnocení úspěšnosti léčby se tedy vztahuje primárně na zjišťování délky abstinence po opuštění programu. Hlubší měření kvality života klientů se většinou nepoužívá, a to nejčastěji z důvodu krátkodobého pobytu klientů, který neumožňuje dostatek prostoru pro vhodné měření více faktorů kvality života klientů. V terapeutických komunitách, kde je vedení k abstinenci také jediným možným cílem léčby, se častěji přiklání k longitudinálním studiím, které tímto způsobem hodnotí úspěšnost služeb a jejich efektivitu. Rozsáhlejší studii tohoto typu v ČR se věnoval pod hlavičkou o.s. SANANIM Mgr. Martin Šefránek, který dlouhodobě zkoumal zlepšení stavu a celkové kvality života klientů v 5 terapeutických komunitách.⁴⁵ Jednalo se o výzkum zkoumající kvalitu života a změn v jeho prožívání v několikaměsíčním intervalu a naposledy těsně před opuštěním terapeutické komunity. Výzkum sloužil primárně pro zhodnocení intervencí v terapeutické komunitě, mimo jiné však přinesl důležité informace o dopadu léčby na kvalitu života klientů. V terapeutických

⁴⁵ http://www.drogy-info.cz/index.php/info/vyzkum/evaluace_vysledku_lecby_v_terapeuticke_komunite, vyhledáno dne 13. 6. 2013

komunitách se zjišťuje úspěšnost léčby také kontaktováním absolventů komunity po delším časovém intervalu a délkou jejich abstinence od nelegálních drog po opuštění terapeutické komunity.

Měření kvality života klientů v drogových službách uplatňujících metodu Harm Reduction je oproti léčebným zařízením více problematické. Výzkumy pro měření účinnosti Harm Reduction služeb se soustředí především na zjišťování minimalizace infekčních chorob mezi cílovou skupinou a jejich šíření mezi většinovou společností. Snaží se tak prokázat potřebnost Harm Reduction přístupu ve společnosti, který je velkou částí veřejnosti stále vnímán jako nemorální a finančně nákladný. Výzkumů zaměřených na kvalitu života klientů v daných službách je z toho důvodu velmi málo, protože veškerá pozornost se soustřeďuje na ochranu veřejného zdraví (tzv. Public Health).

Metadonová substituční léčba stojí s jejím pojetím léčby přibližně uprostřed obou přístupů. Běžně je řazena z pohledu udržovací metadonové léčby mezi služby uplatňující přístup Harm Reduction, protože minimalizuje negativní projevy užívání nelegálních drog, především kriminality a šíření infekčních chorob. Z pohledu zaměřeného na klienta se však jedná o léčebný přístup, kde cílem je zvýšení kvality života jedince s možnou úplnou abstinencí od nelegálních drog v budoucnu. V ČR se výzkumy zaměřené na hodnocení substituční léčby orientují především na zjišťování účinnosti ochrany společnosti před infekčními chorobami. Měření kvality života klientů, případně evaluační výzkumy zjišťující spokojenost klientů se svým životem se v ČR v širším měřítku prakticky nerealizují.

Rozsáhlejší výzkum v oblasti měření kvality života klientů v metadonové substituční léčbě proběhl v Belgii, Gentu. Jednalo se o longitudinální výzkum, který měřil kvalitu života klientů komplexně a po delší časové období. Na výzkumu se podílel tým pracovníků metadonové substituční kliniky v Gentu v čele s výzkumným pracovníkem Wouterem Vanderplassechenem. Wouter Vanderplassechen vycházel při svém výzkumu ze zkušenosti, že je v současné substituční léčbě upozaděno subjektivní vnímání kvality života klientů na úkor výstupů lépe měřitelných a přijatelnějších pro společnost.⁴⁶ Do léčby klientů v metadonových substitučních

⁴⁶ Vanderplassechen, 2011

programech tak vnáší významnou otázku, zda nenastal čas věnovat se v substituční léčbě závislých primárně potřebám klientů a jejich subjektivnímu prožívání, aby byla poskytnutá pomoc klientům opravdu prospěšná.

3.5. Faktory ovlivňující kvalitu života klientů v metadonové substituční léčbě

Jak již bylo zmíněno, kvalita života je komplexní pojem, na který má kromě objektivně viditelných faktorů vliv také celá řada subjektivně vnímaných okolností. U klientů na metadonové substituční léčbě se přirozeně nejedná pouze o dopad kvality léčby na hodnocení úrovně kvality života, přestože zde má při celkovém hodnocení klienta své nezastupitelné místo. Jedná se o syntézu objektivních a subjektivně prožívaných oblastí života, které utváří celkový dojem z kvality prožívaného života. Klienti v metadonové substituční léčbě však mají oproti běžné populaci svoje specifika, která se zrcadlí v jednotlivých oblastech jejich života. Tato specifika jsou dána v první řadě diagnózou závislosti, která se odráží jak v subjektivně hodnocené kvalitě života, tak v sociálních vztazích a materiálním zabezpečení klientů.

Diagnóza závislosti je pro klienty stigmatem, se kterým se učí zacházet po celý život, hledají si vlastní cestu s vyrovnáním se svojí minulostí a odstraněním nežádoucích návyků, které si osvojili v době drogové kariéry. Cesta z ulice k substituční léčbě je prvním krokem, který sám o sobě znamená jen tolik, že toxikomana již přestal bavit drogový kolotoč a chce se z něj tímto způsobem vymanit. Drogovým kolotočem mám na mysli především denní režim toxikomana, který se skládá z 3 hlavních úkolů: ukrást či jinak „vydělat“ peníze na drogu, sehnat a aplikovat si drogu a předejít abstinenčnímu syndromu ukradením či „vyděláním“ peněz na drogu. Tento drogový kolotoč strhne po čase většinu toxikomanů s diagnózou závislosti, ať užívají drogy opiátového typu či stimulační drogy. Takový styl života je však dlouhodobě náročný a sebedestruktivní, proto se odhodlanější toxikomani rozhodnou zastavit drogový kolotoč zapojením se do substituční léčby, pokud aktuálně neuvažují o abstinenci. Při prvním kontaktu s metadonovým programem je tedy toxikoman

motivován zbavit se nelegální drogy a často i injekční aplikace, v ostatních oblastech života je však nestabilizovaný a zmatený.

3.5.1. Osobnostní struktura a prožívání

Klienti vstupující do programu nemají většinou žádný smysl života a nevědí, jakým směrem by se měli vydat. Toto hledání se jim otvírá právě se vstupem do léčby, kdy se vymaní z drogového kolotoče a získají poměrně hodně času na utřídění vlastního života. Tento volný prostor může vyvolávat kromě možností a naděje také úzkost a strach z neznáma. Svoji roli v prožívání vlastního života klientů hrají i tzv. duální diagnózy, které se často nemusí při vstupu do programu plně projevit. Termín duální diagnóza se používá tehdy, když je klientovi diagnostikována diagnóza závislosti spolu s jinou psychickou nemocí. Nejčastěji to bývá schizofrenie, bipolární porucha či různé typy poruch osobnosti. Je pak otázkou, zda příčinou závislosti na nelegálních drogách nebyla právě psychická nemoc, kterou si klient léčil projevy nemoci. Osobnostní struktura klientů s diagnózou závislosti je celkově specifická. Nelze mluvit o jednotné osobnosti toxikomanů, lze však vyzorovat společné změny, které v osobnostní struktuře toxikomanů způsobilo dlouhodobé užívání drog a jisté podobnosti v emočním ladění klientů. Existuje pravděpodobnost, že u toxikomanů způsobila jejich závislost do určité míry genetická predispozice. Klienti v metadonové substituční léčbě tak mají častěji v rodinné anamnéze problémy se závislostí jakéhokoliv typu. Klienti užívající drogy dlouhodobě jsou také emočně labilnější, jejich emoční ladění kolísá z extrému do extrému nebo špatně snáší stresové a zátěžové situace. Ti, kteří začali s užíváním drog v pubescentním věku okolo 14 let (takoví klienti tvoří na metadonové substituční léčbě podle vstupních dotazníků do programu většinu), mají často nevyzrálou osobnostní strukturu, protože v době začátku užívání drog nebyl vývoj osobnosti zcela dokončen. Kvůli ranému experimentování s drogami mají také často nedokončenou střední školu. Osobní historie dlouholetých uživatelů nelegálních OPL je často plná zklamání, traumatizace, ale také lhaní, krádeží a degradace vlastní osobnosti na pouhou materiální strukturu. Závislost u toxikomana velmi často způsobuje oddělení těla a duše na dvě

různé části, kde duševní potřeby jsou dlouhodobě neuspokojovány a s tělem jedinec zachází jako s nástrojem pro krátkodobé uspokojení.

3.5.2. Mezilidské vztahy

Klienti vstupující do programu tedy mají v první řadě potřebu stabilizovat se v oblasti užívání drog, aby nadále nemuseli kupovat drogy na nelegálním trhu, případně nemuseli nadále krást, aby si drogy mohli pořídit. Tento cíl je sledován především v prvním roce léčby, kdy je potřeba klienta stabilizovat v oblasti užívání metadonu, aby dávky vyhovovaly, včetně pravidelné kontroly zneužívání nelegálních OPL. V tomto období si klient začíná uvědomovat také další potřeby, které během drogové kariéry upozadil. Je to především touha po sociálním kontaktu s lidmi, kteří nejsou závislí na drogách či aktuálně drogy neberou. Mohou se objevovat také tendence znovu navázat zpřetrhané vztahy s rodinou, která během drogové kariéry přerušila kontakt. V oblasti mezilidských vztahů může být klient často deprivovaný, protože nemá nikoho, na koho by se mohl obrátit. To bývá nejednou důvodem, proč se znovu uchýlí k původnímu způsobu života a vrátí se k užívání nelegálních drog. Problematika opuštěnosti a osamělosti mezi klienty po delší době na metadonové substituční léčbě je častá, především proto, že všichni kamarádi a známí se pohybují v drogovém prostředí a jedinec musí vyvinout úsilí, aby se s nimi nadále nekontaktoval. Zpravidla jsou na tom lépe klienti, kterým se podaří navázat kontakt s rodinou a ta je psychicky či materiálně podpoří v léčbě. Dobré rodinné zázemí a opora rodiny je tedy pro klienty v léčbě velmi podstatným hlediskem.

Ke změnám ve vnímání vlastního života a jeho smyslu může přispívat také těhotenství a očekávání narození dítěte. Tato životní situace má vliv nejen na ženy, ale také na muže, kteří dochází na metadonovou substituční léčbu. Dává jim to pocit smysluplnosti a zodpovědnosti za někoho druhého, který jim dodá odvalu posunout se ve svém životě dále.

3.5.3. Materiální zabezpečení a zapojení na trh práce

Další oblastí, kde mají klienti ztíženou situaci, je materiální zabezpečení a zapojení na trh práce. Vzhledem ke své drogové minulosti mají klienti často pouze základní vzdělání a záznam v rejstříku trestů, což jim značně komplikuje nalezení vhodného pracovního uplatnění. Jejich pracovní zkušenosti jsou navíc minimální, protože strávili delší část svého života užíváním nelegálních drog, případně kriminální činností a následným výkonem trestu odnětí svobody. Z řad vysokoškolsky vzdělaných klientů, kteří jsou aktuálně v léčbě 4, se jedná téměř vždy o dlouhodobé zneužívání legálních farmaceutických přípravků, případně o specifickou léčbu deprese po dlouhodobém stadiu zneužívání legálních psychofarmak. Do léčby tak docházejí také bývalí zdravotničtí zaměstnanci, kteří díky snadnému přístupu k léčivům propadli závislosti na tlumivých látkách. Takoví klienti jsou však v léčbě spíše výjimkou a netvoří normativní vzorek běžných klientů.

Nejčastějším způsobem pracovního uplatnění jsou tak pro velkou částí klientů práce „na černo“. Pracují za nevýhodných podmínek bez řádné pracovní smlouvy. Problémem u klientů docházejících na metadonovou substituční léčbu je neznalost zaměstnaneckých práv. To je důvod, že jsou často vystavováni nepřiměřeným pracovním podmínkám, diskriminaci a vykořisťování. Část klientů také pobírá třetí stupeň invalidního důchodu a nepracuje vůbec, protože jsou kvůli zdravotním problémům způsobeným drogovou minulostí neschopni jakékoliv práce. Nejčastěji pobírají klienti invalidní důchod na komplikace způsobené diagnózou závislosti a další psychické problémy, které jim znemožňují plné zapojení na trh práce.

Klienti v metadonové substituční léčbě mají svoje specifika, která mohou ovlivnit jejich prožívání a hodnocení kvality života. Kvůli diagnóze závislosti mají v životě ztíženou situaci a to se může odrážet v jejich prožívání. Nelze však předpokládat, že tyto faktory budou klienty automaticky determinovat k negativnímu prožívání kvality života. Mohou přispět k nižším hodnotám v jednotlivých oblastech kvality života.

4. Výzkumná část

Výzkumná část práce zjišťuje kvantitativní dotazníkovou metodou, jak klienti v metadonové substituční léčbě hodnotí svoji kvalitu života. Výzkum je založen na teoretických poznatcích z oblasti drogových závislostí a přihlíží ke specifickým cílové skupiny respondentů. Logicky tedy navazuje na teoretickou část diplomové práce. Důvodem pro realizaci výzkumu je v první řadě vnímání důležitosti většího zaměření výzkumu v drogových službách směrem od hodnocení účinnosti služeb k zjišťování potřeb a subjektivnímu hodnocení kvality života klientů. Snaží se tak poukázat na klienta jako uživatele služby, který vstupuje do systému léčby jako jedinečné individuum a může tak pomoci větším zaměřením na jeho individuální potřeby zlepšit výslednou kvalitu poskytovaných služeb. Výzkum tak nabízí kromě informací o životě klientů také možnost kriticky se zaměřit na službu jako celek a pomoci na základě hodnocení klientů k jejímu zkvalitnění a k větší efektivitě v léčbě klientů.

4.1. Vymezení cíle výzkumu

Cílem výzkumného šetření je zmapovat komplexní kvalitu života klientů pravidelně docházejících na metadonovou substituční léčbu. Jedná se tedy o subjektivní i objektivní rozměr kvalit života, který má za cíl podat informace ohledně hodnocení vlastního života klientů. Výzkum by měl zjistit, zda existují nějaké souvislosti mezi délkou léčby a vyšší kvalitou života klientů. Zajímá se o to, jaké oblasti kvality života klienti hodnotí nejhůře, a zda existuje taková oblast, kde se klienti ve své nespokojenosti shodnou. Na takové oblasti by se poté mohla zacílit větší pozornost metadonových center a pokusit se v nich klienty posílit. Důležitým zjištěním jsou také oblasti, které klienti hodnotí pozitivně, pokud se tedy cílová skupina na takové kategorii shodne.

Hlavním cílem výzkumného šetření je však porovnání jednotlivých hodnot kvality života s populační normou, aby se dalo určit, jaká je odchylka hodnocení kvality života klientů v metadonovém substitučním programu oproti populační normě.

4.2. Zkoumané okruhy a formulace hypotéz

Výzkum kvality života mezi klienty v metadonové substituční léčbě se zaměřuje na čtyři hlavní oblasti života, které stanovuje zvolená standardizovaná metoda výzkumu. První oblast kvality života se zaměřuje na fyzické zdraví. Hodnotí bolest, závislost na lékařské péči, únavu, pohyblivost, kvalitu spánku a každodenní pracovní činnosti. Vzhledem k tomu, že klienti jsou na lékařské péči z pohledu metadonové substituční léčby závislí, je pravděpodobné, že budou tuto oblast života hodnotit nižšími hodnotami. Rovněž bolest, kterou klienti fyzicky pociťují, může souviset s diagnózou závislosti a metadonovou substituční léčbou. V první řadě se u klientů mohou objevovat nemoci v minulosti neřešené, jako jsou infekce a problémy s dolními končetinami včetně bolesti hlavy, zad a páteře. Metadon jako účinná látka mírní bolesti a její projevy, na druhou stranu klienti neupadají po dávce metadonu do spánku a únava spojená s metadonem je rovněž nižší než po užití heroinu. Proto je možné, že se po nástupu na metadonovou substituční léčbu začnou projevovat přidružené zdravotní problémy. V oblasti fyzického zdraví se může promítat také spokojenost klientů s dávkováním metadonu a celková spokojenost s výběrem substituční látky.

Další oblast zjišťuje duševní zdraví a prožívání klientů. Zaměřuje se na spokojenost se sebou samým, potěšení ze života, smysl života, schopnost soustředění na jednotlivé činnosti a negativní pocity. Zde se může více odrážet individuální osobnostní struktura klientů a vrozený temperament, který je u každého člověka specifický. Především otázka směřující k frekvenci negativních pocitů může hodně vypovědět o celkovém psychickém nastavení klientů a sklonům k depresivnímu ladění.

Třetí oblast se věnuje sociálním vztahům. Zde se hodnotí osobní vztahy, sexuální život, podpora přátel a pocit osobního bezpečí. Tato oblast bude

pravděpodobně nízká především u klientů, kteří do metadonové substituční léčby docházejí krátce.

Poslední hodnocenou oblastí je oblast zaměřená na prostředí. Zde se zjišťuje finanční situace klientů, prostředí v okolí bydliště, dostupnost zdravotnické péče a spokojenost s dopravou. Zde bude podhodnocena s největší pravděpodobností otázka týkající se finanční situace klientů, u dlouholetých klientů tomu však může být jinak. Na základě zjišťovaných oblastí a specifik klientů na metadonové substituční léčbě jsem si stanovila tyto hypotézy, které budu po zhodnocení výsledků výzkumu zkoumat.

H1 Klienti, kteří jsou v metadonové substituční léčbě méně než 3 roky, budou hodnotit kvalitu svého života hůře, než dlouhodobí klienti metadonové substituční léčby.

Stanovená hypotéza vychází z teoretického předpokladu, že s délkou léčby klienta se přímo úměrně také zvyšuje objektivní i subjektivní kvalita jeho života. Je to dáno především působením léčby samotné, dochází však také k návyku na pravidelný režim a pravidla, které vedou k stabilizaci klientova života.

H2 Kvalita života klientů, kteří jsou na metadonové substituční léčbě 10 let a více, nebude kvalitativně lepší než u klientů, kteří dochází 3 a více let.

Tato hypotéza vychází z praktických zkušeností práce s klienty. Zároveň tak do jisté míry popírá první hypotézu, přestože se obě spíše vzájemně doplňují. Existuje předpoklad, že se klienti po dlouholetém docházení na metadonovou substituční léčbu tak zvaně zastaví v dalším osobním růstu a v léčbě stagnují. Nejsou ve svém životě výrazně nespokojeni, zároveň však nepociťují radost ze života a často nemají jasný smysl svého života.

H3 U klientů docházejících 10 a více let budou hodnoty jednotlivých domén života nižší, než u klientů docházejících na metadonovou substituční léčbu 3 a více let.

Hypotéza vychází z předchozího konstatování. Z praxe usuzuji, že klienti docházející na metadonovou substituční léčbu 10 a více let budou oproti středně dlouhodobým klientům vykazovat nižší hodnoty kvality života. Domnívám se tak z toho důvodu, že klienti, kteří jsou v metadonové substituční léčbě velmi dlouho, již nejsou spokojeni s dosavadním způsobem života, nestačí jim vlastní stabilizace v drogovém užívání, ale úplné abstinence se však obávají.

H4 Hodnocení kvality života u mužů a žen bude kvalitativně podobné.

Na základě vlastních zkušeností jsem nezaznamenala velké rozdíly mezi celkovou kvalitou života klientů v metadonové substituční léčbě na základě pohlaví. Proto se domnívám, že příslušnost k pohlaví nebude mít významný vliv na kvalitu života klientů.

H5 Celková kvalita života klientů v metadonové substituční léčbě bude v jednotlivých doménách nižší při srovnání s populační normou.

Tato hypotéza primárně vychází ze specifík zkoumané skupiny, od kterých očekávám, že se promítnou do celkového hodnocení kvality života klientů.

4.3. Charakteristika a popis výběrového souboru

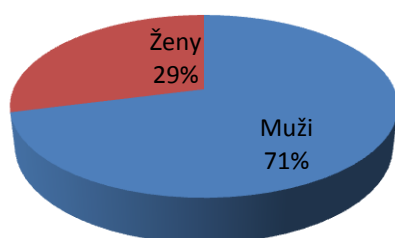
Výběrový soubor výzkumného šetření tvoří 100 klientů centra metadonové substituce Drop In o.p.s., kteří byli v období května a června 2013 oficiálně registrováni v substituční léčbě metadonem. Soubor zahrnuje klienty obou metadonových center, nízkoprahového i vysokoprahového zařízení, kde hlavním rozdílem mezi klienty je délka docházení na metadonovou substituční léčbu a jejich stabilizovanost. Klienti v nízkoprahové substituční léčbě nastoupili do léčby po dlouhodobém užívání nelegálních drog z ulice, léčba je tedy zaměřená primárně na stabilizaci klientů v užívání drog. Po celkové stabilizaci pak přecházejí do vysokoprahového centra, kam dochází nejčastěji dlouholetí klienti, kteří jsou již v užívání drog stabilizovaní. Klienti zařazení v metadonové substituční léčbě do center dochází pravidelně ve vybraném časovém intervalu, nejméně však jednou za týden, podle individuální úrovně jejich léčby a domluvy s lékařem. Klienti zařazení v nízkoprahovém programu mají povinnost docházet do léčby každý den, proto je jejich cílem přestoupit co nejdříve, pokud mají zájem v léčbě dále pokračovat, do vysokoprahového centra s možnostmi nižších frekvencí docházky.

V každém z metadonových substitučních center je v současnosti okolo 95 klientů, celkový počet klientů v centrech metadonové substituce Drop In o.p.s. k červnu 2013 je 195. Klienty z obou center metadonové substituční léčby jsem do výzkumu zařadila z toho důvodu, abych poskytla celková data o situaci klientů v metadonové substituční léčbě. Vzhledem k tomu, že klienti v nízkoprahovém metadonovém zařízení bývají v léčbě kratší dobu, chtěla jsem výzkumnou práci pojmout komplexně, nezacílit se pouze na klienty, kteří jsou v léčbě delší dobu. To by totiž mohlo znamenat, že by se výsledky výzkumu zúžili pouze na specifika dlouhodobě docházejících klientů. Zaměřit se také na klienty v nízkoprahovém programu však vnímám jako stejně důležité, protože bez možnosti přechodu z jedné služby do druhé by se pravděpodobně klienti z ulice do programu hůře zapojovali.

Statistická data o vybraném souboru

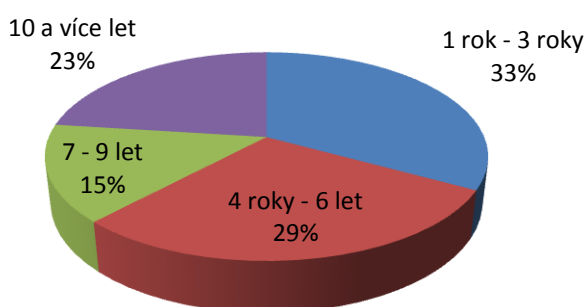
U klientů zařazených do výzkumu byly zkoumány kromě hlavních oblastí šetření také základní statistické údaje o vzorku. Je možné si tedy udělat přesnější představu o vybraném souboru. Průměrný věk vybraného souboru vychází na 36,15 let.

Rozložení podle pohlaví



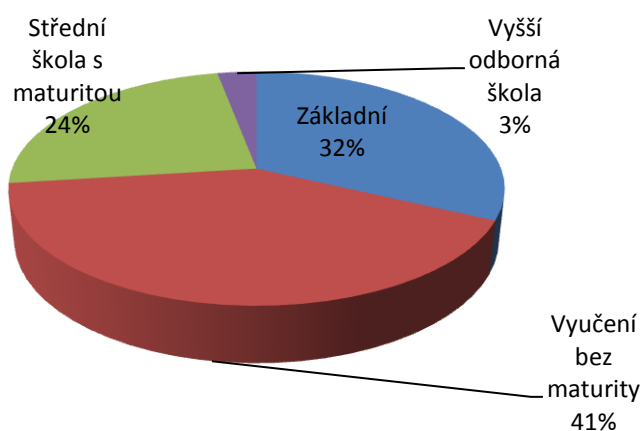
Rozložení pohlaví ve výběrovém souboru přibližně odpovídá rozložení v obou centrech metadonové substituce Drop In o.p.s. Ženy zpravidla tvoří třetinu z celkového počtu všech klientů. Důvody, proč tomu tak je, pravděpodobně souvisí s tím, že muži jsou v užívání nelegálních drog zastoupeni ve větší míře.

1. Rozložení souboru podle délky v metadonovém programu



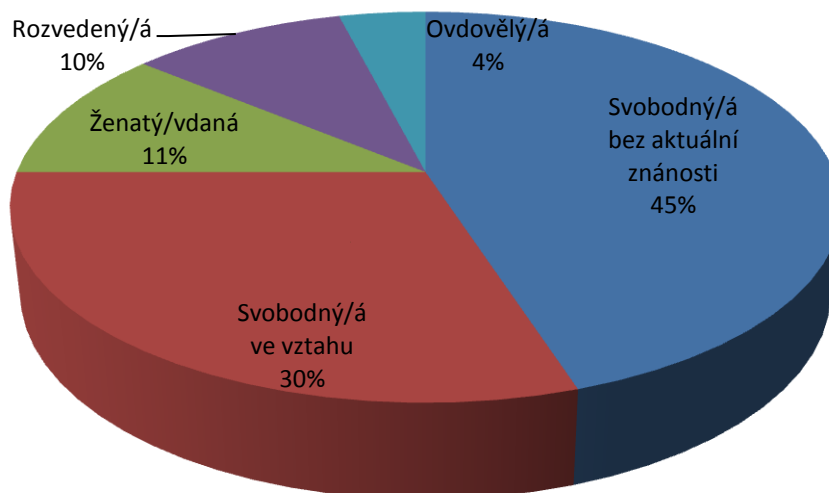
Podle grafu ohledně délky docházení do metadonové substituční léčby je zřejmé, že více než polovina klientů dochází do léčby déle než 3 roky. Poměrně početná je také skupina klientů, kteří do léčby docházejí více než 10 let. Ve vzorku tvoří téměř čtvrtinu ze všech klientů, což je nezanedbatelný poměr vůči ostatním klientům.

2. Nejvyšší dokončené vzdělání



Tento graf podtrhuje informace z teoretické části, a to celkově nízkou vzdělanost mezi klienty v metadonové substituční léčbě. Pouze čtvrtina klientů zapojených do výzkumu má úplné středoškolské vzdělání zakončené maturitním vysvědčením. Naproti tomu skoro polovina klientů absolvovala střední odborné učiliště, které zakončila výučním listem.

3. Rodinný Stav



Poslední graf zobrazuje informace ohledně sociálního zázemí a mezilidských vztahů výběrového souboru. Zajímavá je informace ohledně pouze 11% klientů, kteří žijí v manželském svazku. Největší část, skoro polovinu z výběrového souboru pak tvoří klienti bez aktuální známosti či vztahu.

4.4. Metody výzkumu

Empirický výzkum měření kvality života probíhal kvantitativní dotazníkovou formou, ve které klienti samostatně vyplňovali připravené dotazníky. Kvantitativní výzkum byl zvolen z toho důvodu, aby bylo možné získat informace od co největšího množství klientů a vytvořit si tak rámcovou představu, jak si ve zkoumané oblasti výzkumu stojí skupina jako celek. Důležitým kritériem pro volbu vhodné metody byl také požadavek na možnost srovnání s populační normou, která by byla zároveň normou pro další interpretace výsledků kvality života klientů.

Pro výzkumné šetření byla z výše uvedených důvodů vybrána standardizovaná metoda pro měření kvality života, dotazník WHOQOL – BREF. Jedná se o dotazník vytvořený pracovním týmem Mezinárodní zdravotní organizace (WHO), který vznikl na základě dlouhodobého požadavku vytvořit metodu, která bude zahrnovat co nejvíce možných oblastí kvality života, aby se dalo mluvit o komplexním měření. Dotazník WHOQOL – BREF tedy měří jak objektivní, tak subjektivní kvalitu života, navíc si všímá také mezilidských vztahů a prostředí, ve kterém jedinec žije. Vzhledem k rozšířenosti dotazníku existuje populační norma pro WHOQOL – BREF, kterou je možno použít při zhodnocení a interpretaci výsledků výzkumu. Po základním zmapování možných metod měření se navíc ukázalo jako nespornou výhodou, že se jedná o krátkou verzi dotazníku, která je přitom v oblasti validity a reliability téměř srovnatelná s jeho dlouhou verzí, WHOQOL – 100. Delší podobu dotazníkového šetření jsem vyloučila již na začátku výzkumného šetření, především kvůli nutnosti přihlídnout k praktickým podmínkám léčebného zařízení a časovým možnostem klientů.

Dotazník WHOQOL – BREF má celkem 26 otázek týkajících se 4 oblastí kvality života. 2 otázky jsou hodnoceny samostatně, zaměřují se na celkové hodnocení kvality života a spokojenost se zdravím. Každá otázka je hodnocena podle úrovně kvality života v rozmezí 1 – 5, přičemž 5 je nejvyšší hodnocení kvality života a 1 je nejnižší. Kvalita života za výběrový soubor se udává v celkovém průměru hodnot jednotlivých otázek. Zvlášť se počítají také hodnoty pro jednotlivé domény, které mají hodnoty od 4 – 20. Jedná se tedy o součet jednotlivých otázek patřících do jednotlivých domén, opět vyjádřených průměrem.

Výzkum mezi klienty a distribuci dotazníků jsem realizovala v obou centrech metadonové substituce Drop In o.p.s. v měsíci květnu a červnu 2013. Výběrový soubor jsem pro účely výzkumné práce vybírala metodou systematického pravděpodobnostního výběru. Tento typ výběru je vhodné realizovat, pokud je k dispozici kompletní seznam cílové skupiny, ze které chceme vybrat výběrový soubor. Obě centra metadonové substituce těmito seznamy disponují a je možné s nimi v rámci běžného provozu pracovat. Seznamy všech registrovaných pacientů v léčbě jsem si opatřila a vytvořila si interval, podle kterého jsem vybrala každého druhého. Zastoupení klientů z nízkoprahového centra a vysokoprahového centra tak zůstalo přibližně stejné, jako je v celkovém počtu klientů. Tyto klienty jsem pak na výdeji v centru metadonové substituce oslovila. Několikrát se mi stalo, že se vybraný klient odmítl do výzkumu zapojit. Vybrala jsem tedy dalšího klienta, který podle seznamu následoval. Dotazníkové šetření jsem distribuovala mezi klienty také za pomoci sester přímo na výdeji metadonu, které mají přehled, kdy který klient na metadonovou substituci dochází, a pomohly mi tak oslovit vybrané klienty. Klientům jsem zaručila anonymitu v rámci vyhodnocení dotazníkového šetření a dotazníky jsem sbírala po vyplnění klienty do speciální obálky.

4.5. Výsledky výzkumu

Pro vyhodnocení výsledků výzkumu jsem používala dokument *WHOQOL – BREF, WHOQOL – 100, Příručka pro uživatele české verze dotazníku kvality života Světové zdravotnické organizace* od Evy Dragomirecké a Jitky Bartoňové. Výsledky a odpovědi z každého dotazníku jsem podle návodu v příručce zanesla do tabulky Microsoft Office Excel a nejprve vypočítala hodnoty pro jednotlivé domény kvality života. Poté jsem si spočítala hodnoty pro jednotlivé otázky, které jsem zanesla do tabulky spolu s hodnotami jednotlivých domén. V programu Microsoft Office Excel jsem si rovněž vytvořila paralelní tabulku se statistickými údaji, které byly umístěny tak, aby korespondovaly s označením jednotlivých čísel dotazníků v tabulce 1. Tak jsem mohla jednoduše vyhledat klienty podle statistických údajů a vytvořit z nich skupinu,

kteřou jsem porovnávala společně. Kromě vypočítání průměru jednotlivých otázek a domén kvalit života pro další srovnávání jsem si tedy vytvořila ještě několik skupin, které jsem spočítala obdobně jako celou skupinu. Vyšly mi tak hodnoty kvality života, které byly charakteristické pro vybranou skupinu. Takto jsem hodnotila ženy a muže zvlášť a klienty podle délky léčby v metadonovém programu. Přehled grafického znázornění jednotlivých otázek a porovnání s populační normou je uveden v příloze.

Tabulka 1:
Průměrné skóry položek u klientů v metadonové substituční léčbě a u běžné populace

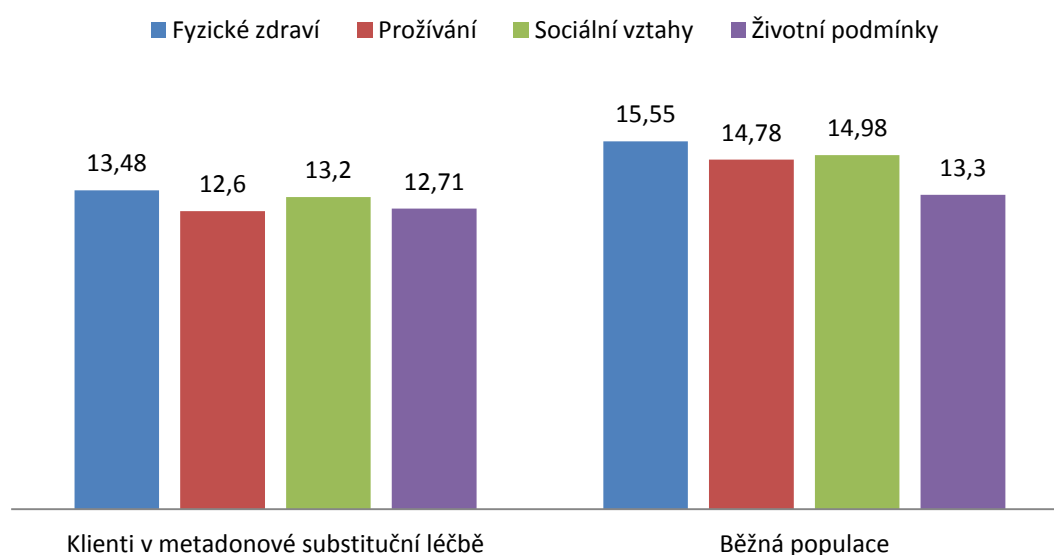
		Klienti v metadonové substituční léčbě (průměr)	N	Populační norma (průměr)	N
Q1	Kvalita života	3,18	100	3,82	310
Q2	Spokojenost se zdravím	3,03	100	3,68	310
Q3	Bolest a nepříjemné pocity	2,40	100	4,03	310
Q4	Závislost na lékařské péči	2,62	100	4,16	310
Q5	Potěšení ze života	3,06	100	3,83	310
Q6	Smysl života	3,18	100	3,86	310
Q7	Soustředění	3,18	100	3,55	310
Q8	Osobní bezpečí	3,04	100	3,24	310
Q9	Životní prostředí	3,20	100	2,85	310
Q10	Energie a únava	3,04	100	3,62	310
Q11	Přijetí tělesného vzhledu	3,75	100	3,90	310
Q12	Finanční situace	2,35	100	2,87	310
Q13	Přístup k informacím	3,64	100	3,87	310
Q14	záliby	2,90	100	3,33	310
Q15	pohyblivost	4,06	100	4,27	308
Q16	Spánek	3,04	100	3,61	308
Q17	Každodenní činnosti	3,26	100	3,76	308
Q18	Pracovní výkonnost	3,20	100	3,76	308
Q19	Spokojenost se sebou	3,04	100	3,57	308
Q20	Osobní vztahy	3,23	100	3,75	308
Q21	Sexuální život	3,29	100	3,64	308
Q22	Podpora přátel	3,37	100	3,85	308
Q23	Prostředí v okolí bydliště	3,12	100	3,54	308
Q24	Dostupnost zdravotní péče	3,53	100	3,70	308
Q25	Doprava	3,41	100	3,19	308
Q26	Negativní pocity	3,14	100	3,47	308

Poznámka: N = počet respondentů, kteří na otázku odpovídali

Tabulka 2:
Průměrné skóry domén klientů v metadonové substituční léčbě a běžné populace

		Klienti v metadonové substituční léčbě (průměr)	N	Populační norma (průměr)	N
Dom 1	Fyzické zdraví	13,48	100	15,55	308
Dom 2	Prožívání	12,60	100	14,78	308
Dom 3	Sociální vztahy	13,20	100	14,98	308
Dom 4	Prostředí	12,71	100	13,30	308

Grafické znázornění průměrných skóre jednotlivých domén



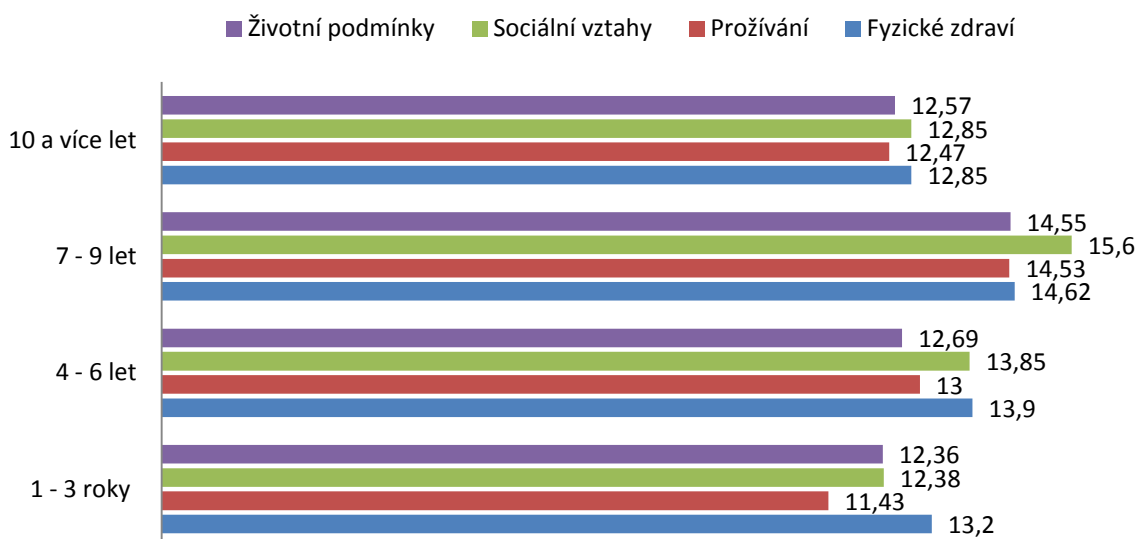
Z uvedeného grafu je patrné, že průměrné hodnoty pro jednotlivé domény jsou u klientů v metadonové substituční léčbě celkově nižší, než u běžné populace. Největší rozdíl je v prvních dvou doménách, u fyzického zdraví je to rozdíl 2,07, u domény prožívání se hodnota liší až o 2,18. Nejmenší rozdíl ve srovnání klientů v metadonové substituční léčbě a běžné populace je v doméně životních podmínek. Zde rozdíl činí pouze 0,59.

Tabulka 3:

Porovnání průměrných skóre domén klientů v metadonové substituční léčbě podle délky docházení do léčby

		1-3 roky	N	4-6 let	N	7-9 let	N	10 a více let	N
Dom 1	Fyzické zdraví	13,20	33	13,90	29	14,62	15	12,85	23
Dom 2	Prožívání	11,43	33	13	29	14,53	15	12,47	23
Dom 3	Sociální vztahy	12,38	33	13,85	29	15,6	15	12,85	23
Dom 4	Prostředí	12,36	33	12,69	29	14,55	15	12,57	23

Grafické znázornění průměrných skóre jednotlivých domén podle délky docházení do metadonové substituční léčby



Graf znázorňuje chronologické vnímání kvality života klientů podle délky docházení do substituční metadonové léčby. Všichni klienti byli rozděleni do čtyř skupin podle délky docházení do metadonové substituční léčby. Tyto skupiny byly od sebe dobou léčby vzdáleny v intervalu tří let, výjimkou pak byla poslední skupina, kde klienti mohli uvést délku docházení až patnáct let, která je omezena vznikem centra metadonové substituce. Podle prezentovaných výsledků jsou klienti celkově nejvíce spokojeni po sedmém roce léčby, hodnocení sociálních vztahů zde stoupá dokonce na 15,6, což je více než u běžné populace. Po této době však nastává zlom a klienti, kteří jsou v léčbě déle než deset let, hodnotí svoji kvalitu života méně optimisticky.

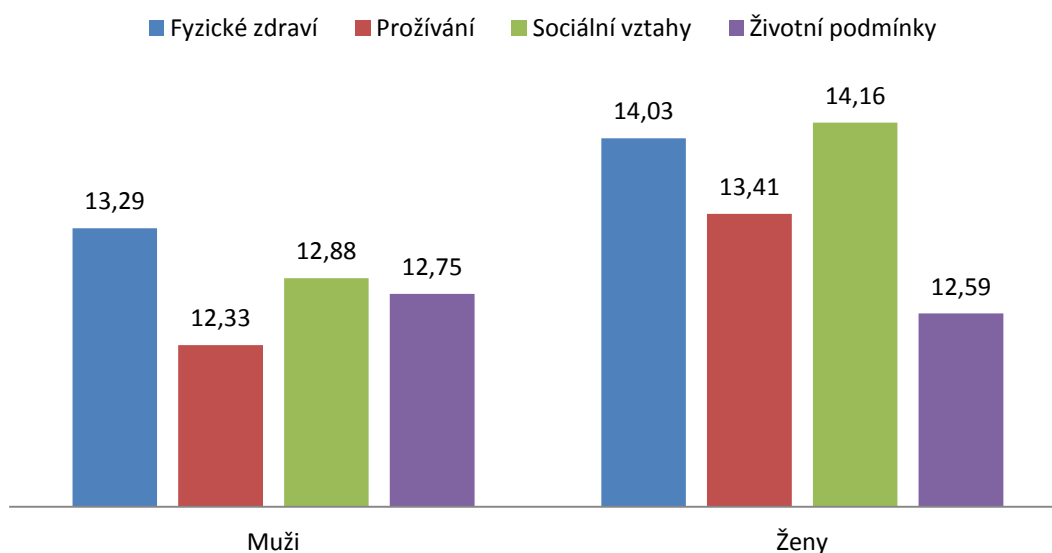
V porovnání s klienty, kteří jsou v léčbě tři roky a méně, však dlouholetí klienti vykazují vyšší hodnoty.

Velký rozdíl je patrný v porovnání kvality života klientů v léčbě sedm až devět let a maximálně tři roky. Graf v tomto ohledu působí jako sinusoida, která má svůj vrchol ve vnímání kvality života klientů, kteří jsou v léčbě sedm až devět let. Tam graf jasně ukazuje nejvyšší hodnoty ve všech doménách kvality života.

Tabulka 4:
Porovnání průměrných skóre domén klientů v metadonové léčbě podle pohlaví

		Muži	N	Ženy	N
Dom 1	Fyzické zdraví	13,29	71	14,03	29
Dom 2	Prožívání	12,33	71	13,41	29
Dom 3	Sociální vztahy	12,88	71	14,16	29
Dom 4	Prostředí	12,75	71	12,59	29

Grafické znázornění průměrných skóre jednotlivých domén u mužů a žen



Graf ukazuje na rozdíl mezi hodnocením kvality života žen a mužů. Ženy zde mají kromě domény životních podmínek vyšší hodnoty ve všech oblastech. Především v oblasti sociálních vztahů je hodnocení žen odlišné, od mužů se v této oblasti liší o 1,28. V oblasti prožívání tento rozdíl činí 1,08.

4.6. Interpretace výsledků

Zjištěné informace ve výzkumu o klientech metadonové substituční léčby zhodnotím a dám do kontextu se skutečnostmi, které o cílové skupině vím. V této podkapitole také ověřím stanovené hypotézy a na základě výsledků výzkumu určím jejich platnost. Pro větší přehlednost jsem tak interpretaci výsledků rozdělila do několika částí podle zkoumané oblasti. Výsledky výzkumu interpretuji s přihlédnutím ke specifickým klientů, která jsem přiblížila v poslední kapitole teoretické části práce a na základě vlastních zkušeností z práce s klienty.

4.6.1. Kvalita života klientů v porovnání s běžnou populací

Na základě výsledků výzkumu je patrné, že kvalita života klientů v metadonové substituční léčbě je celkově oproti populační normě snížena ve všech doménách minimálně o jeden stupeň. To je s největší pravděpodobností dáno specifiky klientů v metadonové léčbě, a to především diagnózou závislosti, která je pro klienty metadonové substituce oproti běžné společnosti hendikepem. Vzhledem k tomu, že se diagnostikovaná závislost u klientů promítá do všech oblastí jejich života, vykazují klienti ve výzkumu nižší hodnoty v každé oblasti. Ve všech hodnocených doménách se tak pohybují v mírně snížené kvalitě života.⁴⁷ Rozdíl mezi běžnou populací a klienty metadonové substituční léčby je nejvíce 2 a to v doméně prožívání a fyzického zdraví. Ostatní domény již nevykazují tak markantní odlišnosti od normy. To považuji ze svého pohledu za dobrý výsledek, protože nižší hodnoty jsem u klientů čekala, jen jsem si nebyla jistá celkovým rozdílem oproti běžné populaci. To že se celkové hodnoty nedostaly pod průměr deset, tedy špatnou kvalitu života, vnímám pozitivně. Také hodnocení první otázky, která se přímo ptá na hodnocení kvality života, je v porovnání s běžnou populací poměrně vysoká. Průměr celé skupiny je 3,18 tedy pouze o 0,72 méně než u běžné populace.

⁴⁷ DRAGOMIRECKÁ, 2006, s. 42

V doméně fyzického zdraví klienti dosáhli jako skupina průměru 13,48. To je o dva méně než u běžné populace. Ukazuje to na dopady diagnózy závislosti na zdraví klientů. Také samotná metadonová substituční léčba má svoje specifika, která mohou klientům způsobovat nepříjemné fyzické projevy. O účincích metadonu jsem se již zmiňovala v teoretické části, proto není s podivem, že nižší hodnoty v doméně fyzického zdraví vykazovali především klienti, kteří v léčbě jsou maximálně tři roky. V tomto období se může jednat především o počáteční projevy nevolnosti a ustálení dávky metadonu na potřebnou hladinu. Také se začínají projevovat přidružené zdravotní problémy, které dříve nebyly léčeny. Nejnižší hodnocení z oblasti fyzického zdraví má otázka 3. Bolest a nepříjemné pocity a otázka 4. Závislost na lékařské péči. Obě otázky se od běžné populace liší téměř o 2, ostatní oblasti se liší maximálně o rozdíl 1. Největší rozdíl zde udává otázka 16. Spánek. Přestože rozdíl není natolik markantní jako u otázky 3 a 4, lze zde zaznamenat vyšší nespokojenost než v jiných oblastech. Problémy se spánkem udávají klienti také při individuálních konzultacích. Může to souviset se samotnými účinky metadonu, nelze však opomenout také změnu návyků a možnou souvislost se zvyky během drogové kariéry, které se v těle obtížně změní. Během drogové kariéry je rozhozený pravidelný biorytmus těla a to i po několik let. Neexistuje denní režim, kromě režimu, který se přizpůsobuje droze. To můžou být důvody obtížného zavedení pravidelného režimu.

Nejvíce se blížila normě otázka 15. Pohyblivost, kde byl rozdíl mezi běžnou populací a klienty metadonové substituční léčby pouze 0,20. To je dobrá zpráva, protože to značí, že obtíže klientů s dolními končetinami,⁴⁸ se kterými velmi často do léčby přichází, během léčby ustupují. Z výsledků domény fyzického zdraví lze usuzovat, že se zde hodně odrazila samotná účast klientů v léčbě. Také jejich vnímání závislosti na lékařské péči koresponduje se skutečností, že opravdu jsou v tuto chvíli plně závislí na metadonové substituční léčbě, která jim velkou měrou zasahuje do běžného života.

Hodnota domény prožívání vyšla za celou skupinu klientů v metadonové substituční léčbě 12,60. To je o 2,18 rozdíl oproti běžné populaci. Tato oblast celkově u klientů vyšla hodnocena nejhůře, přestože jednotlivé oblasti prožívání klienti hodnotili

⁴⁸ Jedná se o častý jev u dlouhodobých intravenózních toxikomanů, kdy dochází ke zhoršení krevního oběhu a vzniku bérceových vředů, případně ucpání žíly kvůli špatnému průtoku krve

maximálně s rozdílem 1. Nejblíže průměru byla otázka 11. Přijetí tělesného vzhledu, která se lišila od průměrné populace pouze o 0,18. Tento výsledek si vysvětlují několika možnými interpretacemi. Je zde možnost, že klienti v době metadonové substituční léčby nemají dostatek času sami na sebe, aby se mohli věnovat svým vzhledovým nedostatkům a zabývat se jimi. Na rozdíl od léčby v terapeutické komunitě, kde klienti otázku vlastního vzhledu často řeší, jsou klienti v substituční léčbě spíše směřováni, aby se zapojili do běžného života, což sebou nese spoustu povinností. Také je věkový průměr klientů v metadonové substituční léčbě vyšší, než v běžné terapeutické komunitě. Proto mohou mít tito klienti již problémy s vlastním vzhledem vyřešení, nebo pro ně zkrátka nejsou aktuální. Také otázka 6, která se zajímala o smysl života, byla hodnocena s rozdílem 0,68. Takový výsledek je možné vnímat za velmi dobrý, v porovnání s výpověďmi klientů, kteří do léčby vstupují.

Celkově snížené hodnoty v oblasti prožívání u klientů v metadonové substituční léčbě může do jisté míry souviset s fyzickým zdravím. Klienti na základě bolestí a strádání výrazněji pociťují únavu a nespokojenost. Zároveň je to však dané i přirozeným nastavením a temperamentem, který směřuje prožívání k pozitivnímu či negativnímu ladění.

Doména sociálních vztahů se od běžné populace u klientů v metadonové substituční léčbě liší o 1,78. Největší rozdíl oproti běžné populaci výběrový soubor vykazoval v otázce 20. osobní vztahy a otázce 22. podpora přátel. Rozdíl v otázce 20. byl o 0,52 a v otázce 22. o 0,48. Obě nejhůře hodnocené otázky se úzce dotýkají problematiky klientů s diagnózou závislosti v léčbě. Klienti přátele jen těžko nalézají v bezdrogovém prostředí, často mají většinu známých z dob drogové kariéry a těžko navazují nové vztahy. Důležité jsou v tomto období pracovní vztahy, které klienty učí novým mezilidským situacím. S nedostatkem sociálních kontaktů a osobních vztahů se klienti konfrontují často a možnosti řešení jsou téměř vždy v rukou jednotlivců.

Poslední doména hodnotící oblast prostředí je také nejlépe hodnocenou oblastí ze všech 4 domén. Rozdíl mezi klienty a běžnou populací je zde pouze 0,59. Také hodnocení jednotlivých otázek jsou o poznání příznivější, než tomu bylo v předchozích oblastech života. Otázka 25. zjišťující spokojenost s dopravou byla dokonce hodnocena nadprůměrně oproti běžné populaci. Klienti v metadonové substituční léčbě otázku hodnotili o 0,20 lépe, než běžná populace. Také otázka 9 je hodnocena o 0,35 lépe, než

je hodnocení běžné populace. Zajímavá je otázka 12., zjišťující finanční situaci klientů. Tato otázka se liší od běžné populace pouze o 0,52, což je překvapivý výsledek. V této otázce jsem očekávala oproti běžné populaci viditelnější propad, především z důvodu nízkých příjmů klientů a nízké vzdělanosti mezi klienty v metadonové substituční léčbě obecně. Na výsledky poslední hodnocené domény mají z mého pohledu vliv osobní zkušenosti a zážitky z drogové kariéry klientů. Když srovnávají problémy s dopravou a životním prostředím nyní a s tím, jak dříve žili, může se jim realita jevit lépe a to se odráží i na výsledném hodnocení.

4.6.2. Kvalita života a délka docházení do substituční metadonové léčby

Na základě výzkumného šetření bylo zjištěno, že délka docházení do metadonové substituční léčby má vliv na hodnocení kvality života klientů. Znamená to tedy, že je jedním z dalších faktorů, které ovlivňují celkové hodnocení kvality života u klientů v léčbě. Z výsledků výzkumu je patrné, že skupina klientů, která dochází do léčby maximálně tři roky, má oproti dlouholetým klientům sniženy hodnoty ve všech doménách kvality života. Tato skutečnost je dána s největší pravděpodobností nedostatečnou stabilizovaností ve všech oblastech života a problémy spojenými s přechodem do metadonové substituční léčby. Skupina klientů docházejících maximálně tři roky do léčby nejhůře hodnotí doménu prožívání, kde rozdíl oproti běžné populaci je 3,35. Pohybují se tak na hranici velmi snížené kvality života. Oproti tomu údaj o doméně fyzického zdraví není v porovnání s dlouholetými klienty tak rozdílný. Průměrná hodnota 13,2 se dále zvyšuje podle délky docházení do substituční metadonové léčby, při docházení déle než 10 let se však rapidně snižuje na 12,85, tedy nižší hodnotu, než kterou udávali klienti, kteří dochází do léčby 1 – 3 roky.

Doména fyzického zdraví je však velkou měrou ovlivněna také věkem klientů. Ten je u klientů, kteří jsou v léčbě maximálně 3 roky, průměrně 33,5 oproti klientům, kteří jsou v léčbě déle než 10 let. Ti vykazují věkový průměr 39, 15. Z toho usuzuji, že nižší hodnoty u domény fyzického zdraví mohou být do jisté míry u klientů v léčbě déle než 10 let zapříčiněny věkem.

Nejlépe hodnotí podle výsledků výzkumu svoji kvalitu života klienti, kteří dochází do metadonové substituční léčby 7 – 9 let. V jejich hodnocení se ukazují hodnoty vyšší, než je populační norma, což je velmi zajímavé. Tato skupina klientů je pravděpodobně v léčbě nejvíce stabilizovaná, naučila se zvládat svoje denní povinnosti a vytvořila si denní režim, který je schopna obstojně dodržovat. Odpovídá to také realitě v metadonové substituční léčbě, kde se klienti docházející více než 5 let zdají být nejlépe adaptovaní. Mezi těmito klienty se nachází většina těch, kterým se podařilo najít legální zaměstnání na běžném trhu práce, a prakticky nepotřebují mnoho pomoci od návazných služeb, které jsou v metadonové substituční léčbě k dispozici. Doména sociálních vztahů dosáhla mezi touto skupinou vysokých hodnot, dokonce převyšuje populační normu o 0,62 a spadá tak mezi mírně zvýšenou kvalitu života. Po dlouholeté léčbě se jim podaří vytvořit si bezpečné prostředí a mezilidské vztahy, které je naplňují a uspokojují. Také často zakládají rodiny, nebo vychovávají děti, které jim dávají smysl života.

Vyšší hodnoty kvality života ve všech doménách podle délky v metadonové substituční léčbě se obecně shodují se skutečností, že delší léčba drogové závislosti má větší dopad na kvalitu života klienta. Zajímavostí je však významné snížení hodnocení u klientů, kteří jsou v léčbě déle než 10 let. Takový propad jsem nečekala a vysvětluji si to tím, na co jsem narazila již v praxi. Tito klienti po celkové stabilizaci a urovnání svých záležitostí zažívají pocit, že docházení do léčby pro ně ztrácí smysl a očekávají od svého života více. Navíc již tolik nesrovnávají svůj současný stav s životem na drogách, protože od něj mají velký časový odstup. Hodnotí tedy současný stav především ve srovnání s běžnou populací, kde logicky narážejí na rozdílnosti. Tito klienti také často sami neuvažují o možnosti úplné abstinence, protože si uvědomují, že po více jak 10 letech v léčbě by to pro ně bylo velmi náročné a obávají se toho. Nemají před sebou tedy možný výhled budoucí abstinence, jak je tomu častěji u klientů, kteří jsou v léčbě kratší dobu.

4.6.3. Hodnocení kvality života u mužů a žen

Výsledky výzkumu přinesly zjištění, že existuje rozdíl mezi hodnocením kvality života u mužů a žen. Podle výsledků hodnotily ženy svoji kvalitu života ve všech doménách kvality života lépe než muži, a to s viditelným rozdílem. Tato skutečnost může ukazovat, že jsou ženy se svým životem více spokojeny než muži. Důvody takového výsledku můžeme ale hledat také v celkovém nastavení prožívání u mužů a žen. Z výsledků jednoznačně nevyplývá, že by na tom byly ženy objektivně lépe ve svém životě, nebo že by měly lepší podmínky pro dosažení vyšší kvality života. Vyšší hodnocení může tedy znamenat také pozitivnější nastavení vůči vlastnímu životu.

Další možností, jak interpretovat výsledky výzkumu je podpora rodiny a okolí. Ženy hodnotily oproti mužům tuto doménu nejlépe ze všech čtyř, což potvrzuje možnost, že jsou ženy v metadonové substituční léčbě lépe podpořeny v rámci sociálních a rodinných vztahů. V praxi se mi potvrdilo, že jen malé procento všech žen jsou bez partnera nebo podpory rodiny. Je tomu tak možná proto, že se rodina častěji než u mužů znovu rozhodne nabídnout jim pomocnou ruku, protože jsou vnímány jako slabší. Také partnera, od kterého mohou očekávat pomoc při finančním zabezpečení rodiny a domácnosti, si pravděpodobně hledají ženy snáze. Mám však zkušenost také s negativním působením partnerských vztahů na fyzické zdraví a prožívání žen v metadonové substituční léčbě. Proto nemůže být souvislost mezi vyššími hodnotami v jednotlivých oblastech jednoznačně přisuzována většímu množství sociálních a rodinných vztahů.

V praxi rozdíl mezi hodnocením kvality života a objektivní kvalitou života podle pohlaví nebyly zaznamenány, nebo nebyly patrné.

4.6.4. Ověření stanovených hypotéz

H1 Klienti, kteří jsou v metadonové substituční léčbě méně než 3 roky, budou hodnotit kvalitu svého života hůře, než dlouhodobí klienti metadonové substituční léčby.

Hypotéza se potvrdila.

H2 Kvalita života klientů, kteří jsou na metadonové substituční léčbě 10 let a více, nebude kvalitativně lepší než u klientů, kteří dochází 3 a více let.

Hypotéza se potvrdila.

H3 U klientů docházejících 10 a více let budou hodnoty jednotlivých domén života nižší, než u klientů docházejících na metadonovou substituční léčbu 3 a více let.

Hypotéza se potvrdila.

H4 Hodnocení kvality života u mužů a žen bude kvalitativně podobné.

Hypotéza se nepotvrdila.

H5 Celková kvalita života klientů v metadonové substituční léčbě bude v jednotlivých doménách nižší při srovnání s populační normou.

Hypotéza se potvrdila.

4.7. Diskuse

Kvantitativní výzkum zaměřený na kvalitu života klientů v metadonové substituční léčbě přinesl informace o cílové skupině, které odpovídají na stanovené hypotézy a dají se aplikovat také v praxi. Než se zmíním o užitečnosti a možnosti využití celého výzkumu, je potřeba věnovat pozornost potenciálním chybám a nepřesnostem, které se mohly ve výzkumu zobrazit. Největší riziko, které u výzkumu vnímám, je přesnost zodpovězených otázek a jejich věrohodnost. Výběrový vzorek klientů vyplňoval dotazníky samostatně, na základě pokynů. Klienti byli o způsobu vyplňování poučeni a bylo jim umožněno, aby případné otázky k dotazníku konzultovali. Řada z nich nabídky využila, ale přesto je zde jistá pravděpodobnost, že všechny dotazníky nebyly vyplněny pečlivě. Někteří klienti mohli cítit potřebu vyplnit dotazník rychle, a snadno pak mohli špatně pochopit přesný význam otázky, nebo nad ní nestrávili dostatek času pro hlubší pochopení. Aby výzkum předešel těmto nesrovnalostem, měl být veden formou individuálního rozhovoru s klientem. Tato možnost však z časových důvodů nebyla realizovaná, vyžadovalo by to delší časový interval pro celý výzkum a také volné prostory, kde by se rozhovory mohly konat. Za plné účasti centra metadonové substituce a podpory vedení by však bylo možné šetření takto uskutečnit. Další možnou nepřesností je rozdělení klientů do skupin podle délky docházení do metadonové substituční léčby. Rozdělení je pouze orientační, aby se nemusely jednotlivé skupiny porovnávat po 1 roce léčby. Proto se časový interval související s léčbou a kvalitou života může u každého klienta projevovat individuálně. Pro svůj výzkum jsem zvolila interval 3 let, který pro mě byl pro další srovnávání nejpříjemnější. Výsledky však nezobrazují individuální vývoj klienta, který se může od prezentované skupiny lišit.

Prezentovaný výzkum kvality života klientů v metadonové substituční léčbě pomocí dotazníku WHOQOL – BREF je svým provedením v ČR ojedinělý. Existují podobné výzkumy zjišťující účinnost léčby a její dopad na život klientů v metadonové substituční léčbě. Jedná se však většinou o zahraniční výzkumy, které nejčastěji iniciuje Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti. Výzkum v oblasti kvality života s důrazem na subjektivní hodnocení klientů metadonové substituční léčby

není v ČR běžný. Nejvíce se blíží cíli výzkumu šetření belgického týmu v Gentu, který formou longitudinální studie zjišťoval kvalitu života klientů v metadonové substituční léčbě. Výsledky výzkumu přinesly obdobné zjištění, že s délkou docházení do léčby se také zvyšuje subjektivně prožívaná kvalita života klientů. Belgický výzkum také zmapoval mnohem podrobněji oblast prožívání klientů, což dotazníková forma WHOQOL – BREF učinila pouze rámcově. Longitudinální výzkum kvality života klientů by bylo vhodné aplikovat také v českém prostředí, protože by to umožnilo sledovat jednu skupinu klientů po delší časový interval a tím by výzkum zaručil přesnější výsledky v individuálním hodnocení jedinců. Zároveň by bylo dobré použít pro další měření kvality života kombinovanou metodu šetření, která by zahrnovala také kvalitativní výzkum. Tak by se získalo větší množství dat o klientech, které kvantitativní šetření neumožňuje zjistit. Klienti metadonové substituční léčby jsou navíc v porovnání s běžnou populací specifickou skupinou, proto by bylo do budoucna vhodné aplikovat výzkum, který se bude více zaměřovat na specifika cílové skupiny.

Pro praktické využití jsou výsledky výzkumu z mého pohledu zajímavé především v oblasti péče o klienty, kteří jsou na metadonové substituční léčbě déle než 10 let. Tato skupina klientů je často v léčbě neprávem opomíjena, protože jsou považováni za stabilizované a pracuje se s nimi z toho důvodu méně na jejich potřebách a očekávání. U této skupiny vnímám zvýšenou potřebu najít další uplatnění a možnosti realizace v životě, které pravděpodobně po dlouhodobém docházení do léčby nenacházejí. Pracovníkům zařízení to zároveň otevírá otázku, kterým směrem by se léčba měla ubírat a jaký si stanovuje cíl, pokud se zaměří na klienta jako uživatele služby. V oblasti prevence a ochrany veřejného zdraví má léčba otázky již mnohokrát zodpovězené. Nyní je však potřeba zamyslet se nad tím, jaké možnosti léčba nabízí dlouholetým klientům zařízení a jedincům v léčbě. Proto vnímám jako potřebné věnovat se dále výzkumům, které se budou více zaměřovat na potřeby a očekávání klientů v léčbě, aby na to mohla zařízení efektivněji reagovat a pokusit se na otázku cíle léčby pomocí klientů odpovědět. Výzkum kvality života by pak mohl být cestou, jak průběžně monitorovat vnímání klientů při dílčích změnách v jejich životě.

5. Závěr

Svojí prací jsem chtěla poukázat na problematiku současného poskytování metadonové substituční léčby a zaměřit se více na potřeby klientů, kteří do léčby docházejí.

Na metadonovou substituční léčbu je možné pohlížet z dvou odlišných úhlů pohledu, kterými je prospěch pro společnost a prospěch pro klienta samotného. Vybraný úhel pohledu rovněž určuje, co je cílem služby a jakým směrem by se služba měla ubírat. První přístup se snaží minimalizovat dopady na společnost způsobené drogovou kariérou jednotlivce a chránit ji před šířením infekčních chorob. Pokud se zaměříme na klienta jako individuum a budeme mu pomáhat při dosažení vyšší kvality života a subjektivně lepšího prožívání, budeme mluvit o druhém přístupu. Přitom oba pohledy na metadonovou substituční léčbu jsou stejně důležité a měly by se vzájemně doplňovat. Pokud se však při aplikaci léčby zaměříme primárně na užitek pro společnost, můžeme se dostat k službám, které budou oslovovat velké množství klientů, ale nebudou dostatečně kvalitní. Kvalitní služba v tomto kontextu znamená službu, která se stará o potřeby svých klientů a snaží se kontinuálně a cíleně zvyšovat kvalitu jejich života.

Metadonová substituční léčba jako Harm Reduction strategie je potřebná a důležitá, zároveň by však neměla být upřednostňovaným cílem. Cílem by stále mělo být zvyšování kvality života jedince, podle jeho představ a jeho potřeb. Pokud by to mělo znamenat nalezení nových možností pro klienta v udržovací léčbě, potom je právě to tím správným krokem. Pokud má však klient o léčbě pochybnosti a uvažuje o dlouhodobé abstinenci, měla by se léčba přizpůsobit klientovým požadavkům a pomoci mu tuto cestu zpřístupnit. Objektívni zvyšování kvality života klientů na metadonové substituční léčbě spočívá v první řadě v tom, že je stabilizujeme v oblasti užívání nelegálních drog. Je však potřeba přihlídnout také k subjektivnímu zvyšování kvality života klientů, které se odvíjí podle specifika každého klienta a více reaguje na individuální potřeby jednotlivců.

6. Seznam použité literatury a informačních zdrojů

About methadone and buprenorphine. Vyd. 2. New York: Drug Policy Alliance, 2006. 39 s. IBSN: 1-930517-27-0

BEER, M. Dominic, PEREIRA, Stephen, M., PLATON, Carol. *Intenzivní péče v psychiatrii*. Praha : Grada, 2005. 296 s. IBSN: 80-247-6363-7.

CARPENTIER, Pieter J., Paul F. M. KRABBE, Mijke T. VAN GOGH, Lieke J. M. KNAPEN, Jan K. BUITELAAR a Cor A. J. DE JONG. Psychiatric Comorbidity Reduces Quality of Life in Chronic Methadone Maintained Patients. *American Journal on Addictions*. 2009, roč. 18, č. 6, s. 470-480. ISSN 10550496. DOI: 10.3109/10550490903205652.

Standardy kvality sociálních služeb; výkladový slovník pro poskytovatele. Praha : MPSV, 2008. 188 s.

DE MAEYER, Jessica, Wouter VANDERPLASSCHEN, Laura CAMFIELD, Stijn VANHEULE, Bernard SABBE a Eric BROEKAERT. A good quality of life under the influence of methadone: A qualitative study among opiate-dependent individuals. *International Journal of Nursing Studies*. 2011, roč. 48, č. 10, s. 1244-1257. ISSN 00207489.

DRAGOMIRECKÁ, Eva a BARTOŇOVÁ, Jitka. *WHOQOL-BREF. WHOQOL-100, Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha : Psychiatrické centrum Praha. 88 s. IBSN: 978-80-8512-182-7

DUŠEK, Karel a VEČEŘOVÁ – PROCHÁZKOVÁ, Alena. *První pomoc v psychiatrii*. Praha : Grada, 2005. 170 s. IBSN: 80-247-0197-9.

DŽUKA, Josef. *Psychologické dimenzie kvality života*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešově, 2004. 519 s. ISBN: 80-8068-282-8

Stav drogové problematiky v Evropě. Výroční zpráva. Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost. Lucemburk : Úřad pro publikace Evropské unie, 2012. 108 s. ISBN: 978-92-9168-534-9

FERJENČÍK, Ján. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. 2. Vyd. Praha : Portál, 2010. 255 s. ISBN: 978-80-7367-815-9

GOSSOP, Michael. *Léčba problémů spojených se zneužíváním drog – důkazy o účinnosti*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2009. 106 s. ISBN: 978-80-87041-81-9

GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha : Grada, 2011. 233 s. ISBN: 978-80-247-362-5-9.

HEŘMANOVÁ, Eva. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: Sociologické nakladatelství SLON, 2012. 239 s. ISBN: 978-80-7419-106-0

HNILICOVÁ, Helena a kol. *Kvalita života*. Sborník příspěvků z konference, konané dne 24. 10. 2004 v Třeboni. Kostelec nad Černými lesy : Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. 124 s. ISBN: 80-86625-20-6.

HRDINA, Radomír: *Farmakologický slovník*. Praha : Maxdorf, 1997. 410 s. ISBN: 978-80-247-1411-0

JANÍK, Alojz; DUŠEK, Karel. *Drogy a společnost*. Praha: Avicenum, 1990. 344 s. IBSN 80-201-0087-3

KALINA Kamil., a kol. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: o.s. FILIA NOVA, 2001. 118 s. ISBN: 80-238-8014-4

KALINA Kamil., a kol. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, 2008. 392 s. ISBN 978-80-247-1411-0

KALINA, Kamil., a kol. *Drogy a drogové závislosti 1. : Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 320 s. ISBN: 80-86734-05-6

KALINA, Kamil., a kol. *Drogy a drogové závislosti 2. : Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 397 s. ISBN: 80-86734-05-6

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Garda, 2002, 198 s. ISBN 80- 247-0179-0.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001, 279 s. ISBN 80-7178-551-2.

Mezinárodní klasifikace nemocí: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. Mezinárodní zdravotnická organizace. 2. Vyd. Přeložil Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Praha : Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2011. IBSN: 978-80-904259-0-3.

NOŽINA, Miroslav. *Svět drog v Čechách*. Praha : KLP, 1997. 348 s. IBSN 80-85917-36-X

PONIZOVSKY, Alexander M. a Alexander GRINSHPOON. Quality of Life Among Heroin Users on Buprenorphine versus Methadone Maintenance. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*. 2007, roč. 33, č. 5, s. 631-642. ISSN 00952990.

PRESTON, Andrew.: *Drogy na předpis II: Vše o metadonu*. Olomouc : Votobia, 1999. ISBN : 154 s. 80-7198-383-7

PUNCH, F. Keith.: *Základy kvantitativního šetření: příručka pro studenty*. Praha: Portál, 2008. 152 s., ISBN: 978-80-7367-381-9

RIDDER, MICHAEL. *Heroin: Od léku k droze*. Praha: Argo, 2002. 236 s. IBSN: 80-7203-441-3

ROTGERS, Frederick. *Léčba drogových závislostí*. Praha : Grada, 1999. 260 s. IBSN: 80-7169-836-9.

TYLER, A.: *Drogy v ulicích*. Překl. Praha : Ivo Železný, 2000. 426 s. IBSN: 80-237-3606-X

VESTER, Annette; BUNING, Ernst. *Informace pro tvůrce drogové politiky*. 2. Vyd. Praha : Úřad vlády ČR, 2004. 38 s. IBSN 80-86734-32-3

ZÁBRANSKÝ, T.: *Racionální protidrogová politika*. Olomouc : Votobia 1997. 119 s. IBSN: 80-7198-250-4

ZICH, František. *Úvod do sociologického výzkumu*. Praha: Eupress, 2004. 115 s. IBSN: 80-867554-19-7

Elektronické dokumenty:

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, in : www.drogy-info.cz

Informační centrum OSN v Praze, in : www.osn.cz

KOOYMAN, Martien. *Success and limitations of methadone and drug free treatment*. Paper presented at the National Conference on Drug Abuse Treatment and Rehabilitation, Sofia, May 13, 2006,

in : <http://www.ncn-bg.org/docs/activities/sucdef.pdf>, vyhledáno dne 15. 4. 2013

Zákon o sociálních službách [online], Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2009, in : http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf, vyhledáno dne 21. 6. 2013

7. Přílohy

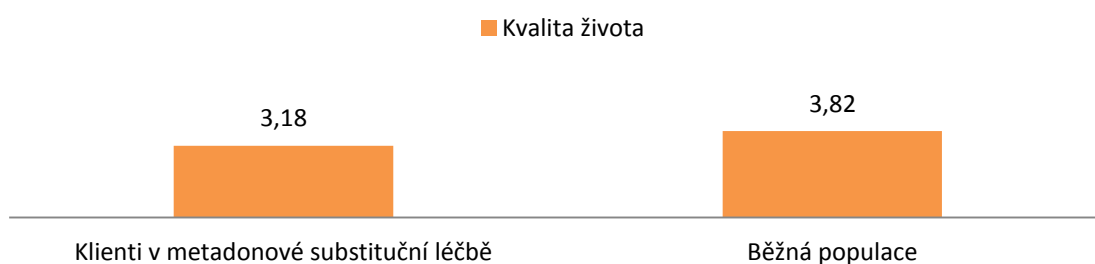
Příloha 1

Grafické znázornění výsledků u jednotlivých otázek

Grafické znázornění průměrných skóre položek běžné populace a klientů v metadonové substituční léčbě

Graf 1:

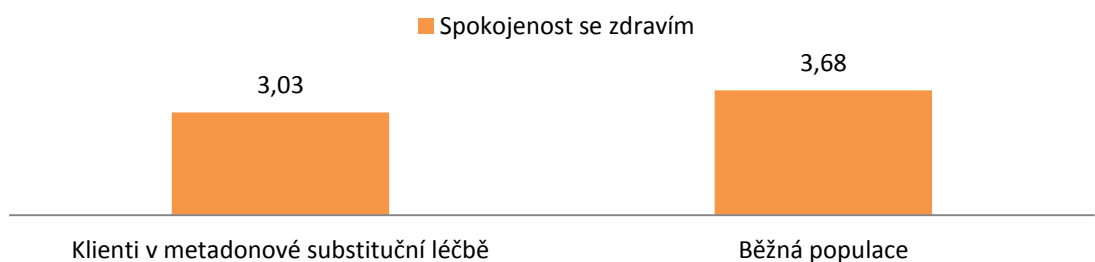
Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?



Otázka zjišťující celkové hodnocení kvality života respondentů. Její vyhodnocení je prováděno zvlášť, nezapočítává se do žádné domény kvality života. V celkovém hodnocení kvality života si podle této otázky klienti v metadonové substituční léčbě nestojí jako skupina tak špatně v porovnání s běžnou populací. Celkový rozdíl činí 0,64.

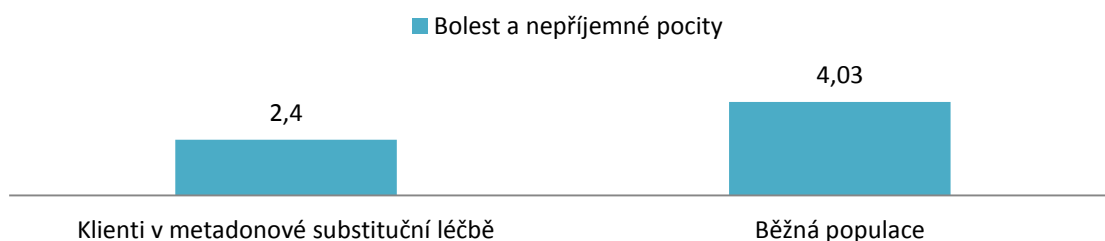
Graf 2:

Jak jste spokojen/a se svým zdravím?



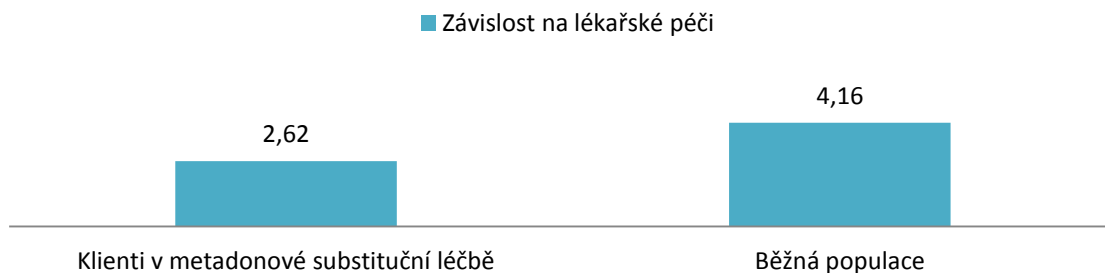
Další otázka, která se vyhodnocuje v celkovém výsledku zvlášť. Nepatří tedy do žádné z domén kvality života, které si stanovuje WHOQOL – BREF. I zde nejde o markantní rozdíl v porovnání s běžnou populací. Rozdíl je 0,65.

Graf 3:
Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?



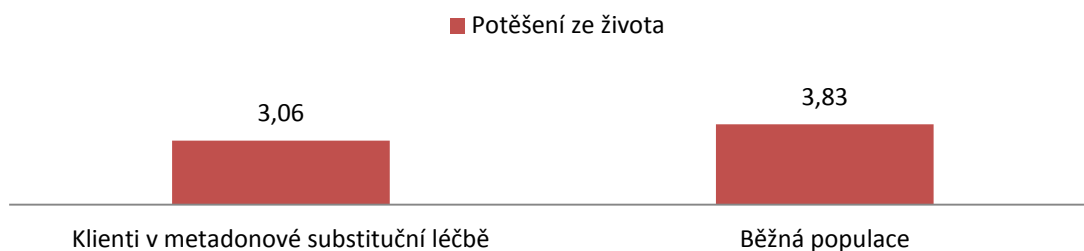
Tato otázka je součástí domény fyzického zdraví. V porovnání s běžnou populací je zde rozdíl 2, což je poměrně o polovinu nižší hodnota kvality života.

Graf 4:
Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?



Otázka je také součástí domény fyzického zdraví. Opět je zde patrný velký rozdíl oproti běžné populaci. Celkový rozdíl je 1,54.

Graf 5:
Jak moc Vás těší život?



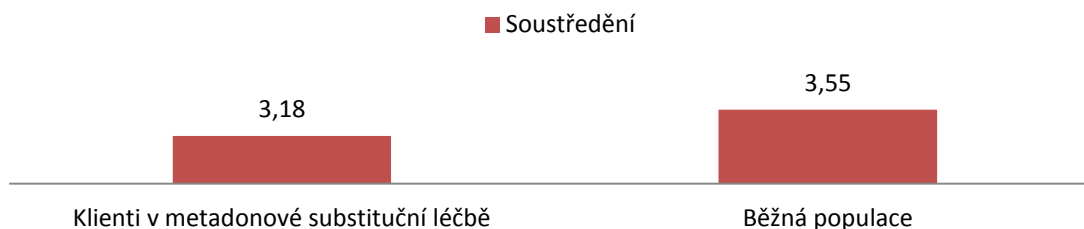
Otázka patří do domény prožívání. Rozdíl mezi běžnou populací a klienty metadonové substituční léčby je 0,77. To je velký rozdíl a ukazuje to na problematiku hodnocení celkového potěšení ze života mezi klienty v metadonové substituční léčbě.

Graf 6:
Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?



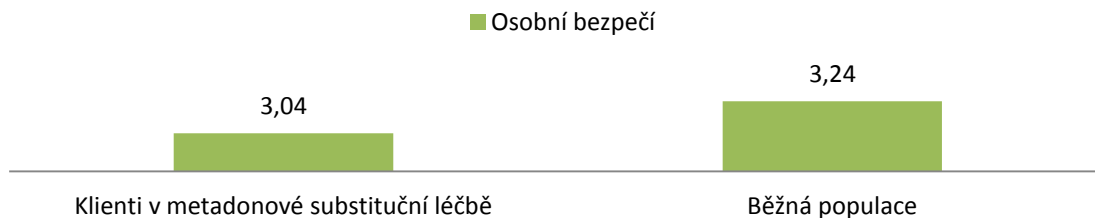
Otázka 6 vykazuje rozdíl 0,68 o který se klienti v metadonové substituční léčbě liší od běžné populace. Takový rozdíl je již významný v celkovém hodnocení jednotlivých otázek.

Graf 7:
Jak se dokážete soustředit?



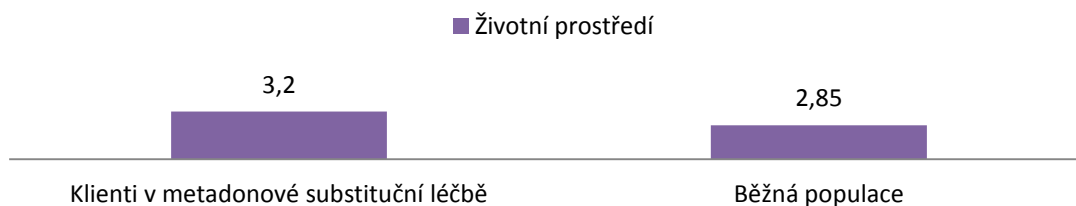
V otázce soustředění klienti v metadonové substituční léčbě hodnotili celkově svoji situaci o 0,37 hůře, než běžná populace.

Graf 8:
Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?



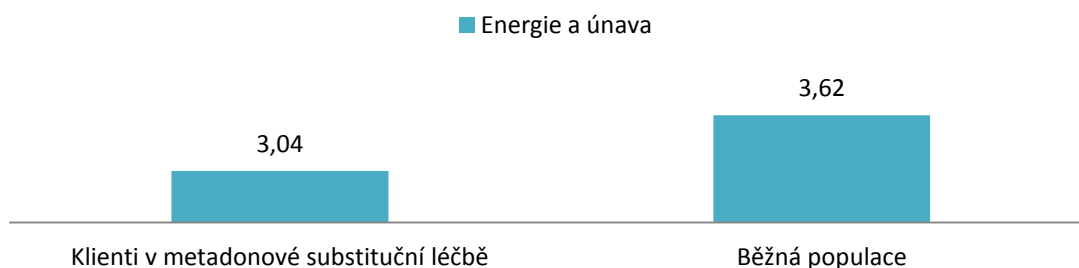
Otázka 8 ukazuje na nižší hodnocení u klientů v metadonové substituční léčbě s porovnáním s běžnou populací. Rozdíl však není natolik velký, jedná se o 0,20.

Graf 9:
Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?



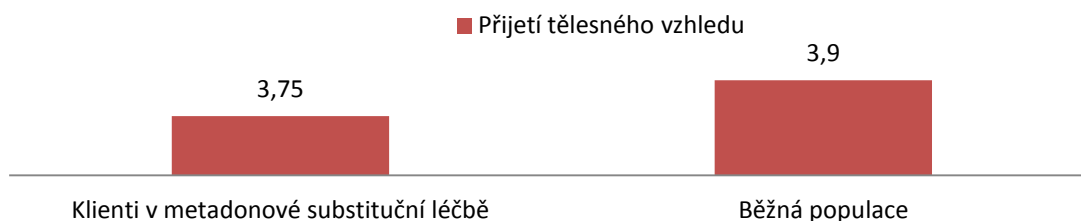
Otázka 9 ukazuje na nižší hodnocení u klientů v metadonové substituční léčbě. Tato otázka ukazuje na vyšší hodnocení u skupiny klientů v metadonové substituční léčbě, což je v porovnání s dalšími otázkami ojedinělé. Rozdíl je 0,35.

Graf 10:
Jak Máte dost energie pro každodenní život?



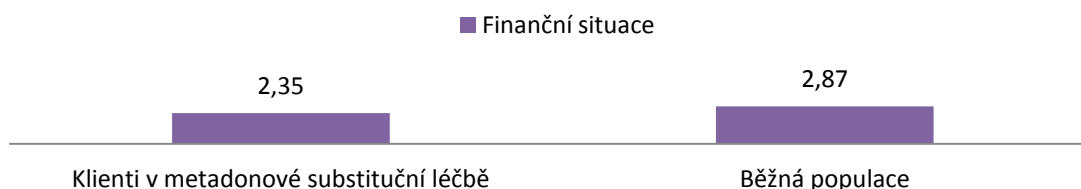
Otázka z domény fyzického zdraví se ptá na subjektivní hodnocení energie a únavy v životě klientů. Zde je zaznamenán větší propad u skupiny klientů v metadonové substituční léčbě s rozdílem 0,58.

Graf 11:
Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?



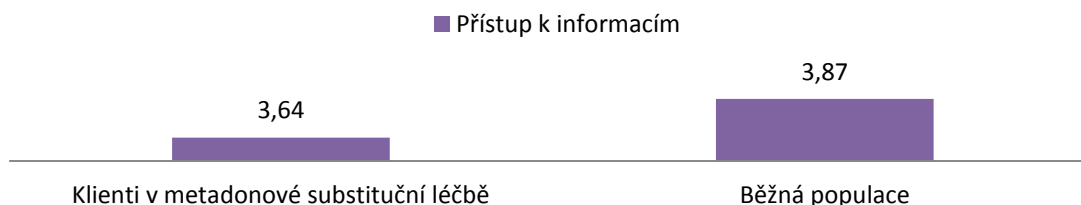
Tato otázka ukazuje nižší hodnocení opět u skupiny klientů v metadonové substituční léčbě. Rozdíl je 0,25, což není v celkovém srovnání s ostatními oblastmi významný propad.

Graf 12:
Máte dost peněz k uspokojování svých potřeb?



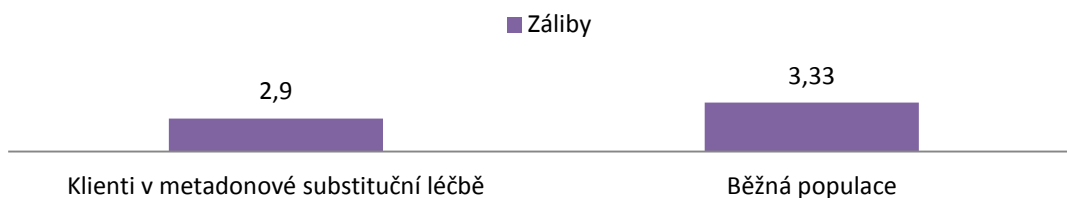
V otázce zaměřené na finanční situaci klientů byl rozdíl v porovnání s běžnou populací viditelný, o celých 0,52.

Graf 13:
Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?



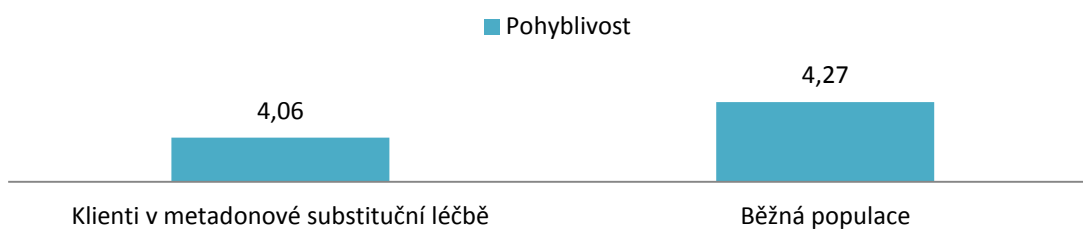
Podle celkových výsledků hodnotí klienti otázku 13 o 0,23 hůře, než běžná populace. Takový rozdíl není významný pro další závěry výzkumu.

Graf 14:
Máte možnost věnovat se svým zálibám?



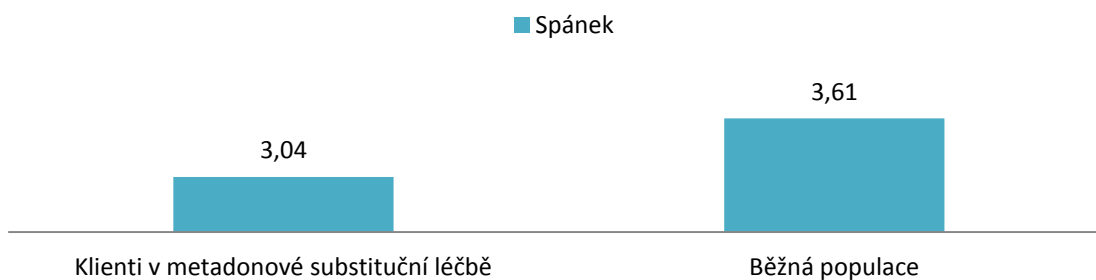
Otázka z domény životního prostředí. Klienti ji ohodnotili o 0,42 hůře, než běžná populace. Z toho vyplývá zvýšený pocit klientů, že nemají možnost věnovat se svým zálibám.

Graf 15:
Jak se dokážete pohybovat?



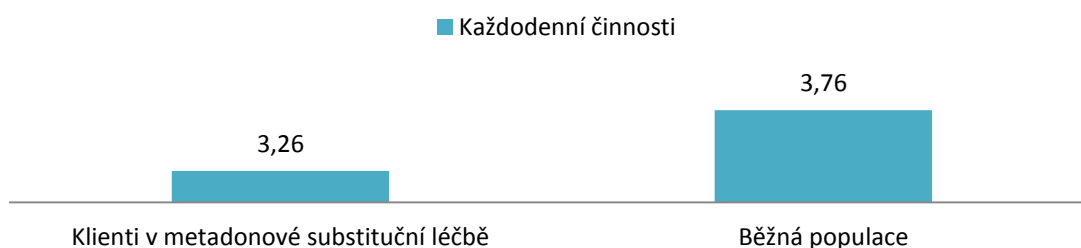
Tato otázka se významně neliší v rozdílu hodnocení obou skupin. Klienti v metadonové substituční léčbě ji hodnotí o 0,21 hůře, než běžná populace.

Graf 16:
Jak jste spokojen/a se svým spánkem?



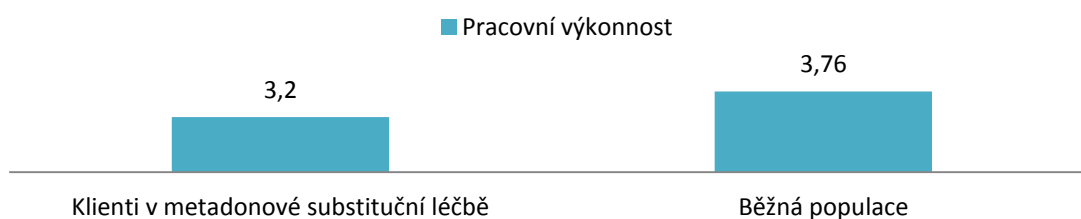
U otázky 16 udávají klienti v metadonové substituční léčbě spokojenost o 0,57 nižší, než jak je tomu u běžné populace.

Graf 17:
Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?



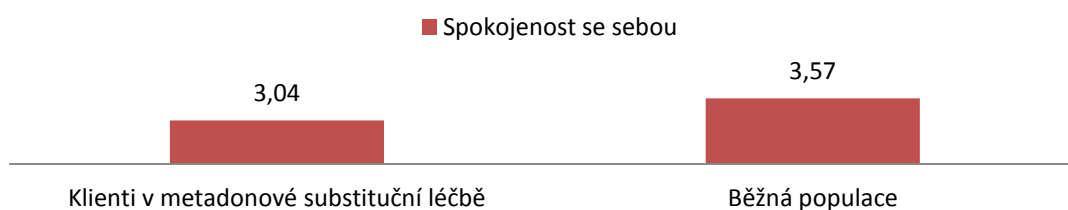
Otázka patří do domény fyzického zdraví. Rozdíl mezi běžnou populací a klienty v metadonové substituční léčbě je 0,50.

Graf 18:
Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?



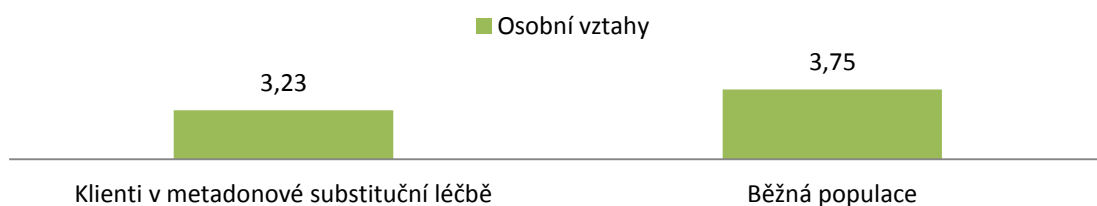
Otázka patří do domény fyzického zdraví. Klienti v metadonové substituční léčbě tuto oblast života hodnotí o 0,56 hůře, než běžná populace.

Graf 19:
Jak jste spokojen/a sám/a se sebou?



Otázka patří do domény prožívání. Rozdíl mezi běžnou populací a klienty v metadonové substituční léčbě je 0,53 s horším výsledkem pro klienty v metadonové substituci.

Graf 20:
Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?



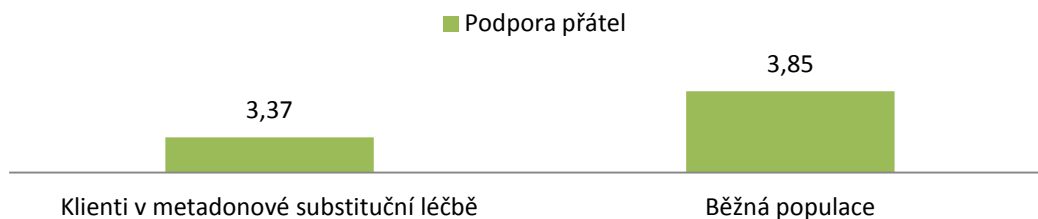
Otázka patří do domény sociálních vztahů. Klienti v metadonové substituční léčbě ji celkově hodnotí o 0,52 hůře, než běžná populace. To už je znatelný rozdíl.

Graf 21:
Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?



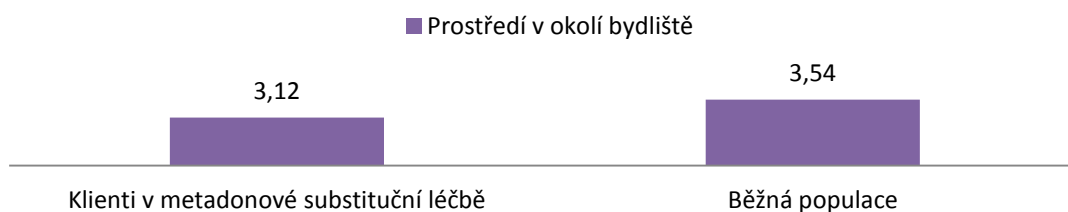
Spokojenost se svým sexuálním životem hodnotí klienti v metadonové substituci o 0,35 hůře, než běžná populace.

Graf 22:
Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?



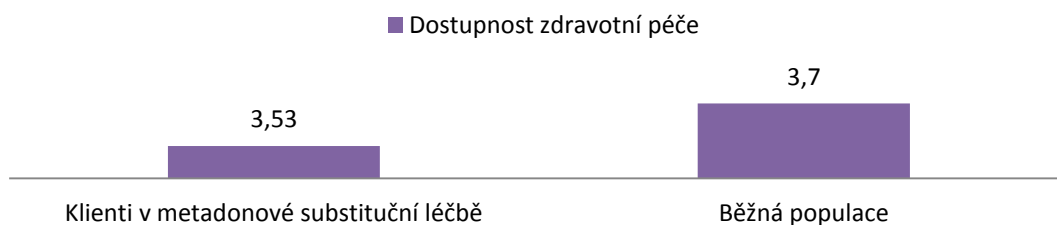
U otázky 22 je hodnocení klientů v metadonové substituční léčbě o 0,48 nižší, než u běžné populace. To ukazuje na pocit nedostatečnosti v rámci vnímání poskytované podpory.

Graf 23:
Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?



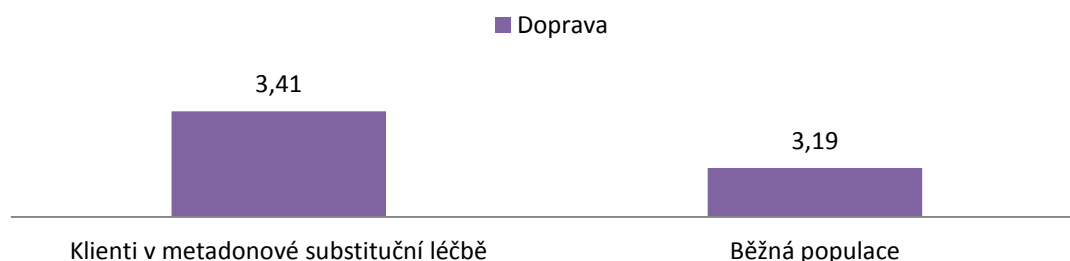
Celková spokojenost s podmínkami v místě, kde klienti metadonové substituční léčby žijí je o 0,42 nižší, než u běžné populace.

Graf 24:
Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?



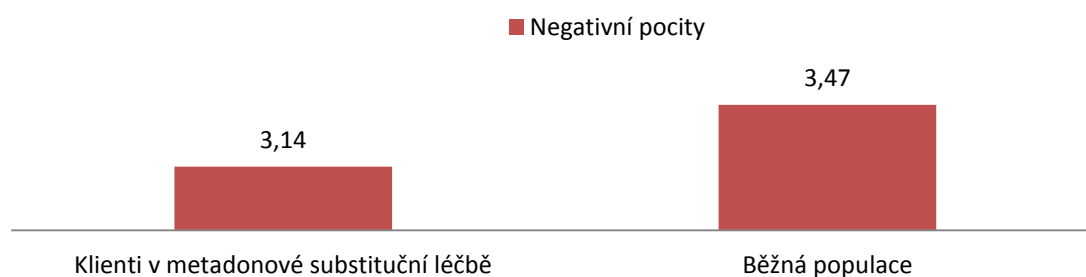
Otázka 24 ukazuje na rozdíl mezi vnímáním spokojenosti s dostupností zdravotní péče mezi klienty v metadonové substituční léčbě a běžnou populací. Rozdíl je 0,17.

Graf 25:
Jak jste spokojen/a s dopravou?



Otázka z domény životního prostředí, která jasně ukazuje na fakt, že klienti v metadonové substituční léčbě hodnotí o 0,22 lépe dopravní spoje a obslužnost, než je tomu u běžné populace.

Graf 26:
Jak často prožíváte negativní pocity, jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?



Poslední otázka se zaměřuje na frekvenci negativních pocitů v životě klientů. Rozdíl hodnocení mezi klienty metadonové substituční léčby a běžné populace nepoměrně malý, 0,27.

Legenda

- Oranžová – samostatné otázky
- Modrá – doména fyzické zdraví
- Červená – doména prožívání
- Zelená – doména sociální vztahy
- Fialová – doména životní prostředí

Příloha 2

Dotazník Kvalita života WHOQOL - BREF

KVALITA ŽIVOTA DOTAZNÍK SVĚTOVÉ ZDRAVOTNICKÉ ORGANIZACE WHOQOL - BREF (krátká verze)

INSTRUKCE

Tento dotazník zjišťuje, jak vnímáte kvalitu svého života, zdraví a ostatních životních oblastí. **Odpovězte laskavě na všechny otázky.** Pokud si nejste jist/a, jak na nějakou otázku odpovědět, **vyberte prosím odpověď**, která se Vám zdá nejvhodnější. Často to bývá to, co Vás napadne první.

Berte přitom v úvahu, jak běžně žijete, své plány, radosti a starosti. Ptáme se Vás na Váš život za **poslední dva týdny**. Máme tedy na mysli poslední dva týdny, když se Vás zeptáme např.:

Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?	vůbec ne 1	trochu 2	středně 3	hodně ④	maximálně 5
---	---------------	-------------	--------------	------------	----------------

Máte zakroužkovat číslo, které nejlépe odpovídá tomu, kolik pomoci se Vám od ostatních dostávalo během posledních dvou týdnů. Pokud se Vám dostávalo od ostatních hodně podpory, zakroužkoval/a byste tedy číslo 4.

Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?	vůbec ne ①	trochu 2	středně 3	hodně 4	maximálně 5
---	---------------	-------------	--------------	------------	----------------

Pokud se Vám v posledních dvou týdnech nedostávalo od ostatních žádné pomoci, kterou potřebujete, zakroužkoval/a byste číslo 1.

Nyní prosím, otočte papír a začněte vyplňovat.

Přečtěte si laskavě každou otázku, zhodnoťte své pocity a zakroužkujte u každé otázky to číslo stupnice, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď.

1. Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?	velmi špatná	špatná	ani špatná ani dobrá	dobrá	velmi dobrá
	1	2	3	4	5

2. Jak jste spokojen/a se svým zdravím?	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a, ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, **jak moc** jste během posledních dvou týdnů prožíval/a určité věci.

	vůbec ne	Trochu	středně	hodně	maximálně
3. Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?	1	2	3	4	5
4. Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?	1	2	3	4	5
5. Jak moc Vás těší život?	1	2	3	4	5
6. Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?	1	2	3	4	5
7. Jak se dokážete soustředit?	1	2	3	4	5
8. Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?	1	2	3	4	5
9. Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, **v jakém rozsahu** jste dělal/a nebo mohl/a provádět určité činnosti v posledních dvou týdnech.

	vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
10. Máte dost energie pro každodenní život?	1	2	3	4	5
11. Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?	1	2	3	4	5
12. Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?	1	2	3	4	5
13. Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?	1	2	3	4	5
14. Máte možnost věnovat se svým zálibám?	1	2	3	4	5

15. Jak se dokážete pohybovat?	velmi špatně	špatně	ani špatně, ani dobře	dobře	velmi dobře
	1	2	3	4	5

Další otázky se zaměřují na to, jak jste byl/a **šťastný/á nebo spokojený/á** s různými oblastmi svého života v posledních dvou týdnech.

	Velmi nespokojen/a	Nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	Spokojen/a	Velmi spokojen/a
16. Jak jste spokojen/a se svým spánkem?	1	2	3	4	5
17. Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?	1	2	3	4	5
18. Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?	1	2	3	4	5
19. Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?	1	2	3	4	5
20. Jak jste spokojen/a se svým osobními vztahy?	1	2	3	4	5
21. Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?	1	2	3	4	5
22. Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?	1	2	3	4	5
23. Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?	1	2	3	4	5
24. Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?	1	2	3	4	5
25. Jak jste spokojen/a s dopravou?	1	2	3	4	5

Následující otázka se týká toho, **jak často** jste prožíval/a určité věci během posledních dvou týdnů.

26. Jak často prožíváte negativní pocity, jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost, deprese?	nikdy	někdy	středně	celkem často	neustále
	1	2	3	4	5

OSOBNÍ ÚDAJE - SLOUŽÍCÍ KE STATISTICKÉMU ZPRACOVÁNÍ

Prosím zakroužkujte vhodnou variantu, případně vypište

Pohlaví: muž žena

Datum narození: _____ (den, měsíc, rok)

Nejvyšší ukončené vzdělání:

základní
střední bez maturity
střední s maturitou
vyšší odborné
vysokoškolské

Rodinný stav:

Svobodný/a bez aktuální známosti
Svobodný/a ve vztahu
Ženatý/vdaná
Registrované partnerství
Žiji odděleně, ale ženatý/vdaná
Rozvedený/á
Ovdovělý/á

Jak dlouho docházíte na metadonovou substituční léčbu?

Máte nějaké připomínky k dotazníku?

DĚKUJEME VÁM ZA SPOLUPRÁCI

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE:

Jméno a příjmení autora/ky: Barbora Lahodová

Studijní program: Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Kvalita života klientů v metadonové substituční léčbě

Počet stran (bez příloh): 70

Celkový počet stran příloh: 14

Počet titulů české literatury a pramenů: 28

Počet zahraniční literatury a pramenů: 4

Počet internetových odkazů: 5

Vedoucí práce: Mgr. Martin Prokeš

Rok dokončení práce: 2013

EVIDENČNÍ LIST KNIHOVNY

Souhlasím s tím, aby moje diplomová práce byla využívána ke studijním účelům.

Praha, dne

.....

Podpis studenta

Uživatel/ka potvrzuji svým podpisem, že pokud tuto diplomovou práci využiji ve své práci, uvedu ji v seznamu literatury a budu ji řádně citovat jako jakýkoliv jiný pramen:

Jméno, příjmení	Adresa	Datum	Podpis

**Posudek vedoucího diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: Barbora Lahodová

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Kvalita života klientů v metadonové substituční léčbě

Oponent práce: Mgr Martin Prokeš

VEDOUcí

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 70

Počet stránek příloh: 14

Počet titulů v seznamu literatury: 51

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Oborová přiléhavost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	x			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	x			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	x			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	x			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

	x			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	x			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	x			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost
výsledků v praxi

	x			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce
(publikace, referáty, apod.)

	x			
--	---	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Kde plánujete otisknout závěry práce, popřípadě celou studii?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Práci není, podle mého mnoho co vytknout, je na výborné úrovni.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: výborně



Datum, podpis: 10.9.2013
Prokeš

**Posudek oponentky diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Barbora Lahodová

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Kvalita života klientů v metadonové substituční léčbě

Oponentka práce: Mgr. Zuzana Janotková

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 70

Počet stránek příloh: 14

Počet titulů v seznamu literatury: 37

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Oborová příléhavost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		x		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

		x		
--	--	---	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

		x		
--	--	---	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

		x		
--	--	---	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

--	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

	x			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	x			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	x			
--	---	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výběrně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost
výsledků v praxi

	x			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce
(publikace, referáty, apod.)

		x		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Jak vnímáte jako odborný pracovník v dané oblasti „závislost na metadonové léčbě?“

U jakých klientů by jste uvažovala o ukončení metadonové léčby a přechod k úplné abstinenci v souvislosti s kvalitou jejich života?

Jaký je podle Vás náhled odborných pracovníků na kvalitu života klientů na substituci /metadon/?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Studentka se ve své diplomové práci věnuje tématu „Kvalita života klientů v metadonové substituční léčbě“.

V teoretické části práce je návazně v kapitolách jasně popsána problematika substituční léčby pro závislé na opioidech a specifika metadonové substituční léčby. Třetí kapitola pojednává o „kvalitě života“ z různých aspektů v návaznosti k danému tématu.

V práci je znám porozumění odborné terminologii a jasnou orientaci studentky v daném odborném zaměření.

Práce je čtivá, srozumitelná a obsahově hodně zajímavá. Za malý nedostatek práce považuji stylistické a pravopisné vyjadřování, co ale nesnižuje odbornou kvalitu dané práce.

Ve výzkumné části práce studentka formou kvantitativní dotazníkové metody hodnotila spokojenost klientů v metadonové substituční léčbě se svojí kvalitou života. Oceňuji výběr tématu k výzkumu, výběr výzkumné metody – dotazníku WHOQOL-BREF, který je svým provedením v ČR ojedinělý, vysoký počet respondentů. Interpretace zajímavých výsledků by si zasloužila lepší přehlednost a systematičnost.

Celkově vnímám diplomovou práci za velmi zdařilou a doporučuji k obhajobě.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: výborně

Datum, podpis: 4.9.2013

