

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky

# SOCIÁLNÍ STATUS KLIENTŮ PRAŽSKÝCH CENTER METADONOVÉ SUBSTITUCE



## Bakalářská práce

Autor: **Eliška Vavrušová, DiS.**

Vedoucí práce: **MUDr. Jakub Minařík**

Datum předložení:

Praha

### **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucímu práce, MUDr. Jakobovi Minaříkovi, za vedení bakalářské práce a také za jeho podporu a cenné poznámky.

Dále také panu PhDr. Josefu Radimeckému Ph.D., MSc., za konzultace týkající se sociálního statusu.

Poděkování patří též jednotlivým metadonovým programům, kde jsem mohla rozdat své dotazníky a kde jsem získala i některé podklady k práci.

Rovněž patří můj dík rodině za podporu a pomoc při studiu. Děkuji také svému příteli za jeho velkou trpělivost, jak při studiu, tak i při psaní bakalářské práce.

Autor práce: **Eliška Vavrušová, DiS.**

Vedoucí práce: **MUDr. Jakub Minařík**

Oponent práce:

Datum obhajoby: **23. červen 2011**

Hodnocení:

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

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

V Praze 27. května 2011

Eliška Vavrušová

## Obsah

1	Úvod .....	8
2	Sociální status.....	10
2.1	Sociální status neuživatelů návykových látek (většinová společnost).....	11
2.2	Sociální status závislých uživatelů drog .....	13
3	Opioidy – opiáty .....	14
3.1	Mechanismus účinku.....	14
3.2	Účinky .....	15
3.2.1	Somatické účinky .....	15
3.2.2	Subjektivní účinky .....	17
3.3	Akutní intoxikace.....	17
3.4	Chronický abusus.....	17
3.5	Rizika .....	18
3.5.1	Rizika společná pro užívání drog obecně .....	18
3.5.2	Specifická rizika opioidů/opiátů .....	18
3.6	Způsoby aplikace .....	18
3.7	Odvykací stav .....	18
3.8	Závislost na opiátech.....	19
4	Metadon .....	20
4.1	Historie .....	20
4.2	Farmakologie.....	20
4.3	Způsoby užívání.....	21
4.4	Účinky .....	21
4.5	Odvykací stav .....	21
5	Substituční léčba.....	22
5.1	Co je substituční léčba?.....	22
5.2	Cíle substituční léčby .....	23
5.3	Typy substituční léčby .....	24
5.4	Důvod indikace substituční léčby .....	24
5.5	Postup léčby.....	25
5.6	Průběžné hodnocení léčby.....	26
5.7	Ukončení léčby .....	26
6	Metadonové programy v Praze .....	27
6.1	Centra metadonové substituce Drop In I a II .....	27
6.1.1	Kdo může vstoupit do programu.....	27

6.1.2	Průběh léčby .....	27
6.1.3	Ukončení léčby .....	30
6.1.4	Pravidla.....	30
6.2	Psychiatrická léčebna Apolinář – Metadonový program .....	30
6.2.1	Kdo může vstoupit do programu.....	31
6.2.2	Průběh léčby .....	31
6.2.3	Povinnosti klientů.....	32
6.2.4	Ukončení léčby .....	32
6.2.5	Pravidla.....	33
6.3	Remedis.....	35
6.3.1	Zahájení léčby .....	35
6.3.2	Průběh léčby .....	36
6.3.3	Ukončení léčby .....	36
7	Cíl práce a hypotézy .....	37
8	Popis metodologického rámce a metod .....	38
8.1	Teoretická část bakalářské práce .....	38
8.2	Praktická část bakalářské práce .....	38
8.2.1	Metody výzkumu .....	38
8.2.2	Cílová populace.....	38
8.2.3	Výběrový soubor.....	38
8.2.4	Metody zpracování a analýzy dat.....	39
9	Výsledky .....	40
9.1	Škálové hodnoty .....	40
9.2	Sociální status .....	53
10	Diskuse a závěr.....	55
11	Použitá literatura.....	59
12	Přílohy.....	62
12.1	Příloha č. 1 - DOTAZNÍK.....	62
12.2	Příloha č. 2 – METODIKA VYHODNOCOVÁNÍ .....	64
12.3	Příloha č. 3 – SOCIÁLNÍ STATUS ZÍSKANÝ: .....	66
12.4	Příloha č. 4 – SEZNAM TABULEK A GRAFŮ .....	67

## **Abstrakt**

Práce se zabývá sociální statusem pražských metadonových programů celkově, ale také i statusem klientů jednotlivých metadonových programů a jejich vztahem k celkovému sociálnímu statusu pražských metadonových programů.

Cílem této práce je zmapovat sociální postavení klientů pražských center metadonové substituce. Toto je zkoumáno pomocí kvantitativního výzkumu - formou dotazníků.

V teoretické části jsou shrnuty poznatky z literatury týkající se dané problematiky. Konkrétně se jedná o vysvětlení pojmu sociální status, definování opiátů/opioidů a závislosti na nich a popsání látky metadon, metadonové substituce a přiblížení jednotlivých pražských substitučních center.

V praktické části je vyhodnocen dotazník. Dotazník je vyhodnocován v tabulkách a posléze převáděn do tzv. škálové hodnoty. Práce obsahuje zhodnocení statusů jednotlivých metadonových programů i sociálního statusu všech center obecně.

*Klíčová slova:* SOCIÁLNÍ STATUS - OPIÁTY/OPIOIDY - METDON - SUBSTITUČNÍ LÉČBA - METADONOVÉ PROGRAMY V PRAZE

## **Abstract**

The thesis deals with social status of Prague methadone treatment programs overall as well as on clients of single methadone programs and their relation to the total social status of Prague methadone programs.

The main aim of this thesis is mapped social position of Prague methadone treatment centers clients. This is examined by quantitative research - in questionnaire.

In the theoretical part is summarized knowledge from literature dealing with this issues. Specifically there are definition of social status, opiates/opioids and dependence on them as well methadone, methadone treatment and single Prague methadone treatment centers.

In practical part is evaluated questionnaire. Questionnaire is evaluated in tables and than transferred to "scale-value". Thesis contains evaluation statuses of single methadone programs and evaluation of general social status of all methadone programs in Prague.

*Keywords:* SOCIA STATUS – OPIATES/OPIOIDES – METHADONVE – METHADONE TREATMENT – METHADONE TREATMENT PROGRAMS IN PRAGUE

# 1 Úvod

Počet zařízení poskytujících substituční léčbu je rok od roku vyšší, například v roce 2008 bylo registrováno pouze 38 zařízení a následující rok, tedy v roce 2009 bylo registrováno již 72 zařízení. Tato čísla se vztahují pouze k zařízením registrovaným a tedy aktivně hlásícím počet osob v substituční léčbě dle konkrétní substituční látky do Národního registru uživatelů lékářsky indikovaných substitučních látek (NRULIS). (Nechanská et al. in Mravčík et al., 2010)

Velký rozvoj těchto center souvisí s vysokou poptávkou, která pravděpodobně ještě vzroste, z důvodu stárnutí drogové populace, pro kterou je se vzrůstajícím věkem stále těžší podstoupit plně abstinenci zaměřenou léčbu, ale též pro určitou „pohodlnost“ a „volnost“ pro klienty.

I pro tento „raketový“ rozvoj substitučních center je toto téma stále více zajímavé a hlavně aktuální.

Ač jsou substituční programy na vzestupu, v České republice je minimum literatury věnující se této problematice, na výzkumy týkající se substitučních programů nerazíme pouze sporadicky.

Z výše popsaných důvodů se domnívám, že má práce bude na tomto poli určitě přínosná, jak pro laickou veřejnost, aby lépe poznala pražské substituční programy a jejich klienty, ale hlavně také pro odbornou veřejnost a samotné metadonové programy, které budou mít větší přehled o svých klientech, jejich životech a sociálních statusech, na které se mohou následně více zaměřit.

Největší inspiraci pro napsání této práce jsem načerpala v době vykonávání profese sociální pracovníce v organizaci Drop in v Centru metadonové substituce II (CMS II) a poté při absolvování stáže v Centru metadonové substituce Apolinář. Zde jsem poznala klienty a jejich životní příběhy a samotnou mne zpočátku překvapovalo, že substituční léčbu navštěvují i klienti, kteří na první pohled nevypadají, že kdy byli drogově závislí. Další pro mě překvapující skutečností bylo, že tito klienti často vlastní nemovitosti, auta, jezdí na dovolenou a jejich měsíční příjem činí třeba i 30 000 Kč.

Bohužel jsem se také přesvědčila (jak u laické a někdy i u odborné veřejnosti), že metadonová substituce stále není brána jako rovnocenná terapie vůči léčbě plně abstinenci orientované, tedy k léčbě, která si klade za cíl dosažení diagnózy dle MKN 10 F11.20 (syndrom závislosti



na opioidech - momentálně abstinující) a to i přes to, že klient v metadonové substituci je diagnostikován jako F11.22, tzn.. závislost na opioidech - klient v současnosti abstinuje v klinicky kontrolovaném udržovacím nebo náhražkovém režimu. (Světová zdravotnická organizace, 2009)

Cílem této práce je zmapovat sociální status klientů pražských center metadonové substituce (metadonových programů). Sociální status bude zkoumán jak obecně u všech metadonových programů v Praze, tak i jednotlivě v každém centru zvlášť a posléze bude porovnán s celkovým průměrem. Tímto budou získány informace nejenom o klientech substitučních center v Praze obecně, ale též o jednotlivých metadonových programech.

Práce je postavena na kvantitativním výzkumu realizovaném formou mnou vytvořeného dotazníku.

Metadonové programy, kterých se tento výzkum týká, jsou čtyři, dvě spadají pod nestátní neziskovou organizaci Drop In a jsou to Centrum metadonové substituce I a Centrum metadonové substituce II, další samostatná centra jsou Metadonový program Apolinář a Metadonový program v Remedisu. První tři zmíněná centra jsou velikostí vzorku respondentů srovnatelné, avšak skupina klientů z Remedisu obsahuje pouze 3 respondenty, což není reprezentativní vzorek, přesto je do své práce zahrnuji kvůli dodržení celkového průměru a také pro ilustraci.

Výzkum je aplikován na 70% klientů jednotlivých center, pouze v Remedisu, z důvodu malého počtu klientů je to na 100% .

Celkový počet respondentů je 203, z toho je 70 žen a 133 mužů. Dotazník odevzdalo pouze 195 klientů, kdy 66 respondentů byly ženy a 129 respondentů muži.

Co se týče teoretické části bakalářské práce, ta obsahuje definování významných pojmů týkajících se tohoto tématu, tzn. definování sociálního statusu, popsání opioidů/opiátů, dále se věnuje samotné závislosti na opiátech/opioidech, metadonu, metadonové substituce obecně a v neposlední řadě také jednotlivým metadonovým centrům.

## 2 Sociální status

Samotný pojem je obecněji zařazován do tzv. sociální stratifikace. Sociální stratifikace je charakteristický znak každé společnosti. Je zřejmé, že společnost netvoří a ani nemůže tvořit homogenní celek. Každá společnost je vnitřně rozdělena do určitých vrstev. Každá z vrstev má odstupňovaný podíl na statcích, jež jsou ve společnosti ceněny a jsou považovány za nedostatkové nebo prestižní. (Keller, 1992)

„Podle Maxe Webera (1922, in Jandourek, 2008, s. 175) je stratifikace založena na třech faktorech: „vlastnictví, prestiži a moci. Vlastnictví znamená nejen materiální statky nějakého člověka, ale také jeho životní šance. Pokud má totiž někdo bohatství, je schopen řídit a ovlivňovat životy druhých. Prestiž znamená úctu a dobrou pověst. Moc znamená, že někdo může druhé donutit jednat tak, jak on chce. K tomu není vždy nutné vlastnit bohatství. Ten, kdo se podílí na vládní moci, nemusí být ještě bohatý.

Společnosti mohou být organizovány v hierarchickém systému moci různým způsobem. Takový způsob je například právě sociální status.“

Status mínící pozici člověka ve společnosti či v nějaké skupině se v sociologii objevuje od poloviny 30. let 20. století. Sociální status definoval poprvé Max Weber, samotný název převzal z historie středověkých stavů, kdy německé slovo stand znamená stav i status. (Mucha, 2004)

Definice tohoto pojmu se od té doby lehce pozměnila, nejdůležitěji dle mého názoru sociální status definuje Keller (1992, s. 176), dle něj je sociální status: „Pozice, kterou určitý člověk zaujímá vzhledem ke druhým lidem v rámci daného sociálního systému.“

Status určuje práva a povinnosti svého držitele vůči druhým lidem a společnosti. Z toho vyplývá, že také určuje, jaké chování budou druzí očekávat od držitele statusu v různých situacích. Proto je status základem sociálních rolí, které jsou naopak jeho dynamickým aspektem. Což znamená, že oba pojmy se vzájemně ovlivňují a dalo by se říci, že až dokonce potencují.

Sociální status je ve všech společnostech distribuován hierarchicky. Ten nejvyšší status je vždy přisuzován pouze omezenému počtu lidí. V současné moderní společnosti je sociální status ovlivněn zejména dosaženým vzděláním, příjmem, vlastnictvím, sociálním oceněním vykonávané profese, podílem na moci a rozhodování a dalšími faktory.

Status samotný určuje styl života a to, jaké bude mít jedinec kontakty a známosti a jaké bude jejich navazování – toto zpětně status potvrzuje, zpochybňuje, či zvyšuje.

Nějaký status náleží každému členu každé společnosti. Na sociální status se dá nahlížet z několika možných pohledů, proto se také dále člení na několik „podstatusů“:

### **Připsaný/askriptivní**

Tento status člověku náleží i bez jeho jakékoliv aktivity – do této skupiny patří například: věk, pohlaví, etnický původ atd., dále se sem dá také zařadit příslušnost ke kastě, v našich podmínkách tedy spíše příslušnost k určité sociální vrstvě vlivem rodiny, prostředí apod. – obecně se sem řadí vlastnosti, které většinou nemůže jedinec vlastním úsilím ovlivnit.

### **Získaný**

Tento status lze nabýt vlastní iniciativou – patří sem například profese, vzdělání, příjem, míra popularity apod. (Reichel, 2004)

Dále také lze rozlišovat statusy **aktuální** (souvisí s rolí, která je momentálně vykonávána), **latentní** (ten nemá pro danou situaci bezprostřední význam), statusy **subjektivní** (to, jak se člověk hodnotí) a **objektivní** (tzn., jak je hodnocen ostatními). V různém období mohou být pro status určující některé vlastnosti, jako například fyzická síla, řečové schopnosti, schopnosti tržní, vědomostní nebo také členství ve vlivných či naopak problémových skupinách. (Keller, 1992)

Z těchto definovaných podskupin se tato práce bude s větší pravděpodobností zabývat tzv. sociálním statusem získaným, kterému je věnován i můj kvantitativní výzkum.

Při měření takového statusu je potřeba vytvořit škály. Při vypracovávání výsledků se však často od klasického měření ustupuje a status je obecně označován jako vysoký či nízký. (Novotná, 2008)

Obecně mají vysoký status například právníci, lékaři, ale také stále více zpěváci a herci. Naopak nízký status mají bezdomovci, uživatelé drog a prostitutky – tyto osoby také bývají častěji diskriminovány.

## **2.1 Sociální status ne uživatelů návykových látek (většinová společnost)**

Sociální status se stále mění a vyvíjí, příkladem toho je i poměrně nedávná minulost, kdy například po první světové válce, po tom, co jsme se stali nezávislou zemí, byla na území České republiky nejvíce rozšířena střední třída. Chudoba a nezaměstnanost se nejčastěji

vyskytovaly ve velkých městech, nezaměstnanost byla oproti přítomnosti paradoxně nejnižší na vesnicích.

Později v komunistickém režimu nastala radikální změna ve statusu všech lidí – jak se vládnoucí strana snažila potírat rozdíly mezi vrstvami obyvatel, tak se postupně snižovala nebo nepatrně zvyšovala životní úroveň jednotlivých skupin. Rozdíly mezi nimi se snižovaly a důsledkem toho bylo, že například plat vysokoškolsky vzdělaného lékaře a člověka se základním vzděláním byl téměř na stejné úrovni. Členové vládnoucí komunistické strany však měli určitá privilegia – bydleli v lepších bytech než většina společnosti, měli možnost nakupovat zboží, které bylo pro většinu lidí nedostupné, mohli získat devizový příslib na dovolenou do zahraničí opakovaně a častěji než ostatní, byla pro ně dostupnější koupě nového automobilu atd. Pokud občan v tomto režimu chtěl žít lépe, musel být loajální ke komunistické straně a zapojovat se aktivně do jejích politických aktivit.

Toto politické elitářství skončilo po roce 1989. Po sametové revoluci nastal velký rozkvět podnikatelské činnosti – společnost se pomalu začala stratifikovat – podnikatelé se začali mít viditelně lépe – kupovali luxusní automobily, stavěli drahé vily a ti movitější si dokonce najímali služby, chůvy a řidiče.

Na druhou stranu například důchody starobních důchodců natolik klesly, že se z nich sotva daly pokrýt životní náklady.

Na této nedávné historii je vidět, jak se společnost stále mění a vyvíjí a jak se tím mění i samotná stratifikace společnosti a sociální statusy v ní.

V dnešní době je společnost dělena na pomyslné „vrstvy“ dle různých pohledů, například:

vrstva inteligence X masa obyčejných průměrných lidí;

vrstvy dle ekonomické situace - vyšší (horních 10 tisíc) X střední X nižší (dělnická, zemědělci);

vrstvy dle prestiže – mediálně známé osobnosti X obyčejný člověk. (Salzmannz, n. d.)

Naše současná společnost je rozvrstvena velice různorodě, najdeme zde jak nezaměstnané, nevlastníci žádný větší majetek, s nižším sociálním statutem, tak pracující a vlastníci majetek (od dělníků po vysoce postavené manažery a ředitele firem).

Pracující lidé mají vždy sociální status vyšší než sociálně vyloučené skupiny, jako jsou například dlouhodobě nepracující, bezdomovci, uživatelé drog apod. Status samozřejmě také dále stoupá s prestiží zaměstnání/práce a s příjmy za vykonávané zaměstnání/práci.

Zjednodušeně řečeno ve společnosti neužívající drogy se vyskytují všechny výšky/stupně sociálního statusu a to od nízkých až po vysoké, na rozdíl od uživatelů drog, kteří většinou patří do nižších sociálních statusů – tedy vzhledem k celé společnosti patří do nižší „třídy“ (viz následující podkapitola: 2.2 Sociální status závislých uživatelů drog).

## **2.2 Sociální status závislých uživatelů drog**

Sociální status uživatelů drog je diametrálně odlišný od statusu většinové společnosti. Samozřejmě i zde se dají najít výjimky, kdy je závislý člověk na prestižním postu, má rodinu, vysoký příjem apod., ale to je opravdu jen velmi výjimečné.

Významné rozdíly v sociálních podmínkách drogových uživatelů jsou mezi uživateli různých látek odlišné, horší podmínky jsou nalézány u uživatelů opiátů a obecně u závislých uživatelů.

V naprosté většině případů je sociální status závislých uživatelů velice nízký. Socioekonomické faktory konzumentů drog zahrnují většinou pouze základní vzdělání, tito lidé často sami odcházejí nebo jsou vyloučeni ze školy, není u nich neobvyklá nezaměstnanost. Z důvodu nedokončeného nebo jen základního vzdělání většinou neseženou jinou práci než manuální, která je hůř platově ohodnocena. S nízkým příjmem je obecně spojena chudoba, na které je závislá úroveň bydlení. To je buď nedostačující, nebo v podstatě nepřítomné – bezdomovectví. Vlivem výše zmíněných faktorů je také vyšší mortalita i morbidita, včetně onemocnění přenosných injekčně.

Celkově je tedy vidět, že jejich sociální status je vzhledem ke společnosti spíše na pomyslném „dně“ a z tohoto také dále pramení častější sociální stigmatizace a diskriminace. (EMCDDA, 2003)

### 3 Opioidy – opiáty

„Opiáty jsou podskupinou opioidů, která má strukturu blízkou morfinu.“ (Minařík, 2003, s. 159)

Název těchto látek je odvozen od opia, což je vlastně zaschlá šťáva z nezralých makovic. Mezi opiáty se řadí látky, u kterých se chemická struktura blíží morfinu a které se váží v těle - především tedy v mozku na opioidní receptory. (Kolektiv autorů sdružení SANANIM, 2007)

Opiáty jsou staré jako lidstvo samo, první zmínky o nich byly již 3400 před naším letopočtem, kdy byl mák setý pěstován v dolní Mezopotámii, v tu dobu se nazýval Hul Gil nebo Jou plant a pocházel od Sumerů. (Pbs, n. d. )

Hlavními zástupci této skupiny jsou například heroin, morfin, opium atd.

#### 3.1 Mechanismus účinku

Opioidy působí na organismus prostřednictvím 4 opioidních receptorů. Mechanismus účinku je dán vazbou látky na opioidní receptory. Ty se vyskytují v celém CNS. Morfinové receptory existují v několika subtypech:

- **mi receptory** – při působení na tyto receptory, dochází k analgetickým účinkům, dále se objevuje euforie, sedace, útlum dechového centra. Tyto receptory jsou nejvýznamnější pro vznik závislosti;
- **delta receptory** – z jejich účinků je důležité vyzdvihnout, že se podílejí na analgezi;
- **kappa receptory** – také se podílejí na analgezi, navozují sedaci a dysforii (úzkost, rozmrzelost);
- **sigma receptory** – rapidně se podílejí na působení některých psychomimetik a na dysforii způsobené opioidy.

Opioidy samotné se dělí do několika skupin a to podle poměru afinity (síly vazby k receptoru) a vnitřní aktivity (efektivity, síly aktivace receptoru).

- Opioidní agonisté – obě složky mají poměrně silný vliv, tedy jak afinitu, tak i vnitřní aktivitu. Do této skupiny patří například morfin a kodein, ale také metadon.
- Opioidní antagonisté – na jedné straně mají silnou afinitu, ale nulovou vnitřní aktivitu. Jejich účinek je tedy v podstatě nulový, protože blokují receptor a tím zabraňuje účinku jiného opioidu. Nejznámějším zástupcem této skupiny je naloxon,

který se používá při předávkování opiátů. Protože naloxon nemá žádnou vnitřní aktivitu, nevyvolává rovněž útlum dýchání a nemá žádné analgetické vlastnosti.

- Částeční opioidní agonisté-antagonisté – váží se na receptory, některé však aktivují a jiné blokuje. Způsobují poměrně výraznou sedaci. Hlavními zástupci této skupiny jsou butorphanol a pentazocin.
- Částeční opioidní antagonisté (dualisté) – nejvýznamnějším zástupcem této skupiny je buprenorfin. Ten má silnou a pevnou vazbu na receptor a slabou vnitřní aktivitu. Je tedy vhodný k substituční léčbě. (Kolektiv autorů sdružení SANANIM, 2007)

## 3.2 Účinky

„Opiáty jsou látky, které svým tlumivým účinkem na CNS snižují citlivost k vnímání tělesných podnětů a schopnost na tyto podněty reagovat.“ (Atkinson, Atkinson, Smith, Bem & Nolen Hoeksema, 2003)

Opiátové látky napodobují účinek některých peptidů, které se přirozeně vyskytují v těle (např. endorfíny, enkefaliny, dynorfíny...). Tyto peptidy vyvolávají příjemné pocity – vylučují se např. při tělesné námaze, radosti, pohlavním styku apod. (Drogy-info, 2005)

Je nesporné že užívání opiátů se může odrazit i na sociálním statusu jedince, což se popsat takto: pokud se uživatel akutně intoxikuje a prožívá určité uspokojení spojené s euforií a případně slastí – je tedy spokojen, má tedy mnohem menší motivaci ke změně (zlepšení) svého sociálního statusu a nebo pak na druhou stranu prožívá li uživatel nějakou dysforii ze svého sociálního statusu a trpí tím pocity méněcennosti, tak po užití opioidu mu tyto problémy nepříjdu tolik akutní a je pravděpodobné, že si raději bude aplikovat drogu, jako úlevový mechanismus před těmito pocity než, aby tento problém nějakým způsobem řešil.

### 3.2.1 Somatické účinky

Každá z výše uvedených skupin má specifické účinky, které se liší od ostatních ve skupině. Nás však budou blíže zajímat hlavně účinky opioidních agonistů, na nich jsou účinky nejlépe viditelné a popsatelné a také proto, že se u nich se setkáváme se závislosti poměrně často.

U ostatních částečných antagonistů je efekt modifikován a to hlavně co se týče kvantity. Například u agonistů – antagonistů je efekt modifikován i co se týká kvality.

### **Celkově účinky závisí na:**

- vztahu látky k opiátovým receptorům (viz výše)
- dávce – malé dávky způsobují jen mírný útlum, někdy mohou uživatele „odbrzdít“, uživatel pak působí spíše jako veselý, mírně aktivní; střední dávky způsobují útlum a euforii; vysoké dávky uvedou člověka do bezvědomí a mohou být i smrtelné. (Kolektiv autorů sdružení SANANIM, 2007)

### **Působení na:**

#### ▪ **CNS**

Působení na CNS je převážně tlumivé. Opiáty/opioidy působí euforii, zklidnění až ospalost a potlačují percepční, lokalizační, psychickou a emocionální složku bolesti.

Vlivem na CNS dochází k útlumu dýchacího centra a díky tomu k poklesu citlivosti na dráždivý účinek acidózy a CO<sub>2</sub>. Opiáty/opioidy také tlumí centrum pro kašel. Tento účinek se využívá v léčích na kašel, avšak při podávání vysokých dávek může dojít až k zástavě dechu. Opioidy dále dráždí chemorecepční zónu pro zvracení, proto je časté, že při prvním užití opiátů/opioidů jedinec mnohdy zvrací. V neposlední řadě tyto látky vyvolávají miózu a centrálně snižují tělesnou teplotu.

#### ▪ **Krevní oběh**

Po aplikaci se rozšiřují cévy, zpomaluje se frekvence srdeční činnosti a klesá krevní tlak – krevní oběh je celkově v útlumu.

#### ▪ **Dýchání**

Jak již bylo uvedeno v účincích na CNS, opioidy/opiáty zpomalují dechovou frekvenci a snižují dechový objem. Dechový objem může být natolik zmenšen, že intoxikovaný jedinec může být až cyanotický. Vlivem opiátů je snižená ventilace plic a dochází k poklesu pohyblivosti hladkého svalstva řasinkového epitelu, což bývá příčinou častých pneumonií.

#### ▪ **Trávicí trakt**

Účinky opiátů/opioidů se zde projevují těžkou zácpou.

#### ▪ **Urogenitální systém**

Celkově je snižená produkce a retence moči, důvodem je zvýšení napětí močového měchýře. U žen dochází k vzestupu napětí dělohy a k poklesu pohyblivosti řasinkového epitelu ve vejcovodech a tím případně ke sterilitě.



- **Kůže**

Na kůži se objevuje svědění – typicky se intoxikovaný poškrabuje po celém těle. Zajímavé je, že toto se objevuje i v bezvědomí. (Minařík, 2003)

### **3.2.2 Subjektivní účinky**

Výše uvedené účinky by se s lehkou nadsázkou daly pojmenovat jako nežádoucí – myšleno v tom smyslu, že uživatel po nich primárně netouží. Naproti tomu hlavním očekávaným účinkem je celkové zklidnění a příjemná euforie, která bývá doprovázena pocitem tepla a sníženým vnímáním tělesných pocitů. Pro intoxikovaného je většina činností vnímána jako příjemná nebo k nim má indiferentní vztah. V pořadí dalšími významnými účinky, pro které mohou být opioidy primárně vyhledávány, jsou analgetické účinky. (Kalina, 2008)

### **3.3 Akutní intoxikace**

Po aplikaci látky nejprve nastupuje nevolnost, hučení v uších, pocit tepla v obličeji, svědění kůže, dýchání je povrchní, zúžení zornic přechází v konečném stádiu v rozšíření zornic, také dochází ke zvýšení všech somatických reflexů.

### **3.4 Chronický abusus**

Při chronickém abusu je postižena oblast charakterová, oproti tomu intelekt zpravidla nebývá postižen, celkově dochází k etické degradaci individua, tzn., že se dotyčný chová asociálně – páchá trestnou činnost, prostituje, žije na ulici apod. Chronický uživatel je líný, bez vůle, bez smyslu života, bez snů a idejí, také ztrácí libido a potenci, může být depresivní, pravidlem bývají děsivé hypnagogické pseudohalucinace. Může se stát, že závislost je pro něj tak významná, že je dokonce silnější, než pudy ochraňující člověka.

Dále se velice často objevuje nespavost, únava a podrážděnost střídající se s apatií. Nezdravá životospráva vede k vyhublosti - kachexii. Mnohdy také dochází k infekcím, které souvisejí s oslabením imunitního systému a nesterilní injekční aplikací drogy.

Závislost se rozvíjí velice rychle, a to již po několika týdnech případně měsících užívání. Pravidelní dlouhodobí uživatelé se postupně dostanou na dávky, které jsou mnohonásobkem smrtelné dávky pro prvouživatele.

## **3.5 Rizika**

Obecně můžeme rozdělit rizika do dvou skupin a to rizika společná pro užívání drog a rizika specifická pro určitý typ drogy. Vždy také velmi záleží na způsobu aplikace látky. U opioidů je nejrozšířenější způsob užívání nitrožilní a s tím je samozřejmě spojeno nejvíce rizik.

### **3.5.1 Rizika společná pro užívání drog obecně**

K obecným rizikům patří hlavně riziková aplikace drogy intravenózně, kde je uživatel ohrožen různými infekčními komplikacemi a to jak virového, bakteriálního nebo plísňového typu. Při sdílení injekčního materiálu existuje velké riziko ohrožení přenosnými chorobami, jako jsou žloutenky a HIV infekce.

### **3.5.2 Specifická rizika opioidů/opiátů**

U opioidů/opiátů je charakteristická malá terapeutická šíře, což znamená, že v reálu je zde malý rozdíl mezi dávkou účinnou a smrtelnou, a proto také u těchto typů látek dochází častěji k předávkování. Další z důvodů předávkování může být také pokles tolerance po detoxifikaci, ale také to, že uživatelé jsou navyklí na určitou „čistotu“ drogy a přijde -li na trh droga čistší, neodhadnou dávku a snadno se předávkují. (Minařík, 2003)

Co se týče jejich samotného účinku, tak zde představuje velké nebezpečí to, že zpomalují dechovou frekvenci a snižují dechový objem. Tyto účinky obvykle bývají významné jen při předávkování, kdy může dojít k cyanóze, ale také k úplnému respiračnímu selhání, které je nejčastější příčinou smrti. (Drogy-info, 2005)

## **3.6 Způsoby aplikace**

Opioidy se v České republice užívají převážně intravenózně. Typická je ale také aplikace intranasální, inhalace po zahřátí na hliníkové folii, kouření nebo požití per os či sublingválně u buprenorfinu.

## **3.7 Odvykací stav**

Nastupuje různě v rozmezí hodin až dní v závislosti na poločasu eliminace užívané látky. Samotné příznaky odvykacího stavu jsou přesně obrácené k efektu užití látky. Zahrnují tedy neklid, průjem, slzení, pocení, bolest břicha, nespavost, zornice jsou rozšířené, objevuje se husí kůže, rýma atd. Uživatelé sami tento stav přirovnávají ke chřipce.

Odvykací syndrom je samozřejmě individuální. V těžších případech dochází i k vzestupu tělesné teploty, nespavosti, poruchám řeči, třesům, nechutenství a dehydrataci. Vzácně dochází ke kolapsu a úmrtí. (Minařík, 2003)

### **3.8 Závislost na opiátech**

„Podle MKN-10 patří závislost na opioidech do V. kategorie – tedy Psychické a duševní poruchy, diagnóza F 11, což znamená Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním opioidy.

Hlavními diagnózami pro zvážení indikace substituční léčby jsou:

F 11.1 Škodlivé užívání

F 11.2 Syndrom závislosti

Seskupení behaviorálních, kognitivních a patofyziologických fenoménů, které se vyvinou po opakovaném užívání psychoaktivní látky. Typicky zahrnují silnou touhu získat látku, obtíže s kontrolou jejího užívání, trvalé užívání i přes nebezpečné konsekvence a dávání značné přednosti užívání látky před jinými aktivitami a povinnostmi, zvýšenou toleranci a někdy somatický odvykací stav.

Další diagnózy týkající se užívání láky a substituční léčby:

F11.22 v současnosti abstinuje v klinicky kontrolovaném udržovacím nebo náhražkovém režimu

F11.23 v současnosti abstinuje, ale je léčen averzivními nebo blokujícími látkami

F11.24 v současnosti užívá látku

F11.25 nepřetržitě užívání

F11.3 Odvykací stav

F11.4 Odvykací stav s deliriem“ (Ministerstvo zdravotnictví, 2009)

## 4 Metadon

### 4.1 Historie

Okolo objevení metadonu se vyskytuje teorie, že byl původně vynalezen pro potřeby Adolfa Hitlera kvůli nedostatku opia, jehož dodávky byly v době války přerušeny. Jedno z prvních obchodních jmen metadonu bylo Dolophine (v Německu prý dokonce Adolphine) – což mělo být odvozeno od Hitlerova křestního jména Adolf. Je však doloženo, že název Dolophine byl vytvořen až po válce americkou společností Eli-Lily a nejpravděpodobněji vznikl sloučením francouzských slov „dolor“ (bolest) a „fin“ (konec)

Samotný začátek hledání sloučeniny, která by byla hypnotická, rozpustná ve vodě, účinná jako lék, který by zpomalil činnost gastrointestinálního ústrojí a v neposlední řadě také aby byla účinným analgetikem, které by bylo nenávykové a nespadlo by pod přísnou kontrolu opiátů, se datuje k roku 1937 a spojuje se s německou firmou IG Farbenindustrie a jejími vědci Maxem Bockmühlem a Gustavem Ehrhartem. Ti poté v roce 1941 podali patentovou přihlášku k jeho registraci. Na podzim roku 1942 bylo zjištěno, že látka má analgetické i spasmolytické účinky a pod označením Amidon byla předána k dalším zkouškám armádě.

Po válce při průzkumu objevů německého farmaceutického průmyslu narazila americká špionážní služba na metadon. Po svém objevení byl nejprve využíván jako součást léků proti kašli, ale v šedesátých letech jej američtí lékaři Dole a Nyswanderová začali používat k tzv. „substituční“ léčbě závislosti na opiátech. Jako ve všech zemích i tady byly zpočátku s touto terapií problémy, když američtí tajní agenti striktně vystupovali proti takovéto léčbě. Avšak Dole a Nyswanderová se jich nezalekli a v roce 1969 je vyzvali k otevřenému utkání před soudem. Americká tajná služba se nedostavila a tudíž byli za „vítěze tohoto boje“ považováni výše zmínění lékaři a od tohoto roku byly zahájena nová forma léčby opiátových závislostí, která se postupně dostala i do dalších zemí a od roku 1997 ji používáme i v České republice. (Drogy-info, 2003)

### 4.2 Farmakologie

Metadon patří mezi syntetické opioidy, což znamená, že chemicky není odvozen od morfinu. Má sice některé stejné účinky jako morfin, avšak ne tak výrazné. Je to čistý agonista, díky mimořádně pomalému nástupu účinku doprovázenému jen minimálním pocitem euforie, má nižší potenciál závislosti než heroin. Poločas eliminace je cca 25 hodin, což umožňuje při substituční léčbě bezpečné dávkování 1x denně.

### **4.3 Způsoby užívání**

Aplikuje se nejčastěji ústy (v Čechách při legálním podávání výhradně ústy), v zahraničí se používá i injekční forma. Metadon se vyrábí pouze legálně, pro medicínské účely, prosakuje však na nelegální trh, kde je vyhledáván jako náhradní nebo doplňující droga a pro účely abstinčních pokusů. (Minařík, 2003)

Ve světě se metadon podává ve třech různých formách. V tekuté podobě per os, což je nejrozšířenější způsob, v tabletách, a od roku 1991 také v injekční podobě. (Drop In, n. d., b)

### **4.4 Účinky**

Správně zvolená dávka metadonu při substituci zabraňuje abstinčnímu syndromu a výrazně snižuje chronickou touhu po narkotikách a tak dovoluje vést „normální“ život. Dávka musí být volena individuálně v závislosti na rozdílech metabolismu, tělesné váze a opiátové toleranci, délce užívání, medikaci jinými léky apod. Při vhodném dávkování není nepříznivě ovlivněna pracovní schopnost, schopnost řídit motorová vozidla ani mentální schopnosti.

Při injekčním podání vyvolává metadon reakce typické pro opiáty, včetně euforie. "Nájezd", což je vlastně euforický pocit vyvolaný injekčním podáním látky, bývá srovnáván s "nájezdem" po podání morfinu.

Stěžejní rozdíl mezi účinkem metadonu a ostatních opiátů je doba působení. Účinky metadonu lze dle individuálních rozdílů pozorovat 13 – 47 hodin, v průměru se počítá s účinky cca 25 hodin, což umožňuje aplikaci 1x denně. Porovnáme-li dobu působení metadonu např. s heroinem, který účinkuje zhruba 4 – 6 hodin opět v závislosti na daném jedinci, je jasné, že samotná doba účinku již sama podněcuje k užívání nelegálního opiátu vícekrát za den.

Mylně je někdy na metadon nazíráno, jako na lék nezpůsobující závislost. Opak je pravdou, vzniká na něj závislost stejně snadno jako na ostatní opiáty nebo opioidy. (Drop In, n. d., b)

### **4.5 Odvykací stav**

Tím, že doba působení metadonu je delší, také odvykací syndrom může trvat měsíc i déle. Odvykací stav však není tak intenzivní. Odvykací syndrom nastává po odeznění akutní intoxikace, což je cca po 13 – 47 hodinách. Pro srovnání - abstinční syndrom po heroinu nastupuje po cca 4 – 6 hodinách, trvá 7 až 10 dní, ale je výrazně intenzivnější. (McDermott, 1993)

## 5 Substituční léčba

Substituční léčba se řídí závaznými doporučeními, která je nutno dodržovat. Tyto doporučení jsou obsažena ve Standardu substituční léčby a v registraci lékaře/pracoviště provádějícího substituční léčbu v Národním registru lékařsky indikovaných substitučních látek.

Registrace je povinná a to ze zákona č. 379/2005 Sb.. (Ministerstvo zdravotnictví, 2008)

„Zacházení se substitučními látkami je upraveno zvláštními předpisy, a to zejména zákonem č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů ve znění pozdějších předpisů, a vyhláškou č. 123/2006 Sb., o evidenci a dokumentaci návykových látek a přípravků. Poskytování lékařské a zdravotní péče se řídí Zákonem č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů.“ (Ministerstvo zdravotnictví, 2008)

V ČR jsou k dispozici tři přípravky pro substituční léčbu závislosti na opiátech/opioidech. Metadon připravovaný z dovážené generické substance (dostupný ve specializovaných substitučních centrech), od roku 2000 Subutex<sup>®</sup> obsahující účinnou látku buprenorfin a kompozitní přípravek Suboxone<sup>®</sup> s účinnými látkami buprenorfin a naloxon, který se používá teprve od února 2008. Substituční přípravky jsou v léčbě podávány výhradně orální formou.

Na konci roku 2009 bylo v Registru substituční léčby registrováno celkem 72 zařízení. (z toho 16 AT ambulancí, 20 psychiatrických ordinací, 23 praktických lékařů pro dospělé, 3 ostatní oddělení a 10 věznic).

Během r. 2009 bylo v Registru substituční léčby 1555 léčených osob (1089 mužů a 466 žen). Nejvíce léčených osob bylo registrováno v substitučním centru v Ústí nad Labem, dále v zařízení Remedis, s.r.o. v Praze (obě 22%) a v Drop In, o.p.s. v Praze (necelých 17%).

Metadon používalo v r. 2009 pro léčbu 13 zařízení a 8 věznic – metadonová centra se nenacházejí v Karlovarském, Libereckém, Královéhradeckém, Pardubickém a Zlínském kraji a v Plzni.“ (Mravčík at al., 2010)

### 5.1 Co je substituční léčba?

Substituční léčba je v současnosti již standardním léčebným postupem. Primárně je určena pacientům, kteří nejsou schopni podstoupit abstinенčně orientovanou léčbu. Agonisté opiátových receptorů jsou u nich používáni jako prostředek k abstinenci od nelegálních drog.

Substituční léčba je tedy typem léčby opiátové závislosti. Používá látku s podobnými vlastnostmi a účinky jaké mají opiáty – agonisté – neboli nahrazuje zneužívanou drogu a vytváří snadněji kontrolovatelnou formu závislosti. (Bunning & Verster, 2004)

Je to terapeutický postup, při kterém je původně užívaná návyková látka (opiát ilegálního původu, který účinkuje krátkodobě, ve většině případů obsahuje toxické příměsi, je nejasné koncentrace a je často aplikován rizikovým způsobem) nahrazena látkou/lékem bezpečnějším a vhodnějším – to znamená, že je známá koncentrace, nemá toxické příměsi, má delší účinky v organismu, užívá se většinou perorálně a podává, respektive předepisuje ji lékař podle příslušných předpisů o léčbě a v souladu se zákonem o zacházení s omamnými a psychotropními látkami. (Popov, 2003)

Hlavní charakteristikou substituční léčby je kontinuální podávání substituční látky. Ta může být aplikována několik měsíců, dokonce i let. Tato terapie v podstatě odkládá splnění konečného cíle jakékoliv jiné léčby, tedy abstinenci, na dobu, kdy ji bude pacient schopen objektivně i subjektivně podstoupit. Díky této léčbě se daří závislé klienty stabilizovat nebo i zlepšit jejich fyzické a mentální zdraví, čímž se výrazně změní kvalita jejich života a mohou ho plnohodnotně prožívat.

Hlavním nástrojem léčby je poskytování substituční látky. Vždy je podáváno takové množství, které efektivně potlačuje odvykací příznaky, nezpůsobuje euforii ani utlumenost a tím zkvalitňuje klientův život.

## **5.2 Cíle substituční léčby**

Cílů substituční léčby je mnoho, vždy záleží na aktuální potřebě klienta. Na samotných cílech se většinou klient se zařízením shodnou formou terapeutické smlouvy.

Nejčastější cíle terapie jsou:

- ukončení rizikového způsobu aplikace návykových látek,
- snížení nebo úplné ukončení užívání drog,
- snížení nebo ukončení rizikového chování,
- omezení nebo ukončení kriminálního chování,
- udržení nebo zlepšení psychického a somatického stavu.

V návaznosti na výše zmíněné to může být i zlepšení sociálních vztahů a případně také příprava pro zahájení léčebného režimu, vedoucího k detoxifikaci a abstinenci od užívání návykových látek a to včetně substitučních.

### **5.3 Typy substituční léčby**

Rozlišujeme několik typů substituční léčby:

#### **Základní substituční léčba**

Při ní je prováděno minimum úkonů. Nejčastěji je poskytována ambulantně u všeobecných lékařů nebo ve výkonu vazby nebo trestu odnětí svobody.

#### **Minimální substituční léčba**

Je velice výjimečná forma substituční léčby, která je určena hlavně pro pacienty jiných typů substituční léčby (například při dlouhodobé cestě do zahraničí).

#### **Rozšířená substituční léčba**

Poskytování substituční látky v některém ze substitučních programů je doplněné psychoterapií, sociálním poradenstvím a případně i somatickou léčbou. Dle možností pracoviště zde může být poskytována rodinná terapie, pracovní terapie, následná péče, vzdělávání, osobní poradenství, pracovní poradenství atd. (Ministerstvo zdravotnictví, 2009)

#### **Komplexní substituční léčba**

Dle ministerstva zdravotnictví (2009) je definována jako: „Poskytování (podávání pod dozorem, vydávání a/nebo předepisování) substituční látky a služby podle „Základní substituční léčby“ jsou rozšířeny o nabídku dalších služeb nebo na ně navazují služby, poskytované v rámci zařízení: terapie somatických a psychických poruch, skupinová psychoterapie, rodinná terapie, pracovní terapie, následná péče, vzdělávání o aspektech užívání návykových látek, osobní poradenství, pracovní poradenství, profesní vzdělávání a ústavní/rehabilitační pobyty.“

Rozšířenou a komplexní substituční léčbou se budu zabývat podrobněji níže, protože právě sem spadají substituční programy, kterých se týká tato bakalářská práce.

### **5.4 Důvod indikace substituční léčby**

„Zařazení do substitučního programu je opodstatněné, pokud jsou splněna následující kritéria:

1) klient je neinjekční uživatel, který je závislý na opiátech déle než 6 měsíců,



2) klient je závislý na opiátech a užívá je injekčně,

3) substituční léčba nezvýší poškození související s drogami a pomůže dosáhnout vhodně stanovených krátkodobých a dlouhodobých cílů.“ (Richterová Těmínová, 2008, s. 376)

U každého z klientů je uplatňován individuální přístup a proto je také potřeba při rozhodování, zda klienta přijmout do substituční terapie či nikoliv zvážit ještě další faktory. Faktory, které upřednostňují klienta pro přijetí do léčby:

- těhotenství/mateřství,
- HIV nebo žloutenka v anamnéze,
- těžká a dlouhodobá závislost,
- doložené opakované neúspěšné pokusy o abstinенčně orientovanou léčbu apod.. (Popov, 2008)

## **5.5 Postup léčby**

Zahájení léčby je substituční centrum povinno nahlásit Národnímu registru uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek a to zejména proto, aby nedocházelo k duplicitám, čehož by klienti mohli využít pro černý trh apod.

Dále je třeba optimálně nastavit dávku substituční látky. Jelikož není možné napoprvé podat klientovi dávku vyšší než letální, je v praxi první dávka metadonu obecně stanovena na 30 mg (6 ml). Dávku je možno postupně zvedat, avšak klienta je nutno, jak po podání první dávky, tak po podání každé zvýšené dávky sledovat nejméně 1 hodinu. (Ministerstvo zdravotnictví, 2009)

Další postup závisí na tom, o jakou formu terapie se jedná:

### **Krátkodobá**

Probíhá cca 1-2 týdny a výsledkem je detoxifikace. V podstatě se na ni nedá nahlížet jako na substituční léčbu, protože k ní nejčastěji dochází během hospitalizace klienta v nemocnici.

### **Střednědobá**

Je založena na podobném principu, jako krátkodobá, jen trvá o trochu déle. Může být realizována ústavně nebo ambulantně. Nejčastěji se užívá u klientů s vysokou tolerancí nebo u závislých na více látkách.

## **Dlouhodobá**

Jejím hlavním cílem není úplná abstinence, ale tzv. udržovací terapie. Díky této léčbě jsou i klienti opakovaně selhávající v jiných formách léčby schopni samostatné bezproblémové existence. Mohou v ní setrvat několik let, někteří dokonce i doživotně. (Popov, 2008)

Substituční terapie se sice primárně orientuje na podávání substituční látky, ale velmi důležitou roli zde hrají i nefarmakologické složky, jako například: poradenství týkající se zdravotního stavu, psychoterapie, sociální poradenství, poradenství týkající se volby zaměstnání, zvyšování kvalifikace, ošetřovatelské služby, terapie somatických onemocnění, fyzioterapie, arteterapie, pracovní terapie apod.

### **5.6 Průběžné hodnocení léčby**

Během léčby je klient průběžně hodnocen – je kontrolován jak jeho psychický, tak i somatický stav. Dále jsou prováděny pravidelné i namátkové testy na ověření přítomnosti substituční látky v organismu a jejich metabolitů (toxikologické testy na přítomnost návykových látek). (Ministerstvo zdravotnictví, 2009)

### **5.7 Ukončení léčby**

Při dodržování pravidel léčebného režimu a terapeutické smlouvy má pouze klient sám právo rozhodnout se, jak dlouho chce v léčbě setrvat.

Při nedodržování léčebného režimu, však může být léčba ukončena i bez jeho souhlasu. Důvodem je například nedodržování pravidel programu substituční léčby, nevhodnost klienta pro tuto léčbu, opakované vyžadování vyšších dávek substituční látky než je nutné, uvádění smyšlené anamnézy se záměrem prodloužit si trvání léčby, neschopnost dosáhnout žádného ze stanovených léčebných cílů... (Ministerstvo zdravotnictví, 2009)

Bunning & Verster (2004) uvádí, že: „Stabilizovaný pacient není o nic větším narkomanem než pacient v terminálním stádiu rakoviny, jenž je fyzicky závislý na morfinu, nebo diabetik závislý na inzulínu.“

## **6 Metadonové programy v Praze**

### **6.1 Centra metadonové substituce Drop In I a II**

Substituce zde začala existovat již v roce 1993, kdy se podával Diolan<sup>®</sup>. V současnosti existují dvě metadonová centra, z důvodu dobré dostupnosti pro klienty jsou umístěna v Praze 1 a v Praze 2. Tyto centra jsou specifická svým rozdělením na nízkoprahový a vysokoprahový program. (Drop In, n. d., c)

#### **6.1.1 Kdo může vstoupit do programu**

Lékaři a personál střediska mají právo přijmout, nebo odmítnout kohokoliv. Neexistuje žádný nárok na přijetí. Vždy záleží na individuálním posouzení případu. Klient ucházející se o přijetí do tohoto zařízení by měl prokázat dlouhodobý abusus opiátů, to může prokázat například formou písemného potvrzení o registraci v souvislosti se závislostí na opiátech z nízkoprahových kontaktních středisek nebo zprávami od policie, lékařskými zprávami apod. Přednost mají klienti s dlouhodobou a „bohatou“ drogovou kariérou, klienti HIV pozitivní, klienti s hepatitidou A, B, C a těhotné ženy. Pro samotné přijetí je velmi důležitá motivace klienta.

Před přijetím do programu se klient musí zaregistrovat v nízkoprahovém kontaktním středisku, odkud přichází s doporučením do centra metadonové substituce, zde je znovu zvážena anamnéza. Vyhovuje – li klient kritériím, je s ním podrobně probrán smysl substituce a také jeho přání a očekávání. Představy klienta jsou pak promítnuty do terapeutické smlouvy. Podpisem terapeutické smlouvy je završeno přijetí do programu. Klient se tímto podpisem zavazuje dodržovat stanovená pravidla programu.

#### **6.1.2 Průběh léčby**

##### **Centrum metadonové substituce I (CMS I)**

Klienti se do tohoto programu mohou dostat přes kontaktní centrum. Po přijetí do programu klient nastoupí do nízkoprahového CMS I. Zde absolvuje pohovor s lékařem a dostane svou první dávku metadonu, která je stanovena na 30 mg, neurčí-li lékař jinak. Po užití 1. dávky klient zůstává v čekárně přibližně 1 hodinu a je pod kontrolou personálu. Každý všední den si klient může zvýšit dávku o 5 mg, o zvýšení však musí požádat den předem. U osob, které se do programu vracejí, nebo byli v jiném substitučním programu, je možné počáteční dávku stanovit na 35 mg. Maximální denní dávka je 150 mg metadonu, pokud lékař neurčí jinak.

Postupně je dávka stabilizována. Od data nástupu se počítají 4 týdny, kdy jsou klientovi povoleny 3 absence, v případě 4. absence je klient na 1 měsíc vyloučen. V této fázi (po stabilizaci dávky), je klientovi provedena hlášená toxikologická zkouška moči.

Klient do centra dochází každý den a to do té doby, než se pevně stabilizuje výše dávky metadonu. Po té lze klientovi jednou týdně vydat metadon i na další den (ve středu na čtvrtek). Na tento výdej mají nárok všichni klienti s výjimkou těch, kteří nějakým způsobem porušili pravidla. Klienti také mohou požádat o mimořádné výdeje, avšak pouze ze závažných důvodů, jako je například zařízení dokladů v jiném městě, ambulantní nebo lůžkové ošetření ve zdravotnickém zařízení, výslech na policii apod.

Při zájmu o přestup do vysokopražového centra metadonové substituce se klientům provádí nehlášené toxikologické vyšetření moči. Přestup je možný pouze v případě dvou negativních toxikologických zkoušek, a je – li u něj stabilizována dávka. Nutností je taktéž předložení dokladu o trvání pracovního poměru, nebo potvrzení o těhotenství, mateřství, invalidním nebo starobním důchodu a nebo potvrzení o studiu. Poté klient musí absolvovat pohovor se staniční sestrou, sociální pracovníci a lékařem. K přestupu tedy může dojít nejdříve po 1 – 2 měsících.

### **Centrum metadonové substituce II (CMS II)**

Výdejní dny substituční látky v tomto programu jsou pondělí, úterý a čtvrtek. Klienti sem docházejí dle individuálního terapeutického plánu a podle toho do jakého stupně programu jsou zařazeni. V tomto centru mají klienti povinnost podrobovat se namátkovým toxikologickým vyšetřením a rozhovorům se sociální pracovníci.

#### **Stupně**

*1. stupeň* - Výdeje jsou možné 1x týdně a to pouze pro klienty dlouhodobě zaměstnané. Samozřejmostí jsou negativní toxikologické testy moči a testy na přítomnost alkoholu.

Podmínkou pro přeřazení do tohoto stupně je trvání pracovního poměru alespoň 1 rok a negativní výsledky toxikologických zkoušek a testů na alkohol v organismu. – opět po dobu jednoho roku.

*2. stupeň* - V tomto stupni je možné vydávat metadon 2x až 3x týdně dle individuálního posouzení terapeutického týmu. Je potřeba, aby klient byl zaměstnaný v pracovním poměru, byl brigádník nebo pobíral peněžitou pomoc v mateřství, rodičovský příspěvek nebo některý z důchodů.

Pro zařazení do tohoto stupně musí mít klient negativní toxikologické testy a testy na přítomnost alkoholu a také musí absolvovat 8 sezení terapeutických skupin (4 před nástupem a zbytek je možno absolvovat až v 2. stupni a to nejpozději do 4 měsíců od zahájení skupinové terapie).

3. *stupeň* - Klientům je vydávána substituční látka 3x – 4x týdně. Sem jsou zařazováni hlavně klienti, kteří přišli z CMS I a ještě nesplnili podmínky pro přechod do 2. stupně.

Obecně u všech stupňů platí, že pokud klient ztratí zaměstnání, brigádu apod. musí si do 6 měsíců najít novou práci, jinak je přeřazen do CMS I. Dalším ustanovením týkajícím se přestupů je, že přestup mezi stupni je vždy nutno konzultovat s lékařem.

Z 3. stupně může být klient přeřazen zpět do nízkoprahového střediska a to z několika důvodů: při odmítnutí toxikologického vyšetření moči nebo manipulace se vzorkem moči, při zjevných známkách požití alkoholu nebo psychotropních látek v době výdeje nebo při opakovaném porušení obecných pravidel.

Vzhledem ke třem odlišným stupňům programu je odlišný i přístup k zjištěným pozitivním toxikologickým testům. V případě positivity toxikologické zkoušky nebo alkotestu v 1. stupni se klient přeřadí do 2. stupně. Návrat do vyššího stupně je možný po negativní toxikologii nebo alkotestu a po absolvování 4 terapeutických skupin. U klienta v 2. stupni se v případě první. pozitivní toxikologie/alkotestu uděluje pouze výstraha. Při druhé pozitivní toxikologii/alkotestu se klient přesouvá do 3. stupně. Při třetí pozitivní toxikologii/alkotestu je klient vyloučen. U klientů ve 3. stupni je v případě 1. pozitivní toxikologie/alkotestu také udělena pouze výstraha. Při druhé pozitivní toxikologii/alkotestu je klient přesunut do nízkoprahového centra. Při 3 pozitivní toxikologii je klient vyloučen z programu.

Pokud je klient 12 měsíců toxikologicky negativní, pozitivní nálezy se tím ruší.

### **Některá společná ustanovení pro obě centra**

Má – li klient v programu jednodenní absenci, je původní dávka metadonu zachována. Pokud je nepřítomnost delší, dávka se snižuje na 35 mg metadonu/den. Pokud však klient doloží potvrzení, že se nemohl dostavit v době výdeje, je mu absence zpětně po kontrole omluvena. V případě častých absencí a následných vyloučení klienta je možné dobu vyloučení prodloužit až na 3 měsíce.

Je – li u klienta proveden toxikologický test moči, musí klient odevzdat nejméně stanovené množství; odmítne – li vyšetření, je výsledek považován za pozitivní. Klientům starším 50 let

se toxikologické vyšetření provádí pouze v případě podezření na akutní intoxikaci. Za 3 pozitivní toxikologie je klient vyloučen z programu na dobu 1 měsíce.

### **6.1.3 Ukončení léčby**

Ukončení léčby je v případě dodržování stanovených pravidel ponecháno zcela na vůli a přání klienta. Při nedodržení léčebných pravidel může odejít okamžitě nebo je mu umožněno postupně, ale poměrně rychle snížit dávku na minimum – toto rozhodnutí závisí pouze na něm. Každému klientovi je při odchodu z programu oznámeno datum příštího možného nástupu. (Drop in, n. d., a)

#### **Důvody okamžitého vyloučení z programu:**

Násilné chování a to jak fyzické, tak i slovní a to jak k pracovníkům, tak i k ostatním klientům programu, dále také nezákonná manipulace se substituční látkou.

### **6.1.4 Pravidla**

- „V prostorách centra platí zákaz kouření, aplikace, či manipulace s psychotropními látkami.
- Klient metadon užívá pod dohledem sestry.
- V čekárně je možné se zdržovat pouze po dobu nezbytnou k užití metadonu.
- Při klinických známkách intoxikace drogami, léky nebo alkoholem nebude klientovi metadon vydán a opakování výše zmíněných stavů bude důvodem k ukončení substituční léčby.
- Důvodem k okamžitému vyloučení z programu je jakékoliv násilí, nebo jeho hrozba.
- Absence delší než 3 dny v průběhu měsíce je důvodem k ukončení programu.
- V případě absence 24 h je původní dávka zachována.
- V případě delší omluvené absence (vazba, soud, hospitalizace apod.) nebo absence od 24 h do 3 dnů je substituční program opět zahajován od počátku.
- Mimo stanovené výdejní doby nebude metadon vydán.“ (Drop In, n. d., a)

## **6.2 Psychiatrická léčebna Apolinář – Metadonový program**

Metadonový program v Psychiatrické léčebně Apolinář je nejstarší v České Republice. Funguje již od roku 1997, za tu dobu si prošel řadou změn a to hlavně organizačního rázu.

Kapacita tohoto zařízení je 70 klientů a téměř celý rok je plně obsazena. Tento metadonový program náleží spíše mezi vysokoprahové.

### **6.2.1 Kdo může vstoupit do programu**

Do programu se klienti dostávají po absolvování jiné léčby drogové závislosti nebo přecházejí z jiné substituční terapie. Jen výjimečně sem přicházejí klienti z kontaktního centra.

#### **Přijat může být klient:**

- U kterého je prokázána závislost opiátového typu a přítomnost ilegálně užívaných opioidů v moči před zahájením substituce.
- Jeho zdravotní stav umožňuje provedení metadonové substituce.
- Který je starší 16ti let.
- Se kterým je uzavřena terapeutická smlouva.

### **6.2.2 Průběh léčby**

Při zájmu o substituční program se klient musí nejprve objednat na pohovor s lékařem – ten zjištěné poznatky probere na poradě týmu, který posoudí, zda klienta přijmout nebo ne. Pokud je rozhodnuto, že bude přijat, je zařazen do pořadníku čekatelů. V okamžiku, kdy na něj přijde řada, je vyzván pracovníky programu, aby se dostavil k odběru moči, čímž se potvrdí užívání opiátů a dalších případných zneužívaných drog. Dále se klient musí dostavit k internistovi, který celkově zhodnotí jeho zdravotní stav a rozhodne, zda je vhodný pro substituci i z hlediska somatického. Jako den nástupu se určuje většinou úterý, protože je v programu přítomen lékař, který s klientem znovu pohovoří. Tento den je klient seznámen s pravidly, podepíše kontrakt a dostane svou první dávku substituční látky. Dávku vypije přímo v budově metadonového programu a poté je třeba, aby nejméně jednu hodinu setrval v čekárně. Základní dávka je nastavena na 30mg. Třetí den (ve čtvrtek) po nastoupení do programu má klient možnost znovu mluvit s lékařem a svou dávku si případně upravit dle potřeby – úpravu dávky vždy schvaluje lékař.

Během prvních dvou měsíců je klient v tzv. zkušební době. Tato doba je určena ke stabilizaci dávky, na odvyknutí závislosti na injekční aplikaci a na to, aby se klient vzdal všech ostatních drog. Tuto lhůtu je možno ve výjimečných případech a po dohodě celého týmu prodloužit o jeden měsíc. V této době si klient dochází pro metadon každý den a každý týden se mu provádějí neohlášené toxikologické testy.

Po tomto období se sejde celý tým metadonového programu a zhodnotí, zda je klient vhodný pro tento druh léčby nebo bude vhodnější ho z programu vyloučit.

Když má klient po celý měsíc negativní toxikologické výsledky a dodržuje daná pravidla, může mu být vydána substituční dávka na víkend.

Další možnosti docházení do programu (V.I.P. a V.V.I.P.) upravují pravidla – viz níže.

Klienti v tomto programu mají také nárok na tzv. „dovolenou“ ze substituční léčby – její délku určuje to, v jakém stadiu léčby se klient právě nachází. Omezuje ji však expirační doba metadonu, která je maximálně 14 dnů.

### **6.2.3 Povinnosti klientů**

Klienti tohoto programu mají některé povinnosti, vyplývající z pravidel programu. Např.:

Klient musí podstoupit odběr moči na toxikologické vyšetření a to vždy na vyzvání sestry. Tyto testy jsou nehlášené a bývají odebírány průměrně jednou do týdne. Pokud není možné z nějakého důvodu moč odebrat, má klient možnost podrobit se odběru následující den. Toto je však zaznamenáno do jeho karty a tolerují se pouze 2 odmítnutí za dva měsíce, jinak je klient postižen sankcí. Odebraný vzorek moči je podroben screeningovému vyšetření na přítomnost základních drog a metabolitů alkoholu. Je – li výsledek pozitivní, je s tím klient seznámen, a pokud tvrdí, že žádnou drogu neužil, je vyžádáno podrobnější vyšetření moči. Tím je plynová chromatografie, která pozitivitu testů stoprocentně potvrdí nebo vyvrátí.

Klienti , kteří nejsou členy klubu V.I.P. nebo V.V.I.P., se scházejí povinně v terapeutických skupinách. Například ten, komu je vydáván metadon 3x a vícekrát týdně, musí docházet na skupiny jednou za 2 měsíce.

Dále jsou jednou měsíčně povinné konzultace se sociální pracovnící.

Jednou ročně si musí klient podrobit internímu vyšetření.

Klienti mají povinnost hlásit, jaké léky užívají – a to jak na předpis, tak i volně prodejné.

Konzultace s lékařem je dobrovolná. Lékař s klientem konzultuje jak dávku metadonu, tak psychofarmakologii i ostatní medicínské záležitosti.

Pro klienty jsou k dispozici i nadstandardní služby, jako např.: možnost chodit do kina a divadla (v doprovodu pracovníka programu), permanentky do bazénu, fit centra, ZOO, botanické zahrady, možnost podnikání různých výletů, výtvarná dílna atd.

### **6.2.4 Ukončení léčby**

Je na rozhodnutí každého pacienta. Pokud dodržuje pravidla programu, může v něm setrvat neomezenou dobu. Rozhodne-li se metadon vysadit, je mu většinou postupně snižována



dávka, což obvykle trvá několik měsíců. Podaří – li se mu dosáhnout abstinence, neznamená to, že již nemůže program navštěvovat. Naopak sem může docházet i nadále a zaměstnanci mu mohou pomoci zajistit doléčení. Při možné recidivě je tento klient přijat zpět bez ohledu na pořadník.

Při odchodu z důvodu porušení pravidel má týdenní lhůtu na to, aby se rozhodl, jaký zvolí další postup. Možnosti jsou: postupné snižování dávky metadonu (obvykle se snižuje o 10 mg za tři dny), detoxifikace nebo přestup do jiného substitučního zařízení. Nemají – li jinde volnou kapacitu, mají klienti možnost v tomto programu setrvat do doby, než se místo uvolní.

Při vyloučení z důvodu agrese je s klientem ukončena spolupráce okamžitě.

Zpět se klient může vrátit nejdříve po třech měsících, ale pouze v případě, že přešel do jiného zařízení metadonové substituce a měl po celé tři měsíce negativní toxikologická vyšetření a dodržoval pravidla. Jinak může zpět nastoupit nejdříve po půl roce. Musí však podstoupit veškeré vstupní náležitosti stejně jako nový klient a může se stát, že dokonce zpět přijat nebude.

### **6.2.5 Pravidla**

Při porušení pravidel jsou klientovi odebrány výhody v podobě vydávání dávek metadonu s sebou. Jestliže je ve fázi, kdy metadon domů nedostává, nastupuje trest podmíněný a to na jeden, dva nebo tři měsíce. Tato podmínka funguje obdobně jako v trestním právu – tzn., že má odkladný účinek pro trest a pokud je porušena, klient je vyloučen.

#### **Všeobecná pravidla a terapeutický řád**

1. Účast v programu začíná dvouměsíční zkušební dobou, během ní pacient dochází do substitučního centra bez výjimky denně. Po jejím uplynutí terapeutický tým rozhodne, zda bude léčba dále pokračovat. Podmínkou řádné účasti v programu je ukončení užívání drog.
2. V substitučním centru nebo jeho okolí se pacient zdržuje pouze v případě, že přichází pro substituční látku nebo se účastní dalších aktivit programu.
3. Po uplynutí zkušební doby může být metadon poskytnut k domácímu užití o víkendech a svátcích = výdej metadonu. Podmínkou je zejména abstinence od jiných drog prokázána negativním toxikologickým vyšetřením moči.
4. Zaměstnaným pacientům mohou být poskytnuty i výdeje metadonu nad rámec víkendových, pokud pracovní činnost je doložena pracovní smlouvou nebo obdobnými

dokumenty. V takovém případě může být metadon vydán nejvýše na 3 dny a musí být zachovány 3 kontakty do týdne. Podmínkou je opět zcela bezproblémová účast v programu.

5. V případě odchodu z programu vlastním rozhodnutím je možné se o znovu přijetí ucházet kdykoliv. Existuje-li v tu chvíli pro vstup do programu pořadník, záleží na rozhodnutí terapeutického týmu, zda bude dotyčný přijat přednostně. V úvahu bude bráno mj. udržování kontaktu se substitučním centrem (případně jiným zařízením pro léčbu závislosti – doléčování) v době po odchodu z programu.

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

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

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

9. Mimořádný výdej metadonu je poskytován jednorázově na základě rozhodnutí terapeutického týmu, proto je nutno o něj žádat minimálně den předem s výjimkou výjeje ze zdravotních důvodů. Výdej metadonu na dovolenou je možno poskytnout až na 14 dnů. Jedná-li se o dovolenou v tuzemsku, je nutno o něj žádat minimálně týden předem. O výdeji metadonu na cestu do zahraničí je vhodné žádat měsíc předem – důvodem je vyřízení certifikátu pro vývoz metadonu na Ministerstvu zdravotnictví. V opačném případě je vyřízení certifikátu bez záruky a cesta dotyčného na jeho vlastní riziko.

10. Při porušení pravidel terapeutické smlouvy nebo terapeutického řádu substitučního centra dojde ke zpřísnění léčebného režimu (například denní docházka, častější kontroly moči, alko-testy). Návrat k výdejům je pak možný nejdříve po 1 měsíci bezproblémové účasti v programu.

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

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

13) Po vyloučení z programu je možno se znovu ucházet o přijetí:

a) po 3 měsících bezproblémové účasti (tj. včetně prokázané abstinence od ilegálních drog v jiném substitučním programu) případně jiném zařízení pro léčbu závislosti

b) po 6 měsících – existuje-li v tu chvíli na vstup do programu pořadník, znamená to zapsání do něj. Na opakovaný vstup do programu není automatický nárok, záleží na rozhodnutí terapeutického týmu.<sup>1</sup>

### **6.3 Remedis**

Zakladatelem tohoto zařízení je MUDr. Řehák – hepatolog. Je to tedy především hepatologické pracoviště, které sdružuje i některé další obory, například gastroenterologii, vnitřní lékařství, proktologii, psychiatrii a v neposlední řadě také adiktologii. Klienty jsou především hepatologičtí pacienti. V rámci substituční léčby je zde podáván především Subutex<sup>®</sup>, naopak metadon pouze okrajově.

Podávání metadonu zde není organizováno do žádného programu, je to zde spíše taková doplňková aktivita, která vznikla na žádost klientů, kteří docházeli prvotně na hepatologii. Celkem zde bylo metadonově substituováno 5 klientů – momentálně však již jen 4 (jeden je ve vězení). Podávání metadonu nejdéle docházejícímu klientovi trvá okolo jednoho roku.

#### **6.3.1 Zahájení léčby**

Jak je již zmíněno výše, původně je toto zařízení zaměřeno na hepatologické pacienty. Metadonový program zde vznikl z důvodu poptávky nebo spíše potřeby klientů této ambulance. Nejsou zde stanovená žádná vstupní kritéria nebo pravidla pro vstup, protože zařízení nechce dále rozšiřovat metadonový program a také proto, že je zde kladen velký důraz na individuální přístup.

---

<sup>1</sup> Rozhovor s Bc. Andreou Sudíkovou – vedoucí metadonového programu + interní materiály metadonového programu v PL Apolinář

### **6.3.2 Průběh léčby**

Klienti sem přecházejí většinou z jiného metadonového programu a to ať již z klasického metadonového centra nebo například z vězení poskytujícího metadonovou substituci – vstupní dávka je tedy závislá na poslední stanovené dávce v metadonových programech.

Strukturou by se podávání metadonu zde dalo přirovnat spíše k AT ambulanci, kde nejsou definována žádná specifická pravidla a nároky na klienty. Ač se sami, dle slov místní psycholožky Mgr. Brzoňové, považují za vysokoprahové zařízení, tak po klientech nevyžadují ani zařazení do pracovního procesu. Namátkové toxikologické testy jsou klientům prováděny cca 1x do měsíce, což pro klienty vytváří velký prostor pro užívání návykových látek. V případě zjištěné positivity je zde uplatňován individuální přístup s důrazným varováním, avšak bez nějakých větších sankcí. Nejhorším postihem je každodenní docházka, avšak i toto je individuální a dochází k tomu jen zřídka.

Docházka do ambulance se bezprostředně po nástupu řídí tím, jak klient v minulosti se zařízením spolupracoval. Někdo dochází denně, většina každý druhý den, později 2x do týdne. Pokud se klient z nějakého důvodu nemůže dostavit delší dobu (dovolená apod.), je mu to ve většině případů bez problémů umožněno.

Specifikem zde je, že zdravotní sestry metadon samy neodměřují, ale chodí si pro odměřené dávky do lékárny, která je součástí tohoto zařízení.

Jediný přínos proti ostatním metadonovým programům vidím v tom, že klient je povinen jednou za 3 měsíce podstoupit interní vyšetření a individuální terapie pod vedením psycholožky.

### **6.3.3 Ukončení léčby**

Ukončení léčby zcela záleží na přání klienta. Ze strany zařízení by byla léčba ukončena pouze v případě výrazné agrese klienta nebo v případě prokázané manipulace s metadonem.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Rozhovor s hlavní psycholožkou Remedisu – Mgr. Brzoňovou

## 7 Cíl práce a hypotézy

Práce se zabývá sociální statusem pražských metadonových programů celkově, ale také i statusem klientů jednotlivých metadonových programů a jejich vztahem k celkovému sociálnímu statusu pražských metadonových programů.

Cílem této práce je zmapovat sociální status klientů pražských metadonových programů – tedy jejich postavení ve společnosti.

Na substituční terapii je stále ještě často pohlíženo jako na nerovný způsob léčby, a to z jednoho prostého důvodu – nedá se o ní jednoznačně říci, že je abstinenčně orientovaná a to i přes to, že dle MKN 10 a diagnózy F11.22 je klient brán jako abstinents v kontrolovaném udržovacím nebo náhražkovém programu. (Světová zdravotnická organizace, 2009)

Velmi často bývá sledováno pouze jediné kritérium u léčby závislosti a to úplná abstinence od užívání návykových látek. Ne vždy jsou však sledována kritéria efektivity léčby, která jsou užívána při hodnocení léčby jiných chronických onemocnění zcela obligátně a souhrnně jsou označována jako „kvalita života“ pacienta. Dochází k celkovému zlepšení jeho zdravotního stavu a sociální situace a také výrazné redukci, či úplné absenci rizik, spojených s drogovou kariérou. (Ministerstvo zdravotnictví, 2009)

Velmi přínosná jistě bude zpětná vazba pro centra metadonové substituce, protože sami uvidí, jak jsou na tom klienti pražských center a případně se mohou více zaměřit na jednotlivé složky sociálního statusu nebo na programy metadonových center v Praze obecně.

### Hypotézy

Domnívám se, že:

- **Hypotéza 1-** U klientů pražských metadonových programů bude jejich celkový sociální status průměrný - tzn. v rozpětí škály 4 - 6.
- **Hypotéza 2** – Vzdělání (v rámci sociálního statusu) bude u klientů pražských metadonových programů spíše na spodní hranici - tzn. v rozpětí škály 1 - 3.
- **Hypotéza 3** – V porovnání s celkovým statusem všech metadonových programů v Praze na tom bude nejlépe Metadonový program v Apolináři, dále Centrum metadonové substituce II (vysokoprahové zařízení), pak Remedis a nakonec Centrum metadonové substituce I (nízkoprahové zařízení).

## **8 Popis metodologického rámce a metod**

### **8.1 Teoretická část bakalářské práce**

V teoretické části této práce jsem čerpala převážně z česky psané literatury, z odborných publikací, výročních zpráv, Standardů substituční léčby, několik zdrojů je z internetu – šlo převážně o anglicky psané statě a o informace substitučních zařízeních. Krom výše uvedených materiálů jsem také čerpala z rozhovorů s pracovníky daných metadonových substitucí a to z důvodu toho, že o těchto substitucích neexistují knižní zdroje a na internetu je jen zlomek informací, které jsou většinou pouze obecné a nejsou pro potřeby této práce dostačující.

V PL Apolinář mi tyto informace poskytla Bc. Andrea Sudíková – vedoucí programu, v Centrech metadonové substituce Drop In jsem hovořila s Jitkou Schejbalovou – vrchní sestrou a v Remedisu mi informace poskytla Mgr. Brzoňová – hlavní psychologka zařízení.

### **8.2 Praktická část bakalářské práce**

Výzkum jsem zvolila kvantitativní a to formou dotazníku. Tato forma mi umožní zmapovat sociální status co největšího počtu klientů a dále také umožňuje získat větší okruh informací.

#### **8.2.1 Metody výzkumu**

Výzkum budu realizovat formou vlastního strukturovaného dotazníku, s absolutní převahou uzavřených otázek. Výzkum bude prováděn v průběhu mé praxe v Psychiatrické léčebně Apolinář v metadonovém programu a dále v mém volném čase v Centru metadonové substituce Drop In a v Remedisu.

Pro zjišťování sociálního statusu je nutno sestavit jednotlivé osy neboli škály, kterými se budu dále řídit a vyhodnocovat výsledky. Zajímají mě měřitelné charakteristiky, jako např. míra vzdělání, způsob obživy, příjmy a bohatství, bydlení, nejčastější způsob dopravy či trávení volného času. Každá škála je v rozsahu devíti stupňů.

#### **8.2.2 Cílová populace**

Cílovou populací jsou klienti pražských center metadonových programů a z nich pouze substituovaní metadonem.

#### **8.2.3 Výběrový soubor**

Výzkum bude aplikován na poměrnou část klientů CMS, tedy asi na 70% klientů. Pouze v zařízení Remedis bylo nutné dotazník předat 100% klientů a to z důvodu malého počtu

klientů (3 muži a 1 žena). Ostatní respondenti budou vybráni náhodným výběrem při zachování poměru jak počtu klientů ze všech center, tak i při zachování gender poměru. Na možné nejasnosti při vyplňování dotazníků se klienti budou moci zeptat mě nebo mnou informovaných sester.

Celkový počet respondentů byl stanoven na 203, z toho 70 žen a 133 mužů. Nejvíce klientů bylo zastoupeno z Drop In metadonových center a to z CMS I, kde se jednalo o 79 z celkového počtu 113 klientů. Dále z CMS II, kde výzkum absolvovalo 71 klientů z celkových 102. V metadonovém programu v PL Apolinář dostalo dotazník 49 klientů z celkových 70. A nakonec 4 klienti z Remedisu – v tomto zařízení byl z důvodu malého počtu klientů dán dotazník všem klientům.

Reálně však dotazník odevzdalo pouze 195 klientů, z toho 66 žen a 129 mužů. Při bližším pohledu na jednotlivá centra nejvíce klientů neodevzdalo v CMS II a to celých 6, dále to byl jeden klient v Metadonovém programu v PL Apolinář a jedna klientka v Remedisu.

#### **8.2.4 Metody zpracování a analýzy dat**

Dotazník je rozdělen do 3 částí – první se týká vzdělání a materiálního zabezpečení, druhá se týká kulturní úrovně a třetí obsahuje základní identifikační údaje o respondentech. Dotazník obsahuje 10 otázek různě zaměřených dle konkrétní části dotazníku. Samotný dotazník je zobrazen v příloze č. 1.

V dotazníku byly použity pouze uzavřené otázky, tak aby se dotazník dal posléze vyhodnotit do škálových hodnot.

Svůj sociální status respondenti vyjadřovali označením vhodné odpovědi, která nejvíce vystihovala jejich momentální stav. Respondenti směli zaškrtnout vždy pouze jednu odpověď. Z jednotlivých sledovaných znaků je dle dané škály (1 – 9) vypočítán aritmetický průměr. Aritmetický průměr je vypočítán jak celkový (pro celý dotazník), tak u každé otázky zvlášť. Údaje jsou sestaveny do tabulek a vyjádřeny graficky.

Maximální škálová hodnota, kterou lze dosáhnout je 9, naopak minimální škálová hodnota je 1. Díky tomuto rozdělení je status dosažený ve škálové hodnotě 1 - 3 hodnocen jako nízký, 4 – 6 jako střední a 7 – 9 jako vysoký. Konkrétní škálové hodnoty u jednotlivých otázek jsou uvedeny v příloze č. 2.

Pro lepší názornost byli také u otázek stanoveny modusy a mediány a byl vyhotoven graf zobrazující konkrétní odpovědi.

## 9 Výsledky

### Vysvětlivky k výsledkům:

SŠ = střední škola

CMS I = Centrum metadonové substituce I – Drop In

CMS II = Centrum metadonové substituce II – Drop In

Apolinář = Metadonový program Apolinář

Remedis = Metadonová substituce poskytovaná v Remedisu

Práce „na černo“ – práce bez pracovní smlouvy

Bez výdělků – tedy například sociální dávky, důchody apod.

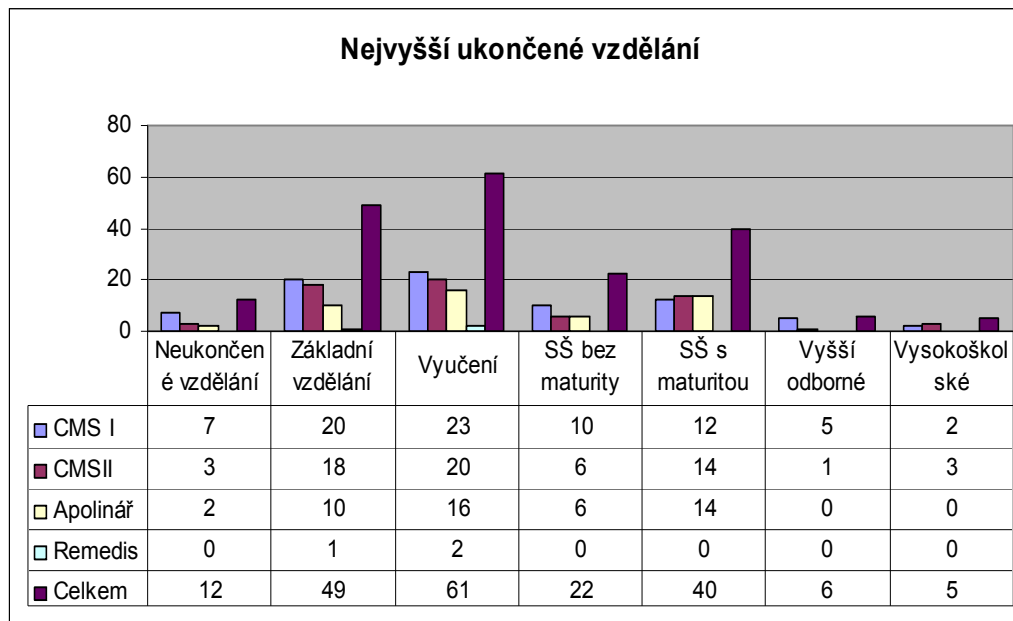
OSVČ – osoba samostatně výdělečně činná, živnostník

MHD – městská hromadná doprava

BUS - autobus

### 9.1 Škálové hodnoty

Graf A – Nejvyšší ukončené vzdělání (195 odpovědí)



Tabulka č. 1 – Základní statistické charakteristiky – nejvyšší ukončené vzdělání

	CMS I	CMS II	Apolinář	Remedis	Celkem
Platná odpověď	79	65	48	3	203
Chybějící odpověď	0	6	1	1	8
Modus	Vyučení	Vyučení	Vyučení	Vyučení	Vyučení
Medián	Vyučení	Vyučení	Vyučení	Vyučení	Vyučení



Tabulka č. 2 – Škálová hodnota nejvyššího ukončeného vzdělání

Nejvyšší ukončené vzdělání	
	Škálová hodnota
CMS I	3,32
CMS II	3,43
Apolinář	3,42
Remedis	2,67
Celkový průměr	3,37

Prvním pojmem sociálního statusu, který mě zajímal je: nejvyšší ukončené vzdělání, data o něm vycházejí z grafu A a tabulky č. 1 a č. 2.

Na tuto otázku odpovědělo všech 195 klientů, kteří odevzdali dotazník. Při celkovém započítání všech pražských metadonových center vyšla škálová hodnota pro tuto otázku 3,37, což vzhledem devítistupňové škále dosahuje spíše nižší hodnoty. Jako modus se zde objevuje odpověď vyučení (61 osob), další početné hodnoty jsou základní vzdělání (49) a střední škola s maturitou (40), ostatní čísla nejsou tolik zajímavá a dají se lehce vyčíst z grafu.

Velký vliv na tuto škálovou hodnotu bude jistě mít i to, že většina závislých začíná s drogou experimentovat již v pubertě, tedy ještě na škole a někteří se dokonce již v tomto období stanou závislými, a proto v této skupině pravděpodobně není tak vysoká vzdělanost.

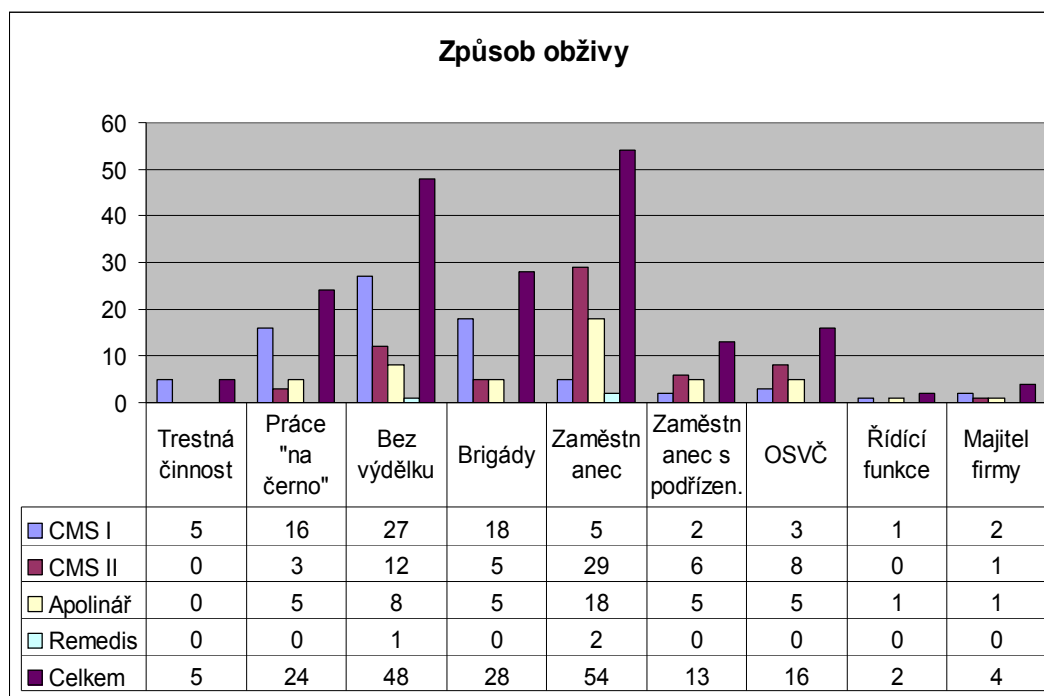
Nejnižší škálovou hodnotu z jednotlivých programů dosáhl Remedis. Zde odpověděli všichni tři klienti, kteří odevzdali dotazník. Klienti tohoto zařízení nedosáhli vyššího vzdělání než vyučení. Škálová hodnota zde činila 2,67, což je téměř o jeden bod, tzn. jednu škálovou položku níže než celková škálová hodnota.

Druhé v pořadí je CMS I se svými 79 odpovídajícími klienty. V tomto centru je modus taktéž vyučení (23) a další významné hodnoty dosáhlo základní vzdělání (20). Zajímavá je zde přítomnost dvou vysokoškolsky vzdělaných klientů, která nebývá u této klientely obvyklá. Škálová hodnota se zde taktéž pohybovala pod celkovým průměrem, činila 3,32.

Poslední dvě centra se již hodnotově dostala nad celkový průměr. Postupují-li dále se vzestupnou tendencí, tak nyní se zmíním o metadonovém programu Apolinář (48 odpovídajících klientů), kde škálová hodnota dosáhla čísla 3,42. V těsném závěsu s číslem 3,43 je také CMS II (65 klientů). U obou z těchto center se jako modus objevuje odpověď vyučení (Apolinář – 16, CMS II – 20), následované základním vzděláním (Apolinář – 10, CMS II – 18) a střední školou s maturitou (obě centra shodně po 14). V CMS II se ještě navíc objevují 3 vysokoškolsky vzdělaní klienti.

Zajímavé je, že jak u všech center, tak i u celkového počtu vždy vyšel modus i medián stejný a to odpověď vyučení.

Graf B – Způsob obživy (194 odpovědi)



Tabulka č. 3 – Základní statistické charakteristiky – způsob obživy

	CMS I	CMS II	Apolinář	Remedis	Celkem
Platná odpověď	79	64	48	3	194
Chybějící odpověď	0	7	1	1	9
Modus	Bez výdělku	Zaměstnanec	Zaměstnanec	Zaměstnanec	Zaměstnanec
Medián	Bez výdělku	Zaměstnanec	Zaměstnanec	Zaměstnanec	Brigády

Tabulka č. 4 – Škálová hodnota způsobu obživy

<b>Způsob obživy</b>	
	Škálová hodnota
CMS I	3,47
CMS II	4,81
Apolinář	4,71
Remedis	4,33
Celkový průměr	4,33

Níže uvedené informace vyplývají z grafu B a tabulek č. 3 a č. 4.

Dalším ze zkoumaných složek sociální statusu je způsob obživy. Zde odpovědělo 194 respondentů. Škálová hodnota celková dosáhla 4,33. Dvě centra tento průměr převyšují, jedno má shodný průměr a jedno dosáhlo podprůměrné hodnoty

Nejvyšší škálovou hodnotu mají klienti CMS II (64 odpovědí) a to 4,81. Tento výsledek je předvídatelný, protože jako jediné se toto centrum pojímá jako pouze vysokoprahové, kde

klienti musí pracovat nebo být na mateřské dovolené nebo v některém z druhů důchodů. I proto se zde jako modus objevuje odpověď – zaměstnanec (29).

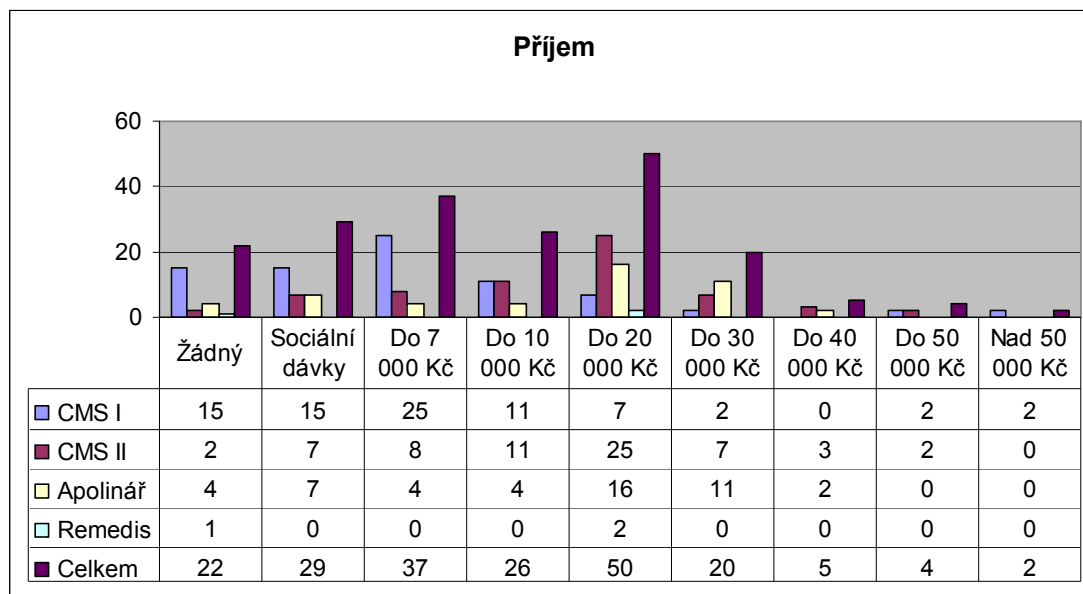
Další v pořadí je metadonový program Apolinář (48 odpovědí), kde škálová hodnota činí 4,71, i zde je modus odpověď zaměstnanec (18).

Následuje Remedis (3 odpovědi) s naprosto shodnou škálovou hodnotou, jako je škálová hodnota celková a to 4,33.

Na závěr je CMS I (79 odpovědí) se svou škálovou hodnotou 3,47, zde je jako modus odpověď bez výdělků (27), ta je následována brigádami (18) a prací na černo (16). Zajímavé je, že pouze v tomto programu se objevila odpověď trestná činnost (5). Pravděpodobně je toto způsobeno také tím, že toto centrum se samo nazývá jako nízkoprahové, a proto sem chodí spíše nízkoprahovější klienti, kteří si od shánění drog chtějí spíše odpočinout, než že by substituční léčbu mysleli nějak opravdu vážně a chtěli svůj dosavadní život nějakým způsobem změnit.

Co se týče celkových hodnot, tak pouze v tomto centru se liší modus od mediánu – modus je jako u ostatních skupin odpověď zaměstnanec, avšak medián je odpověď brigády.

Graf C – Příjem (195 odpovědí)



Tabulka č. 5 – Základní statistické charakteristiky - příjem

	CMS I	CMS II	Apolinář	Remedis	Celkem
Platná odpověď	79	65	48	3	195
Chybějící odpověď	0	6	1	1	9
Modus	Do 7 000 Kč	Do 20 000 Kč	Do 20 000 Kč	Do 20 000 Kč	Do 20 000 Kč
Medián	Do 7 000 Kč	Do 20 000 Kč	Do 20 000 Kč	Do 20 000 Kč	Do 10 000 Kč

Tabulka č. 6 – Škálová hodnota příjmu

Příjem	
	Škálová hodnota
CMS I	3,03
CMS II	4,43
Apolinář	4,29
Remedis	3,67
Celkový průměr	3,82

Příjem bude podrobněji popsán s pomocí grafu C a tabulek č. 5 a č. 6.

Příjem je v současnosti hodně důležitým pojmem nejen pro klienta na substituci, ale celkově pro širokou veřejnost, bez peněz

v dnešní době člověk skoro jako by nebyl – bez peněz člověk nemůže obstarávat své základní potřeby a proto je příjem, ať už jakýkoliv velice důležitý.

Na tuto otázku odpovědělo 195 respondentů. Průměrná škálová hodnota u všech pražských programů je 3,82 – což by na škále odpovídalo příjmu do 10 000 Kč, avšak na druhou stranu je zajímavé, že modus této otázky je odpověď příjem do 20 000 Kč (50), další v pořadí je příjem do 7 000 (37), následují sociální dávky (29) atd. Zajímavé je, že jako osoby bez příjmu se označilo celých 22 respondentů.

Dle škálové hodnoty mají nejvyšší příjem klienti CMS II (65 odpovědí), kde jejich škálová hodnota činí 4,43, což je o skoro 0,5 stupně vyšší než průměr všech pražských metadonových programů. Dobře demonstrovatelný je tento „skok“ v grafu, kde nejvíce klientů má příjem do 20 000 Kč (25) - modus a na druhou stranu například žádný příjem uvedli pouze 2 klienti. Toto je opět určitě ovlivněno vysokoprahovostí programu.

Co se týče dalších center, tak v metadonovém programu Apolinář (48 odpovědí) je škálová hodnota 4,29. I zde je modus odpovědí příjem do 20 000 Kč (16). Nejvyšší počet respondentů ze všech center uvedlo, že jejich příjem činí do 30 000 Kč (11).

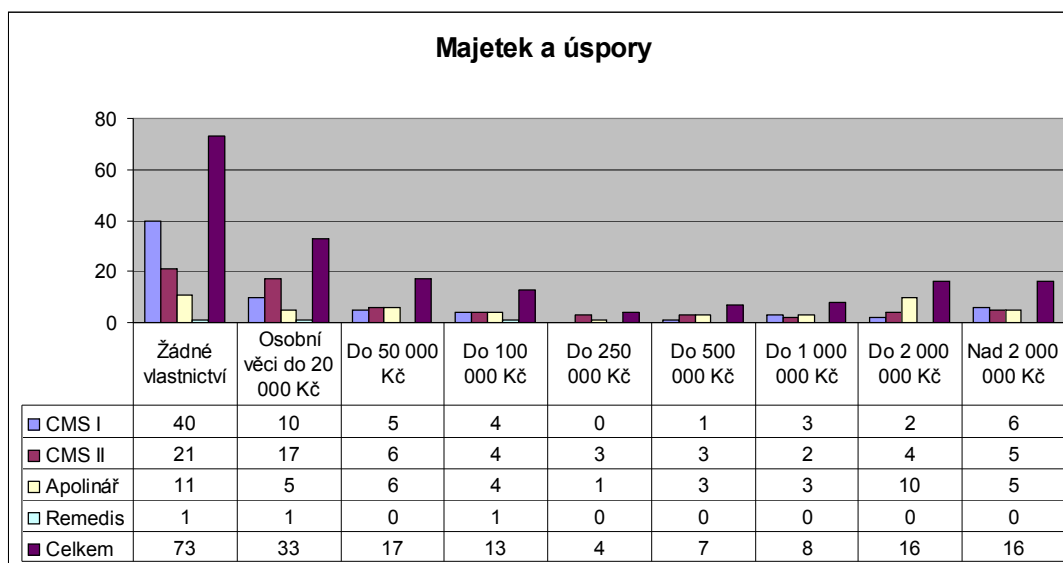
U klientů Remedisu (3 odpovědi) je škálová hodnota 3,67, je to již hodnota pod celkovým průměrem.

Hluběji pod průměrem je hodnota CMS I (78 odpovědí), která činí 3,03. Je to způsobeno tím, že 25 klientů uvedlo, že jejich příjem je do 7 000 Kč (modus) a dále 15 klientů uvedlo, že

jejich příjem se skládá pouze ze sociálních dávek a dalších 15 respondentů nemá dokonce příjem žádný. Nějak zvlášť tuto škálovou hodnotu nezměnilo ani fakt, že zde 2 klienti mají příjem do 50 000 Kč a další dva respondenti dokonce nad 50 000 Kč.

I u této otázky modus i medián skoro u všech skupin korespondovali, jedinou výjimkou byla opět hodnota celkem, u které modus činil odpověď příjem do 20 000 Kč a medián příjem do 10 000 Kč.

Graf. D – Majetek a úspory (187 odpovědi)



Tabulka č. 7 – Základní statistické hodnoty – majetek a úspory

	CMS I	CMS II	Apolinář	Remedis	Celkem
Platná odpověď	71	65	48	3	187
Chybějící odpověď	8	6	1	1	16
Modus	Žádné vlastnictví	Žádné vlastnictví	Žádné vlastnictví	Nelze definovat	Žádné vlastnictví
Medián	Žádné vlastnictví	Do 20 000 Kč	Do 100 000 Kč	Do 20 000 Kč	Do 20 000 Kč

Tabulka č. 8 – Škálová hodnota majetku a úspor

<b>Majetek a úspory</b>	
	Škálová hodnota
CMS I	2,65
CMS II	3,28
Apolinář	4,67
Remedis	2,33
<b>Celkový průměr</b>	<b>3,38</b>

Na tuto otázku týkající se majetku a úspor odpovědělo pouze 187 klientů, dle mého názoru tuto nízkou míru vyplnění a celkově i nízkou mírou škálové hodnoty může mít na

svědomí na jedné straně strach klientů z případných exekucí, dluhů apod. kde se objevuje obava, že by se některá z těchto institucí mohla dozvědět, že nějaký majetek vlastní. Druhá z možností, která by toto vysvětlovala samozřejmě také je, že klienti si za svou drogovou kariéru nadělali tolik dluhů, že opravdu žádné vlastnictví nemají.

Celková škálová hodnota je 3,38. Nejvyšší podíl na tomto čísle bezesporu má modus této otázky, který je – žádné vlastnictví (72), na druhou stranu ale také stojí za zmínku odpovědi vlastnictví do 2 000 000 Kč a nad 2 000 000 Kč, ke kterým se k oběma svorně hlásí po 16 respondentech.

Bezkonkurenčně nejvyšší škálovou hodnotu zde dosáhl Metadonový program Apolinář (48 odpovědí) a to 4,67. Zde opět na „prvním místě“ figurovala odpověď – žádné vlastnictví (11) - modus, avšak tato odpověď se „vykrátila“ s odpovědí vlastnictví do 2 000 000 Kč (10) a z ostatních průměrných hodnot vyšla tato škálová hodnota.

Ostatní z programů již byly pod celkovým průměrem. CMS II (65 odpovědí) dosáhlo hodnoty 3,28. I zde byl modus odpověď žádné vlastnictví (21) následované odpovědí osobní věci do 20 000 Kč (17).

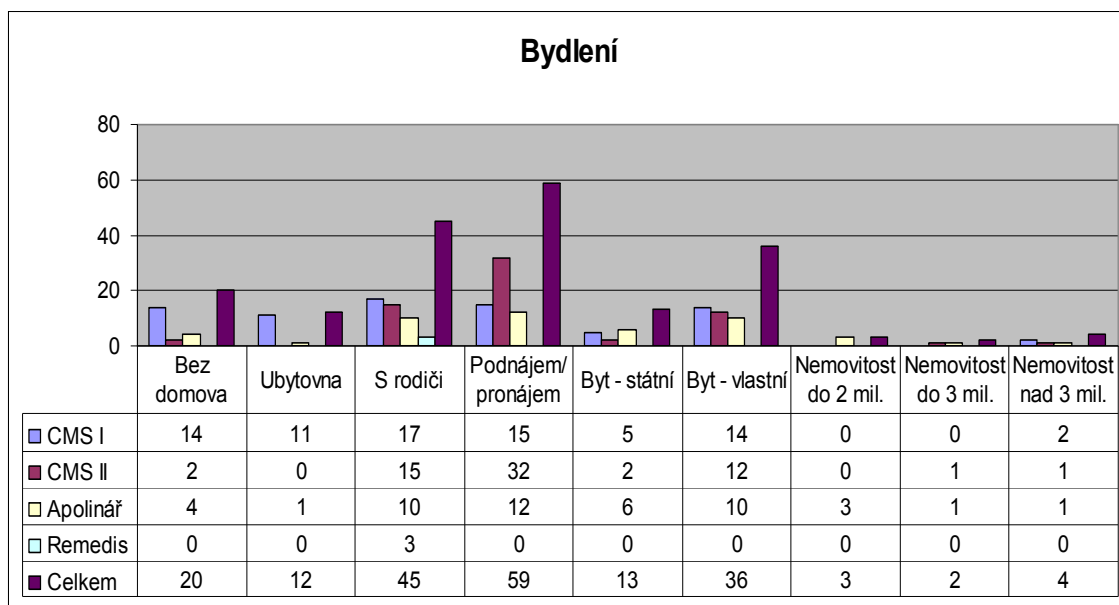
V CMS I (71 odpovědí) dosáhla škálová hodnota míry 2,65. V tomto programu byla převaha odpovědi žádné vlastnictví opravdu nejvyšší a to celých 40 respondentů (modus). Další z odpovědí již byly skoro zanedbatelné, za zmínku stojí snad jen to, že i co se týče odpovědi vlastnictví nad 2 000 000 Kč a ta zde paradoxně padla nejpočetněji a to šestkrát.

Nejnižší hodnoty dosáhla škálová hodnota v Remedisu (3 odpovědi) – 2,33. Nejvyšší dosažená hodnota zde bylo vlastnictví do 100 000 Kč (1) a nejnižší opět žádné vlastnictví (1).

Všechny tyto výše uvedené údaje vyplývají z grafu D a tabulek č. 7 a č. 8.

U této otázky se hodnoty modusů a mediánů u jednotlivých skupin (vyjma CMS I, kde byla hodnota stejná a Remedisu, kde se modus nedá určit, jelikož zde žádná hodnota nepřevažuje) poměrně lišily. U CMS I byly oba pojmy shodné a to vždy žádné vlastnictví. Co se týče CMS II, metadonového programu Apolinář a hodnoty celkem, tak u nich je modus stejný a to taktéž žádné vlastnictví, ale medián se liší. U CMS II a hodnoty celkem dosahuje medián odpovědi vlastnictví do 20 000 Kč. U klientů metadonového programu Apolinář je mediánem vlastnictví do 100 000 Kč.

Graf E – Bydlení (194 odpovědi)



Tabulka č. 9 – Základní statistické charakteristiky – bydlení

	CMS I	CMS II	Apolinář	Remedis	Celkem
Platná odpověď	78	65	48	3	194
Chybějící odpověď	1	6	1	1	9
Modus	S rodiči	Podnájem/ pronájem	Podnájem/ pronájem	Podnájem/ pronájem	Podnájem/ pronájem
Medián	S rodiči	Podnájem/ pronájem	Podnájem/ pronájem	Podnájem/ pronájem	Podnájem/ pronájem

Tabulka č. 10 – Škálová hodnota bydlení

<b>Bydlení</b>	
	Škálová hodnota
CMS I	3,51
CMS II	4,18
Apolinář	4,42
Remedis	3,00
<b>Celkový průměr</b>	<b>3,78</b>

Níže popsané skutečnosti vyplývají z grafu E a z tabulek č. 9. a č. 10.

U této otázky celkově odpovídajících 194 klientů dosáhlo hodnotové škály 3,78. Modus této otázky je odpověď bydlení v podnájmu nebo pronájmu (59), další odpovědi v pořadí je bydlení s rodiči (45) – což je dle mého názoru poměrně vysoké číslo vypovídající o nezralosti klientů těchto drogových služeb, kdy ve většinové společnosti (soudím dle vlastní zkušenosti a zkušenosti mých vrstevníků) běžné zdravé dítě odchází od rodičů v období ranné dospělosti, tedy cca maximálně do 30 ti let. Ale tyto klienti, ač jejich průměrný věk činí 34,03 (viz příloha č. 3), stále ještě bydlí s rodiči. Osobně mě velice překvapilo, že poměrně hodně klientů – 36 vlastní byt.

Celkový výsledek poměrně hodně koresponduje i s výsledkem metadonového programu Apolinář (48 odpovědí), kde škálová hodnota činí 4,42. I zde je modusem této otázky bydlení v podnájmu nebo pronájmu (12) následované bydlením s rodiči (10) a vlastním bytem (10).

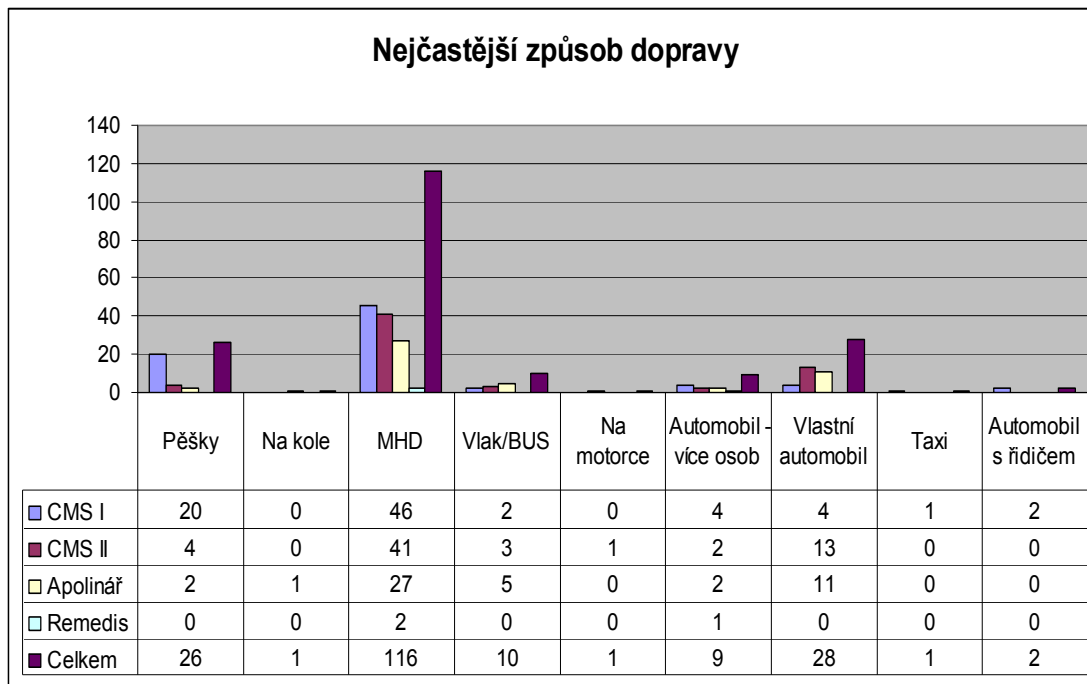
Co se týče CMS II (65 odpovědí), tak zde je škálová hodnota 4,18. Modusem odpovědí zde opět je bydlení v podnájmu/pronájmu (32), další významnější hodnotou je bydlení s rodiči (15) a vlastní byt (12).

V CMS I (78 odpovědí) je tento trend obdobný, nejčastější odpověď (modus) však je bydlení s rodiči (17), dále podnájem nebo pronájem (15), avšak zde následuje poměrně vysoké číslo respondentů bez domova (14) a klientů s vlastním bytem (14).

U klientů Remedisu (3 odpovědi) je škálová hodnota zcela jasná, činí 3,00 a to z důvodu pouze jedné shodné odpovědi, že bydlí s rodiči (3).

Pouze u klientů CMS I je modus i medián bydlení s rodiči. U ostatních skupin je modus i medián podnájem/pronájem.

Graf F – Nejčastější způsob dopravy (194 odpovědi)





Tabulka č. 11 – Základní statistické charakteristiky – nejčastější způsob dopravy

	CMS I	CMS II	Apolinář	Remedis	Celkem
Platná odpověď	79	64	48	3	194
Chybějící odpověď	0	7	1	1	9
Modus	MHD	MHD	MHD	MHD	MHD
Medián	MHD	MHD	MHD	MHD	MHD

Tabulka č. 12 – Škálová hodnota dopravy

<b>Doprava</b>	
	Škálová hodnota
CMS I	3,09
CMS II	3,86
Apolinář	4,04
Remedis	4,00
Celkový průměr	3,59

V grafu F a tabulkách č. 11 a č. 12. je dobře viditelné, že na tuto otázku celkem odpovědělo 194 lidí. Celková škálová hodnota je 3,59. Odpovědi byly dle mého názoru hodně ovlivněny tím, že tento výzkum je zaměřen pouze na

pražské metadonové programy a tudíž je zde velká specifika v používání MHD, které je v současnosti nejlevnější, ale hlavně též nejrychlejší způsob dopravy v hlavním městě. Při celkové škálové hodnotě se absolutně bezkonkurenčně nejvíce objevovala odpověď MHD (116) – tedy modus, v dalekém závěsu byl vlastní automobil (28) a odpověď pěšky (26).

V metadonovém programu Apolinář (48 odpovědí) je škálová hodnota týkající se dopravy 4,04. Je to lehce nadprůměrná hodnota, a proto i složení odpovědí je hodně podobné jako u celkové škálové hodnoty, tady jako modus je odpověď MHD (27) a dále následuje odpověď vlastní automobil (11).

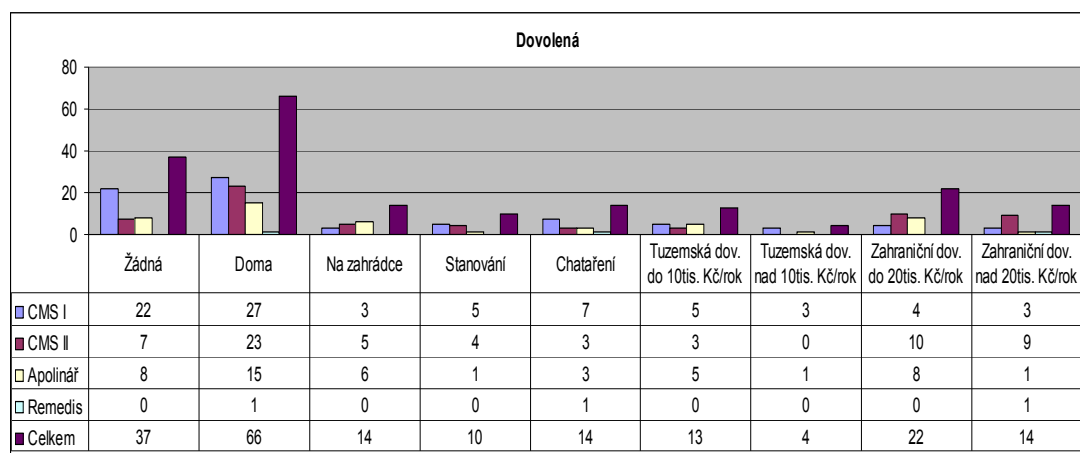
Co se týče Remedisu (3 odpovědi), zde je škálová hodnota 4,00. Modus je zde opět odpověď MHD (2) a další z odpovědí je automobil s více osobami (1).

Další v pořadí je CMS II (64 odpovědí), jeho škálová hodnota jej již pod celkovým průměrem a činí 3,86. Modus je i zde MHD (41) následovaná vlastním automobilem (13).

Nejnižší škálovou hodnotu týkající se bydlení dosáhlo CMS I (79 odpovědí) a to 3,09. I zde byl modus MHD (46) následovaný odpovědí pěšky (20).

U této otázky u všech skupin vyšel modus i medián shodně a to MHD.

Graf G – Dovolena (194 odpovědi)



Tabulka č. 13 – Základní statistické charakteristiky - dovolena

	CMS I	CMS II	Apolinář	Remedis	Celkem
Platná odpověď	79	64	48	3	194
Chybějící odpověď	0	7	1	1	9
Modus	Doma	Doma	Doma	Nelze definovat	Doma
Medián	Doma	Na zahrádce	Na zahrádce	Chataření	Doma

Tabulka č. 14 – Škálová hodnota dovolené

Dovolena	
	Škálová hodnota
CMS I	3,16
CMS II	4,34
Apolinář	3,85
Remedis	5,33
Celkový průměr	3,76

Dovolena je již hodně specifickou otázkou a je hodně individuálně ovlivnitelnou položkou. Z grafu G a tabulek č. 13 a 14 vyplývá, že celkově na tuto otázku odpovědělo 194 respondentů. Z jejich odpovědí vznikla škálová

hodnota 3,76. Kdy v naprosté většině respondenti odpověděli, že dovolenou tráví doma (66) – modus, nebo žádnou nemají (37), ostatní z položek dosahovali srovnatelné hodnoty.

Nejvíce si dovolenou „užívají“ klienti Remedisu (3 odpovědi). Ti totiž dosahují škálové hodnoty 5,33. Jejich odpovědi zahrnovali: zahraniční dovolená nad 20 tisíc za rok (1), chataření (1) a trávení dovolené doma (1).

Vysokých hodnot také dosahuje CMS II (64 odpovědi). Tato hodnota je 4,34. Jako modus se zde objevuje odpověď trávení dovolené doma (27) a další častá odpověď, je žádná dovolená

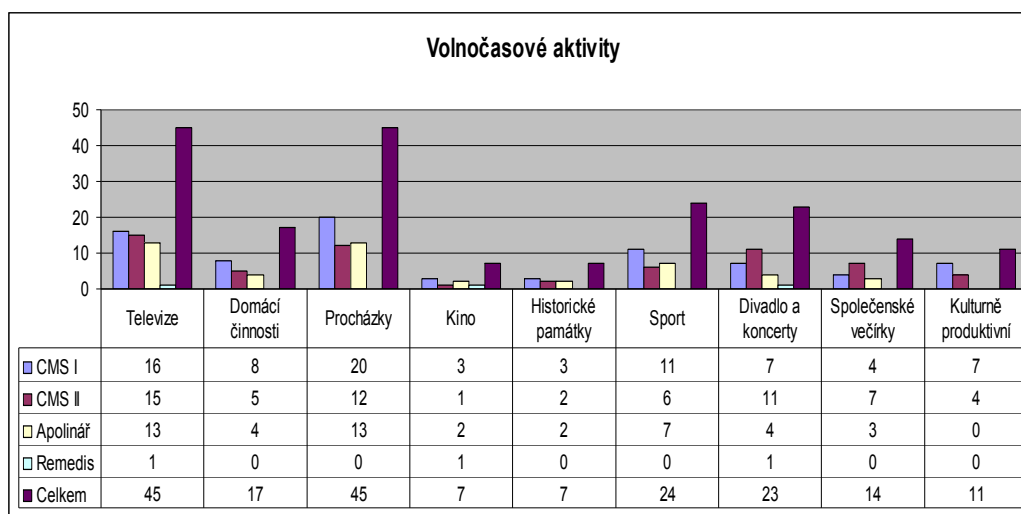
(22), ale na druhou stranu poměrně hodně těchto klientů tráví svou dovolenou v zahraničí a utratí za ní do 20 tisíc za rok (10) a nebo i více než 20 tisíc za rok (9).

V Metadonovém centru Apolinář (48 odpovědí) je škálová hodnota 3,85. I zde je modus stejný jako v předešlém programu a to trávení dovolené doma (15) následováno žádnou dovolenou (8) a zahraniční dovolenou do 20 tisíc za rok (8).

Nejméně si dovolené „užívají“ klienti CMS I (79 odpovědí). Škálová hodnota toho centra je 3,16. Zde byly bezkonkurenčně nejčastějšími odpověďmi (modus) dovolená doma (27) a dále dovolená žádná (22).

Modus a medián u této otázky se shoduje pouze u CMS I a u celkové hodnoty a jedná se o dovolenou doma. Ostatní skupiny se v modusu a mediánu neshodovali. Klienti CMS II a klienti metadonového programu Apolinář trávili svou dovolenou nejčastěji doma (modus), ale mediánem je odpověď na zahrádce. U Remedisu se tyto veličiny nedají srovnat, protože nebylo možné zjistit modus a to z důvodu dosažení stejných hodnot u všech odpovědí.

Graf H – Volnočasové aktivity (193 odpovědi)



Tabulka č. 15 – Základní statistické charakteristiky – volnočasové aktivity

	CMS I	CMS II	Apolinář	Remedis	Celkem
Platná odpověď	79	63	48	3	193
Chybějící odpověď	0	8	1	1	10
Modus	Procházky	Televize	Procházky a televize	Nelze definovat	Procházky a televize
Medián	Procházky	Procházky	Procházky	Kino	Procházky

Tabulka č. 16 – Škálová hodnota volnočasových aktivit

<b>Volnočasové aktivity</b>	
	Škálová hodnota
CMS I	4,16
CMS II	4,44
Apolinář	3,58
Remedis	4,00
Celkový průměr	4,05

Volnočasové aktivity je poslední otázka týkající se získaného sociálního statusu. Myslím, že v této otázce jsou klienti nejméně omezeni financemi, které hodně determinují některé výše uvedené otázky.

Jak vyplývá z grafu H a tabulek č. 15 a č. 16, tak celkově odpovědělo 193 respondentů. Celková škálová hodnota činí 4,05. Modusem této otázky je trávení volného času procházkami (45) a sledováním televize (45).

Nejkvalitněji tráví volný čas klienti CMS II (63 odpovědí). Jejich škálová hodnota dosáhla nadprůměrných 4,44 a to i přes to, že jako modus se zde objevovalo koukání na televizi (15), další z oblíbených činností byly procházky (12) a divadlo a koncerty (11).

V závěsu za CMS II bylo CMS I (79 odpovědí), kde škálová hodnota dosáhla 4,16. Na jednu stranu mě tento výsledek docela překvapil, ale na druhou stranu je pravda, že tím, jak klienti tohoto centra vesměs nepracují, tak mají volného času víc a asi se ho snaží trávit nějak smysluplněji než pouze odpočinkem u televize. U tohoto centra byl modus odpověď procházky (20), následované koukáním na televizi (16) a sportem (11).

Metadonový program Remedis (3 odpovědi) dosáhl škálové hodnoty 4. 00. Odpovědi klientů tohoto programu se poměrně výrazně lišily, objevilo se zde koukání na televizi (1), kino (1) a divadlo a koncerty (1).

Poslední z center – metadonový program Apolinář (48 odpovědí) - získalo škálovou hodnotu 3,58. Tito klienti nejčastěji tráví volný čas procházkami (13) - modus, koukáním na televizi (13) a sportem (7).

V CMS I modus i medián dosahuje stejné odpovědi a to procházky. U CMS II se tyto veličiny mírně liší, modusem je sledování televize a procházky. Mediánem jsou procházky. U Remedisu modus opět nelze definovat a jako medián zde je chození do kina. Co se týče celkové hodnoty, tak modusem zde jsou opět procházky a sledování televize a mediánem jsou pouze procházky.

## 9.2 Sociální status

Tabulka č. 17 – Sociální status

	Sociální status
CMS I	3,30
CMS II	4,10
Apolinář	4,12
Remedis	3,92
Celkový průměr	3,78

Sociální status je tedy výslednou hodnotou vyplývající z výše uvedených škálových hodnot u jednotlivých otázek. Dle tabulky č. 17 metadonové programy v Praze průměrně dosáhly sociálního statusu

s hodnotou 3,78. Tato hodnota se sice blíží ke spodní hranici průměru, ale je stále podprůměrná. Co se týče jednotlivých center, tak nad celkovým průměrný sociální status se dostala pouze dvě centra, která měla v hodnotě sociálního statusu mezi sebou zcela zanedbatelný rozdíl a to Metadonový program Apolinář s hodnotou 4,12 a Centrum metadonové substituce II s hodnotou 4,10. Pod tímto průměrem zaostala ostatní z metadonových substitucí a to Remedis s hodnotou 3,92 a Centrum metadonové substituce I s hodnotou 3,30. Tento výsledek je určitě postavený i na tom, že Centrum metadonové substituce II a metadonový program Apolinář jsou spíše vysokoprahové zařízení, kde již klient musí splňovat určité požadavky týkající se sociálního zařazení ve společnosti, začlenění nebo začleňování do společnosti apod.. Výše popsané údaje již vlastně odpovídají na hypotézu č. 1, která zní:

- **Hypotéza 1-** Domnívám se, že u klientů pražských metadonových programů bude jejich celkový sociální status průměrný - tzn. v rozpětí škály 4 - 6.

Shrnu-li tedy výše popsané, tak co se týče celkového průměru statusů pražských center metadonové substituce, tak je toto číslo 3,78 a nedosahuje tedy škály 4 – 6 a tedy hypotézu vyvrací. Dalo by se říci, že hypotéza je zpola pravdivá, protože dvě z center hodnotu převyšující 4 dosáhli a to Metadonový program Apolinář s hodnotou 4,12 a Centrum metadonové substituce II s hodnotou 4,10.

Co se týče hypotézy č. 2:

- **Hypotéza 2** - Domnívám se, že vzdělání (v rámci sociálního statusu) bude u klientů pražských metadonových programů spíše na spodní hranici - tzn. v rozpětí škály 1 - 3.

Na tuto hypotézu je již též odpovězeno výše a to v tabulce č. 2. Z této tabulky je patrné, že celková škálová hodnota všech pražských metadonových center je 3,37. Tato hodnota tedy převyšuje škálu 1-3 uvedenou v hypotéze 2. Proto je hypotéza opět vyvrácena. Když se však

zaměřím blíže na jednotlivá centra, tak jedno z nich toto rozpětí splňuje a to je Metadonový program v Remedisu, kde klienti dosáhli škálové hodnoty 2,67. Ostatní z center již tento interval přesahují a řadí se spíše do průměrné hodnoty. Centrum metadonové substituce I dosáhlo hodnoty 3,32, Metadonový program Apolinář dosáhl hodnoty 3,42 a nejvyšší škálovou hodnotu dosáhlo Centrum metadonové substituce II a to 3,43.

- **Hypotéza 3** – Domnívám se, že v porovnání s celkovým statusem všech metadonových programů v Praze na tom bude nejlépe Metadonový program v Apolináři, dále Centrum metadonové substituce II (vysokoprahové zařízení), pak Remedis a nakonec Centrum metadonové substituce I (nizkoprahové zařízení).

Tato hypotéza byla potvrzena již výše, kde bylo popsány sociální statusy jednotlivých programů.

## 10 Diskuse a závěr

Práce podrobně zmapovala sociální status klientů pražských center metadonové substituce. Celkový sociální status je, jak už bylo zmíněno výše, 3,78. Tato hodnota slouží spíše jako orientační údaj, který nás blíže navádí k věnování pozornosti jednotlivým centrům a jednotlivým otázkám z dotazníku. Jediné centrum, které nedosáhlo ani na celkový průměr je Centrum metadonové substituce I s hodnotou 3,30. Toto centrum je koncipované jako nízkoprahové tzn., že do programu je přijímán v podstatě skoro každým, kdo prokáže závislost na opiátech a navštíví některé z kontaktních center. Dále nejsou po klientech požadovány žádné větší nároky týkající se sociálního statusu, jediné, co je po nich požadováno, je respektování pravidel, která stanovují jen několik hlavních bodů – čisté toxikologické testy, pravidelnou docházku a zákaz agrese. Kromě agrese jsou však tolerovány určité odchylky – tzn., že klient může mít určitý počet toxikologií pozitivních na návykové látky a také může mít několik absencí, za které nebude vyloučen z programu. Myslím, že toto se hodně odráží ve složení klientů a jejich sociálním statusu.

Další v pořadí je Metadonový program v Remedisu. Klienti tohoto programu dosáhli sociálního statusu v hodnotě 3,92. Je velice těžké tento program nějakým způsobem hodnotit a vztahovat k němu nějaké validní informace, protože v programu jsou pouze 4 klienti a ještě k tomu pouze tři byli ochotní vyplnit dotazník, tudíž vzorek je opravdu nereprezentativní. Na rozdíl od ostatních programů je také na trhu služeb pro drogové uživatele velice krátce a to jen cca jeden rok, což se také podepisuje na jeho koncepci. Hlavní psycholožka programu Mgr. Brzoňová sama říká, že tento program je hodně vysokoprahový, avšak na druhou stranu neobsahuje žádná pevná pravidla, po klientech nejsou kromě pravidelných interních a hepatologických vyšetření požadovány žádné jiné nároky, které by zlepšily jejich sociální status. Ale jak již bylo uvedeno v úvodu, toto centrum bylo do výzkumu zařazeno jen pro úplnost průměru všech pražských metadonových center a také pro ilustraci, proto jej nelze hodnotit na stejné úrovni jako ostatní metadonové programy.

Sociální status o hodnotě 4,10 získalo Centrum metadonové substituce II. Toto centrum se samo nazývá jako striktně vysokoprahové. Aby se klient do tohoto centra dostal, musí nejprve projít nízkoprahovým centrem, tedy Centrem metadonové substituce I a zde musí splnit několik požadavků, jako například stabilizaci dávky, negativní toxikologické vyšetření na přítomnost návykových látek, dále klient musí mít zajištěné zaměstnání případně mít

prokázané těhotenství, mateřství nebo invaliditu, pro kterou nemůže pracovat. Tímto se už do tohoto centra samovolně vyčleňují klienti s vyšší sociálním statutem.

Nejvyšší hodnoty dosáhl metadonový program Apolinář a to 4,12. Tento program je také spíše vysokoprahové zařízení, což není takto striktně koncipováno v pravidlech, ale vyplývá to z přístupu ke klientům. Klient splňující negativní toxikologické vyšetření, docházku a konzultace s lékařem, případně sociální pracovníci a skupinový program se staniční sestrou dochází do programu každý všední den a na konci zkušební doby, se „osvědčí“ a „projde“ na poradě týmu, automaticky dostane na víkend výdeje metadonu s sebou. Pokud však chce docházet pouze třikrát týdně, je potřeba, aby dodal pracovní smlouvu nebo jiné potvrzení dokazující legální příjem. Na tomto je jednoznačně demonstrováno, že uvedená „vysokoprahovost“ je zcela v režii klienta a není tedy bezpodmínečně vyžadována.

Dle osobních zkušeností z pražských metadonových programů do Metadonového programu Apolinář docházejí klienti více motivovaní, více spolupracující a i celkově lépe sociálně začlenění do společnosti, což i tento výzkum potvrzuje.

Výše zhodnocená pořadí jednotlivých center je nutno brát s rezervou, protože, jak již bylo uvedeno konkrétně u metadonového programu v Remedisu, musíme myslet na to, že výpovědní hodnota výzkumu týkajícího se tohoto centra je velice nízká, dalo by se říci až spíše mizivá a to proto, že centrum navštěvují pouze 4 klienti, z nichž jen tři vyplnili dotazník. V porovnání s ostatními pražskými programy, které mají klientelu mnohonásobně vyšší, je tento vzorek nevyhovující.

Další případnou komplikací, na kterou je nutno brát zřetel, je zaměření jednotlivých metadonových programů. Ty způsobují poměrně vysokou míru zkreslení, protože je – li metadonový program koncipován jako vysokoprahový, klienti v něm dosahují vyššího sociálního statusu.

Také je nutné počítat s určitým zkreslením dat, kdy je možné, že klienti kteří spěchali například do práce se nad odpověďmi příliš nezamýšleli a zaškrtovali odpovědi bezmyšlenkovitě s cílem mít tento výzkum co nejrychleji za sebou. Dále je možné že nemuseli zcela pochopit některou otázku, případně odpověď, velkým problémem též mohl být strach z toho, že dotazníky byly distribuovány přímo v zařízeních, kam docházejí, a proto si mohli své odpovědi přizpůsobovat tak, aby vyhovovaly podmínkám metadonového programu – např. v programu zaměstnancům tvrdí, že pracují, ale ve skutečnosti nepracují, ale ze strachu, že se k dotazníkům dostanou i zaměstnanci vyplní v dotazníku, že jsou zaměstnaní.



Podobný případ se týká i např. dluhů, kde může figurovat obava ze zabránění majetku exekutory apod.

Tento výzkum dle mého názoru podrobně zmapoval sociální status klientů pražských metadonových center celkově, ale i každého programu zvlášť. Do budoucna si myslím, že by jistě bylo přínosné, kdyby se výzkum opakoval, ale aby se srovnával s většinovou společností a to ať již stejným dotazníkem, kterým by se oslovila i většinová společnost, a nebo formou pozměnění stávajícího dotazníku tak, aby více korespondoval s dotazníkem týkajícím se například Sčítání lidu 2011, kdy by se poté daly výsledky s metadonových substitucí porovnat s výsledky Sčítání lidu 2011.

Jak již bylo uvedeno v úvodu, počet substitučních center stále roste a do budoucna jistě ještě růst bude, je proto určitě vhodné vyzdvihnout ostatní složky substituční terapie než pouze tu medicínskou, kde jde hlavně o podávání metadonu. Do budoucna je přímo nutností poukazovat také na sociální status klientů a jeho zvyšování, které zkvalitňuje klientův život a jeho postavení ve společnosti. Myslím, že má zpětná vazba pomocí této bakalářské práce proto bude prospěšná a to hlavně v sociálních intervencích, kdy je třeba s klienty více pracovat například na lepším pracovním uplatnění, případně na zvýšení kvalifikace, hodně velký význam také spatřuji v tom, že je třeba vést klienty k tvoření finančních případně majetkových rezerv – během drogové závislosti byli zvyklí žít z hodiny na hodinu a nemyslet na budoucnost, avšak v této době a hlavně v době kontrolované abstinence je nutné myslet i na případné problémy, které by mohly nastat a snažit se jim předcházet, aby je případná nepříjemná situace nevtáhla zpět do bludného kruhu závislosti.

Zpětná vazba se s největší pravděpodobností nesetká s úspěšností u nízkoprahových center, kdy intervence na nemotivovaného klienta má diametrálně odlišný dopad než na motivovaného a spolupracujícího klienta.

Na úplný závěr bych ještě stručně shrnula jednotlivé hypotézy:

- **Hypotéza 1-** Domnívám se, že u klientů pražských metadonových programů bude jejich celkový sociální status průměrný - tzn. v rozpětí škály 4 - 6.

Celkový průměr statusů pražských center metadonové substituce činí 3,78 a nedosahuje tedy výše uvedené škály a hypotéza je tedy vyvrácena.

- **Hypotéza 2** - Domnívám se, že vzdělání (v rámci sociálního statusu) bude u klientů pražských metadonových programů spíše na spodní hranici - tzn. v rozpětí škály 1 - 3.

Celková škálová hodnota všech pražských metadonových center je 3,37, tato hodnota tedy převyšuje škálu uvedenou v druhé hypotéze a proto i tato hypotéza je vyvrácena.

- **Hypotéza 3** – Domnívám se, že v porovnání s celkovým statusem všech metadonových programů v Praze na tom bude nejlépe Metadonový program v Apolináři, dále Centrum metadonové substituce II (vysokoprahové zařízení), pak Remedis a nakonec Centrum metadonové substituce I (nizkoprahové zařízení).

Tato hypotéza se jako jediná potvrdila. Nejvyšší sociální status dosáhl metadonový program Apolinář s hodnotou 4,12, druhé v pořadí je Centrum metadonové substituce II se sociálním statusem 4,10. Klienti zařízení Remedis dosáhli sociálního statusu 3,92 a poslední v pořadí je Centrum metadonové substituce I s hodnotou 3,30.

## 11 Použitá literatura

- Atkinson, R. L., Atkinson, R. C., Smith, E. E., Bem, D. J., Nolen Hoeksema, S. (2003). Psychologie. 2. vydání. Praha: Portál.
- Bunning, E., Verster, A. (2004). Informace pro tvůrce drogové politiky: o účinnosti substituční léčby závislosti na opiátech. 2. doplněné vydání v českém jazyce. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Jandourek, J.(2008). Průvodce sociologií. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a. s. .
- Keller, J.(1992). Úvod do sociologie. 2. vydání. Praha: Sociologické nakladatelství.
- Kolektiv autorů sdružení SANANIM (2007). Drogy: otázky a odpovědi: příručka pro rodinné příslušníky a pomáhající profese. 1. vydání. Praha : Portál.
- Minařík, J. (2003). Opioidy a opiáty. In: Kalina, K. a Radimecký, J. (Eds. ). Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup. Kapitola 3/2. Praha: NMS/Úřad vlády ČR.
- Minařík, J. (2008). Přehled psychotropních látek a jejich účinků. In: Kalina, K., Adámeček, D., Broža, J., Dvořáček, J., Dobiášová, D., Frouzová, M. at al.. Základy klinické adiktologie. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a. s..
- Mravčík, V., Pešek, R., Horáková, M., Nečas, V., Škařupová, K., Šťastná, L. at al. (2010). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2009. Praha: Úřad vlády České republiky, 2010.
- Mucha, I.(2004). Sociologie základní texty. 2. vydání . Pelhřimov: Vydavatelství 999.
- Novotná, E.(2008). Základy sociologie. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a. s.
- Popov, P. (2003). Programy metadonové a jiné substituce. In: Kalina, K. a Radimecký, J. (Eds. ). Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup. Kapitola 8/11. 1. vydání. Praha: NMS/Úřad vlády ČR.
- Popov, P. (2008). Farmakoterapie poruch vyvolaných účinkem návykových látek a substituční léčba. In: Kalina, K., Adámeček, D., Broža, J., Dvořáček, J., Dobiášová, D., Frouzová, M. at al.. Základy klinické adiktologie. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s..
- Reichel, J.(2004). Kapitoly systematické sociologie. 1. Vydání. Praha: EUROLEX BOHEMIA s. r. o. .

- Richterová Těmínová, M. (2008). Systém péče a jeho složky. In: Kalina, K., Adámeček, D., Broža, J., Dvořáček, J., Dobiášová, D., Frouzová, M. at al.. Základy klinické adiktologie. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a. s..

### **Internetová zdroje**

- Drogy-info (27. 4. 2003). Opiáty a substituční léčba. Drogy-info. Staženo 29.2.2011. Internetová stránka:[http://www.drogy-info.cz/index.php/info/ilegalni\\_drogy/opiaty/opiaty\\_a\\_substitutni\\_lecba](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/ilegalni_drogy/opiaty/opiaty_a_substitutni_lecba)
- Drogy-info (4. 10. 2005). Opiáty – podrobně. Drogy-info. Staženo 5. 5. 2011. Internetová stránka: [http://www.drogy-info.cz/index.php/info/ilegalni\\_drogy/opiaty/opiaty\\_podrobne](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/ilegalni_drogy/opiaty/opiaty_podrobne)
- Drop In (n. d., a). Centrum metadonové substituce. Drop In. Staženo: 22. 2. 2011. Internetová stránka: <http://www.dropin.cz/centrum-metadonove-substituce>
- Drop In (n. d., b ). Metadon. Drop In. Staženo 25.2. 2011. Internetová stránka: <http://www.dropin.cz/o-drogach/121-metadon>
- Drop In (n. d., c). O nás. Drop In. Staženo 25. 2. 2011. Internetová stránka: <http://www.dropin.cz/drop-in>
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2003). Annual Report 2003: The state of the drugs problem in the European union and Norway. [Elektronická verze]. EMCDDA. Staženo: 24. 2. 2011. Internetová stránka: [http://ar2003.emcdda.europa.eu/download/ar2003eu\\_en.pdf](http://ar2003.emcdda.europa.eu/download/ar2003eu_en.pdf)
- McDermott, P. (1993). McDermott's Guide to the Depressant Drugs. Erowid. Staženo: 16.3. 2011. Internetová stránka: [http://www.erowid.org/chemicals/opiates/opiates\\_mcdermotts\\_guide.shtml](http://www.erowid.org/chemicals/opiates/opiates_mcdermotts_guide.shtml)
- Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (2008). Výroční zpráva za rok 2008: Stav drogové problematiky v Evropě. [Elektronická verze]. EMCDDA. Staženo: 24. 2. 2011. Internetová stránka: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2008>
- Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (n. d. ). Přehled jednotlivých zemí: Česká republika. EMCDDA. Staženo: 5. 5. 2011. Internetová stránka: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index114194CS.html#pdu>

- Ministerstvo zdravotnictví (2009). Standardy substituční léčby závislosti na opioidech. [Elektronická verze]. Substitucni-lecba. Staženo: 24. 2. 2011. Internetová stránka: [http://www.substitucni-lecba.cz/dokumenty/standard\\_sl.pdf](http://www.substitucni-lecba.cz/dokumenty/standard_sl.pdf)
- Pbs (n. d. ). Opium throughout history. Pbs. Staženo 23.2. 2011. Internetová stránka: <http://www.pbs.org/wgbh/pages/frontline/shows/heroin/etc/history.html>
- Salzmanz, Z. (n.d). Czech Republik. N.d. Everyculture. Staženo: 14. 2. 2011. Internetová stránka: <http://www.everyculture.com/Cr-Ga/Czech-Republic.html>
- Světová zdravotnická organizace ( 2009). Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů – desátá revize. MZCR. Staženo: 5. 5. 2011. Internetová stránka: [http://www.mzcr.cz/obsah/mkn-10mezinarodni-klasifikace-nemoci\\_1644\\_3.html](http://www.mzcr.cz/obsah/mkn-10mezinarodni-klasifikace-nemoci_1644_3.html)

## 12 Přílohy

### 12.1 Příloha č. 1 - DOTAZNÍK

Dobrý den,

Jmenuji se Eliška Vavrušová a jsem studentkou 1. lékařské fakulty – oboru adiktologie. Chystám se psát bakalářskou práci na téma SOCIÁLNÍ STATUS KLIENTŮ PRAŽSKÝCH CENTER METADONOVÉ SUBSTITUCE. Proto Vás prosím o vyplnění tohoto dotazníku, jeho vyplnění mi při psaní mé práce velice pomůže. Proto Vám předem moc děkuji za Vaši ochotu a čas strávený s jeho vyplněním.

#### Dotazník

Na dané otázky prosím odpovídejte pravdivě, ať může být můj výzkum co nejpřesnější. Dotazník je zcela anonymní a budu k němu mít přístup pouze já a použiji ho pouze pro zpracování mé bakalářské práce. Vyplněním dotazníku souhlasíte se zpracováním dat v mé bakalářské práci.

U otázek, kde jsou uvedeny možnosti, prosím zaškrtněte tu, s kterou se nejvíce ztotožňujete - vždy prosím zaškrtněte **POUZE JEDNU ODPOVĚĎ!**

#### Vzdělání a materiální zabezpečení

##### 1) Nejvyšší ukončené vzdělání

- Neukončené vzdělání
- Základní vzdělání (Základní škola)
- Vyučení (Odborné učiliště)
- Středoškolské bez maturity
- Středoškolské s maturitou
- Vyšší odborné
- Bakalářské
- Vysokoškolské
- Mezinárodní diplom

##### 3) Příjem

- Žádný
- Sociální dávky
- Do 7 000 Kč
- Do 10 000 Kč
- Do 20 000 Kč
- Do 30 000 Kč
- Do 40 000 Kč
- Do 50 000 Kč
- Nad 50 000 Kč

##### 2) Způsob obživy

- Trestná činnost – krádeže, podvody apod.
- Práce „na černo“ (bez pracovní smlouvy)
- Bez výdělku – sociální dávky, rodičovský příspěvek, peněžité pomoci v mateřství, podpora v nezaměstnanosti...
- Příležitostné brigády
- Zaměstnanec
- Zaměstnanec s podřízenými
- Osoba samostatně výdělečně činná (živnostenský list)
- Řídící funkce – ředitel
- Majitel firmy

##### 4) Přibližný odhad majetku, úspor

- Žádné vlastnictví
- Osobní věci do cca 20 000 Kč
- Do 50 000 Kč
- Do 100 000 Kč
- Do 250 000 Kč
- Do 500 000 Kč
- Do 1 000 000 Kč
- Do 2 000 000 Kč
- Nad 2 000 000 Kč

Kulturní úroveň statusů

**5) Bydlení a vlastnictví nemovitostí**

- Bez domova
- Ubytovna
- S rodiči
- Podnájem/pronájem
- Být – státní
- Byt – vlastní
- Nemovitost do 2 miliónů
- Nemovitost do 3 miliónů
- Nemovitost nad 3 milióny

**6) Nejčastější způsob dopravy**

- Pěšky
- Na kole
- Městská hromadná doprava
- Vlaky/autobusy
- Na motorce
- Vlastní automobil – více osob
- Vlastní automobil - sám
- Taxi
- Vlastní auto s řidičem

**7) Způsob trávení volného času – dovolená**

- Žádná
- Doma
- Na zahrádce
- Stanování
- Chataření
- Tuzemská dovolená do 10 000 Kč/rok
- Tuzemská dovolená nad 10 000 Kč/rok
- Zahraniční dovolená do 20 000 Kč/rok
- Zahraniční dovolená nad 20 000 Kč/rok

**8) Způsob trávení volného času – během roku**

- Televize
- Domácí činnosti – modelování, pletení, vyšívání, společenské hry...
- Procházky
- Kino
- Historické památky
- Sport
- Divadlo a koncerty
- Společenské večírky
- Kulturně produktivní – pořádání vlastních kulturních akcí

Základní údaje

Věk.....

**Pohlaví**

- Muž
- Žena

## 12.2 Příloha č. 2 – METODIKA VYHODNOCOVÁNÍ

Každá otázka byla hodnocena dle následujících škál (škálových hodnot):

Otázka č. 1:

<b>Nejvyšší ukončené vzdělání</b>	
Neukončené vzdělání	1
Základní vzdělání	2
Vyučení	3
Středoškolské bez maturity	4
Středoškolské s maturitou	5
Vyšší odborné	6
Bakalářské	7
Vysokoškolské	8
Mezinárodní diplom	9

Otázka č. 2:

<b>Způsob obživy</b>	
Trestná činnost	1
Práce "na černo"	2
Bez výtěžku	3
Příležitostné brigády	4
Zaměstnanec	5
Zaměstnanec s podřízenými	6
OSVČ	7
Řídící funkce	8
Majitel firmy	9

Otázka č. 3:

<b>Příjem</b>	
Žádný	1
Sociální dávky	2
Do 7 000 Kč	3
Do 10 000 Kč	4
Do 20 000 Kč	5
Do 30 000 Kč	6
Do 40 000 Kč	7
Do 50 000 Kč	8
Nad 50 000 Kč	9

Otázka č. 4:

<b>Přibližný odhad majetku, úspor</b>	
Žádné vlastnictví	1
Osobní věci do cca 20 000 Kč	2
Do 50 000 Kč	3
Do 100 000 Kč	4
Do 250 000 Kč	5
Do 500 000 Kč	6
Do 1 000 000 Kč	7
Do 2 000 000 Kč	8
Nad 2 000 000 Kč	9



Otázka č. 5:

<b>Bydlení a vlastnictví nemovitostí</b>	
Bez domova	1
Ubytovna	2
S rodiči	3
Podnájem/pronájem	4
Byt – státní	5
Byt – vlastní	6
Nemovitost do 2 miliónů	7
Nemovitost do 3 miliónů	8
Nemovitost nad 3 milióny	9

Otázka č. 6:

<b>Nejčastější způsob dopravy</b>	
Pěšky	1
Na kole	2
Městská hromadná doprava	3
Vlaky/autobusy	4
Na motorce	5
Vlastní automobil - více osob	6
Vlastní automobil - sám	7
Taxi	8
Vlastní automobil s řidičem	9

Otázka č. 7

<b>Způsob trávení volného času – dovolená</b>	
Žádná	1
Doma	2
Na zahrádce	3
Stanování	4
Chataření	5
Tuzemská dovolená do 10 000 Kč/rok	6
Tuzemská dovolená nad 10 000 Kč/rok	7
Zahraniční dovolená do 20 000 Kč/rok	8
Zahraniční dovolená nad 20 000 Kč/rok	9

Otázka č. 8

<b>Způsob trávení volného času - během roku</b>	
Televize	1
Domácí činnosti	2
Procházky	3
Kino	4
Historické památky	5
Sport	6
Divadlo a koncerty	7
Společenské večírky	8
Kulturně produktivní	9

### 12.3 Příloha č. 3 – SOCIÁLNÍ STATUS ZÍSKANÝ:

Pohlaví:

	CMS I	CMS II	Apolinář	Remedis	Celkem
Žena	23	25	18	0	66
Muž	56	40	30	3	129

Věk:

	CMS I	CMS II	Apolinář	Remedis	Celkem
24	1	0	0	0	1
25	2	0	1	0	3
26	3	3	0	1	7
27	0	1	1	0	2
28	4	7	6	0	17
29	7	1	1	0	9
30	5	2	7	0	14
31	7	5	5	1	18
32	12	6	4	0	22
33	5	6	7	1	19
34	4	3	3	0	10
35	3	12	4	0	19
36	3	1	0	0	4
37	3	2	3	0	8
38	3	3	1	0	7
39	1	2	0	0	3
40	3	0	1	0	4
41	0	3	0	0	3
42	4	2	0	0	6
43	2	1	0	0	3
44	0	1	1	0	1
45	1	1	1	0	3
46	1	1	1	0	3
47	2	1	0	0	3
48	1	1	0	0	2
49	0	0	0	0	1
50	0	0	1	0	1
54	1	0	0	0	1
55	1	0	0	0	1
Průměr	34,33	34,45	33,1	30	34,03

## **12.4 Příloha č. 4 – SEZNAM TABULEK A GRAFŮ**

Graf A – Nejvyšší dokončené vzdělání – str. 40

Tabulka č. 1 – Základní statistické charakteristiky – nejvyšší dokončené vzdělání – str. 40

Tabulka č. 2 - Škálová hodnota nejvyššího ukončeného vzdělání – str. 41

Graf B – Způsob obživy – str. 42

Tabulka č. 3 – Základní statistické charakteristiky – způsob obživy – str. 42

Tabulka č. 4 - Škálová hodnota způsobu obživy – str. 42

Graf C – Příjem – str. 43

Tabulka č. 5 – Základní statistické charakteristiky – příjem – str. 44

Tabulka č. 6 - Škálová hodnota příjmu – str. 44

Graf D – Majetek a úspory – str. 45

Tabulka č. 7 – Základní statistické charakteristiky – majetek a úspory – str. 45

Tabulka č. 8 - Škálová hodnota majetku a úspor - str. 45

Graf E – Bydlení – str. 47

Tabulka č. 9 – Základní statistické charakteristiky – bydlení – str. 47

Tabulka č. 10 – Škálová hodnota bydlení – str. 47

Graf F – Nejčastější způsob dopravy – str. 48

Tabulka č. 11 – Základní statistické charakteristiky – nejčastější způsob dopravy – str. 49

Tabulka č. 12 – Škálová hodnota nejčastějšího způsobu dopravy – str. 49

Graf G – Dovolená – str. 50

Tabulka č.13 – Základní statistické charakteristiky – dovolená – str. 50

Tabulka č. 14 - Škálová hodnota týkající se dovolené – str. 50

Graf H – Volnočasové aktivity – str. 51

Tabulka č. 15 – Základní statistické charakteristiky – volnočasové aktivity – str. 51

Tabulka č. 16 - Škálová hodnota pro volnočasové aktivity – str. 52

Tabulka č. 17 – Sociální status pražských metadonových center – str. 53