

**Univerzita Karlova v Praze  
1. lékařská fakulta  
Ústav teorie a praxe ošetřovatelství**

---

**Bakalářské studium ošetřovatelství**

## **ZÁVĚREČNÁ PRÁCE**

**Efektivita substituční léčby metadonem**

**2005/2006**

**Martina Kudrnová**

**Vedoucí práce: PhDr. Alena Mellanová, CSc.**

## **PODĚKOVÁNÍ**

Děkuji PhDr. Aleně Mellanové, CSc., za odborné vedení mé závěrečné práce a všem pracovníkům Centra substituční léčby Apolinář za spolupráci a trpělivost.

Též děkuji pacientům, kteří se podíleli na vyplňování dotazníků a ujasnili mi můj pohled na efektivitu poskytované péče, která vždy vychází ze zájmu poskytovatelů.

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila při její realizaci jen těch pramenů, které jsou uvedeny v seznamu literatury.

V Praze dne *3.4.2006*.....

*Martina Kudrnová*.....

## **OBSAH:**

---

<b>1.</b>	<b><u>ÚVOD .....</u></b>	<b>5</b>
<b>2.</b>	<b><u>CÍLE .....</u></b>	<b>7</b>
<b>3.</b>	<b><u>TEORETICKÁ ČÁST .....</u></b>	<b>8</b>
<b>3.1</b>	<b>ZÁKLADNÍ TERMINOLOGIE.....</b>	<b>8</b>
<b>3.2</b>	<b>METADONOVÁ SUBSTITUCE .....</b>	<b>21</b>
<b>4.</b>	<b><u>VÝZKUMNÁ ČÁST .....</u></b>	<b>30</b>
<b>4.1</b>	<b>POUŽITÉ METODY.....</b>	<b>30</b>
<b>4.2</b>	<b>ORGANIZACE VÝZKUMU .....</b>	<b>31</b>
<b>4.3</b>	<b>CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU..</b>	<b>32</b>
<b>4.4</b>	<b>ANALÝZA VÝSLEDKŮ .....</b>	<b>32</b>
	<b><u>DISKUSE.....</u></b>	<b>48</b>
	<b><u>ZÁVĚR.....</u></b>	<b>50</b>
	<b><u>LITERATURA .....</u></b>	<b>53</b>
	<b><u>PŘÍLOHY .....</u></b>	<b>54</b>

## **1. ÚVOD**

---

Užívání psychoaktivních látek provází lidstvo během celé jeho historie. Po převážnou část této doby v lidské kultuře hrají tyto látky významnou roli, však s přesně vymezenými pravidly.

V naprosté většině se jednalo o přírodní substance, které se užívaly k rituálům, ať již náboženským či léčebným. Osoby, které s těmito látkami zacházely, znaly dobře jejich vlastnosti. Toto užívání nepřinášelo problémy v podobě závislostí. Postupem doby docházelo k rozvolňování tradic a k pravidelné konzumaci. Zásadní změnu k horšímu přinesl vědecký pokrok a rozvoj průmyslu, především farmaceutického a chemického, díky jemu se podařilo syntetizovat velké množství původně přírodních látek. Zneužívání takto získaných a vysoce koncentrovaných látek se stalo jednou z hlavních příčin celosvětového nárůstu drogové problematiky. Významnou podpůrnou roli též sehrály některé další vynálezy, například injekční stříkačka.

Klíčovým momentem vzniku šířící se drogové epidemie je nárůst nabídky velkého množství a druhů drog. Důvodem jsou enormně velké zisky z obchodu s drogami. S vysokou nabídkou stoupá též vysoká poptávka, a tak dochází ke vzájemné potenciaci. Dostupnost návykových látek a s ní související pravděpodobnost expozice jedince návykovými látkami je jedním z momentů vytvářejících předpoklad pro vznik návykových nemocí. V roce 1989, kdy ve střední Evropě došlo k pádu totalitních režimů, se pochopitelně

jako vždy, kdy dochází k uvolnění, změnila i dostupnost návykových látek a s ní související možná expozice drogou. To se ukázalo jako jeden z klíčových momentů v hrozivém nárůstu počtu jedinců závislých na tzv. „tvrdých drogách“ a především pak na heroinu. Masivní nárůst počtu závislých s sebou samozřejmě přinesl i potřebu nových, komplexních přístupů terapeutických. Tyto přístupy jsou charakterizovány především kombinací psychoterapeutických a farmakologických technik v součinnosti se snahami o zlepšení sociálního zázemí drogově závislých jedinců. Udržovací substituční léčba je pak jednou z možností, jak zlepšit kvalitu života u pacientů - klientů s rozvinutým syndromem závislosti na heroinu. Udržovací léčba, ať již metadonová či buprenorfinová u závislých na heroinu, může trvat i řadu let a bývá u mnoha jedinců tou poslední účinnou možností, jak jejich život učinit snesitelným a také v neposlední řadě, jak minimalizovat jejich nesporný a značný antisociální potenciál.

Současná situace v ČR je charakterizována vysokým nárůstem legálních drog (alkohol, tabák, návykové léky) a zneužíváním ilegálních drog. Nejpostiženější věkovou skupinou jsou 15-19letí.

V současné době je hlášeno přibližně 9 700 uživatelů heroinu. 90% „heroinistů“ preferuje aplikaci drog nitrožilně, z toho 20% alespoň občasně sdílí injekční náčiní s jinou osobou. V metadonových centrech České republiky, kde je realizována především dlouhodobá udržovací substituce metadonem, je hlášeno 399 pacientů.

## **2. CÍLE**

---

Cílem mé bakalářské práce je zjistit efektivitu metadonové léčby u osob závislých na opiátech. Ráda bych obhájila a vysvětlila význam léčby metadonovou substitucí pomocí objektivně získaných podkladů z dokumentace a subjektivních hodnocení samotných pacientů z Centra substituční léčby Apolinář.

### Pro tuto práci jsem si stanovila cíle:

1. Zjistit subjektivní vnímání efektivity léčby pacienty
2. Porovnat subjektivní a objektivní hodnocení efektivity léčby
3. Využít výsledků hodnocení pro zlepšení služeb

### **3. TEORETICKÁ ČÁST**

---

#### **3.1 ZÁKLADNÍ TERMINOLOGIE**

Považuji za nutné vysvětlit několik pojmů, souvisejících s drogovou problematikou a léčbou metadonovou substitucí. Tyto termíny budou dále použity v textu, proto jsou důležité a jejich vysvětlení jsem zařadila již na začátek této teoretické části.

#### **- ABSTINENČNÍ SYNDROM**

Hlavní příznaky abstinenčního (odvykacího syndromu, příznaků z odejmutí) stavu jsou zrcadlové k účinku opiátů. Abstinenční syndrom vzniká asi 10 hodin po poslední aplikaci s maximem 2. - 3. den. Jeho intenzita závisí na podávané dávce. V lehčích případech se projevuje především příznaky stran trávicího traktu, bolestmi břicha, průjmy, mydriázou, úzkostí, slzením, rýmou, zíváním, pocením, nespavostí, návaly horka a chladu, bolestí ve svalech, žaludečními křečemi, piloerekcí a špatnou náladou. Pravidelnou, obvykle delší dobu přetrvávající obtíží je nespavost. V těžších případech dochází k vzestupu tělesné teploty, úporné nespavosti, poruchám řeči, třesům, nechutenství a dehydrataci. Vzácně dochází ke kolapsu a úmrtí. Pro odvykací stav není podstatné, jaká byla forma aplikace heroínu, nýbrž důležitá je dávka a pravidelnost užívání. (12)



## - ABÚZUS, ZNEUŽÍVÁNÍ

Nadměrné užívání drog, ať již příliš časté nebo v přílišném množství, nebo jejich užívání za nepřijatelné situace. Abúzus je takovým užíváním drog, které nepříznivě ovlivňuje fyzický a duševní vývoj člověka, zejména tehdy, když mizí jeho schopnost chápat věci a vztahy a dospívat ke správným úsudkům apod. Patří sem i nepříznivé ovlivňování dospívání a vyzrání organismu, ať už dětí, mladistvých či dospělých. Abúzus nemusí vést bezpodmínečně k návyku, skrývá však v sobě nebezpečí zvyšování dávek stejně jako rostoucí závislost na droze. Rozeznáváme *abúzus s návykem a bez návyku*. U abúzu bez návyku člověk netáhne k droze, může svobodně rozhodnout, jestli ji požije, či nikoliv. Zcela odlišná situace je u abúzu s návykem. Při něm jedinec drogu nutně potřebuje, táhne k ní a nemá-li ji, citelně ji postrádá, chybí mu. Nemůže se svobodně rozhodnout, zda si drogu dopřeje, či nikoliv. (9)

### Druhy abúzu drog:

- *příležitostně-experimentální zneužívání* – zřídka; sporadické, ne více než 4-5x za život, jako experiment a pouze za jistých úvodních podmínek
- *rekreační zneužívání* – mírně časté; jedinec nekupuje drogy přímo, ale neodmítá je, jsou-li mu nabídnuty. Užívá je na večírcích nebo při jiných společenských příležitostech.

- *příležitostné zneužívání* – častější; jedinec si nakupuje vlastní drogy, které užívá za určité situace, při určité příležitosti
- *intenzivní zneužívání* – velice časté; jedinec má stále menší a menší kontrolu nad drogou a užívá ji při stále obvyklejších příležitostech až dosáhne denního užívání. Stále si udržuje iluzi, že je schopen kontrolovat své jednání.
- *nuceně-závislé zneužívání* – nezbytné a nucené užívání drog denně nebo i vícekrát za den, jedinec není schopen být bez drogy, která pokrývá všechny jeho potřeby. Je nucen ve stále rostoucí míře riskovat, aby si byl schopen zajistit drogu nebo peníze nutné k jejímu nákupu. Není schopen se z návyku vymanit bez intenzivní cizí pomoci.

#### - **BRAUN**

Domácí ilegální produkt vyráběný z kodeinových derivátů.

(11)

#### - **CRAVING**

Je z anglického slova touha, dychtění, kompulze, bažení po droze. Hraje při vzniku závislosti klíčovou roli a je také uváděn jako ústřední charakteristika syndromu závislostí. Význam cravingu vyplývá z toho, že jeho projevem není jen samotná „*chut'*“ na psychotropní látku, ale také výrazný podíl na některých dalších projevech závislostí, jako jsou zhoršené sebeovládání, či neschopnost poučit se z negativní zkušenosti. Navíc má craving zásadní podíl na

prožívání odvykacího stavu, kdy se projevuje jako touha po opětovném užití látky, které by mohlo přinést zmírnění odvykacích potíží. Na biologické úrovni je craving popisován jako převaha aktivity podkorových struktur (limbický systém) nad kontrolní činností mozkové kůry. Zvyšuje riziko recidivy. (11)

## - DROGA

Ve spisovné češtině má toto slovo význam „*omamující prostředek, dráždivý přípravek*“ (např. uklidňující droga, omamná, jedovatá, ostrá, povzbuzující droga). V minulosti byla jako „*droga*“ označována surovina rostlinného nebo živočišného původu používaná jako léčivo. Dnes je slovo „droga“ v obecném i odborném úzu nadřazený pojem, označující jako drogy ve farmaceutickém smyslu i jiné léky a látky (včetně tekutých jako vědomí, povzbuzení či tlumení duševních a tělesných funkcí a alkohol), zejména pokud jich je zneužíváno ke změně nálady, vyvolávání mimořádných zážitků (iluzí, halucinací, pseudohalucinací apod.) (9)

V roce 1969 komise expertů WHO označila drogou „*jakoukoliv látku (substanci), která, je-li vpravena do živého organismu, může pozměnit jednu nebo více jeho funkcí*“. Definice zahrnuje všechny substance či hmotné látky, ať už mají či nemají přiznáno postavení léků, působí či nepůsobí na nervovou soustavu, jsou přírodní nebo umělé.

Podle J. Presla lze za drogu považovat každou látku přírodní nebo syntetickou, která splňuje dva základní požadavky:

- *má psychotropní účinek*, tj. ovlivňuje určitým způsobem naše prožívání okolní reality, mění naše vnitřní naladění – zkrátka působí na psychiku
- *může vyvolat závislost*, má tedy něco, co se z nedostatku vhodnějšího pojmenování někdy označuje jako potenciál závislosti

V současném českém společenském kontextu pak došlo v chápání a běžném interpretování termínu „*droga*“ k významovému posunu. Legální psychotropní látky se z termínu „*droga*“ vytrácejí a jsou jím téměř výlučně označovány látky, které splňují stejné jako výše jmenované základní definici, ale jsou v naší společnosti a zákonem zapovězeny, resp. je zapovězena distribuce a jejich výroba, tedy *nelegální drogy*.

Spolu s vývojem naší civilizace se v tomto kontextu objevují stále nové drogy. Hovoří se o návykovém sledování televize a stále častěji i o tzv. *gamblingu* - hraní na automatech atd. Tyto fenomény nejsou o nic méně nebezpečné než zneužívání psychotropních látek.

Drogy jsou od roku 1971 v odborné terminologii označovány jako *omamné a psychotropní látky* (OPL). Do té doby byl užíván termín *omamné látky*.

## - HARM REDUCTION

Jako „*Harm Reduction*“ (HR – obvykle se nepřekládá do češtiny) se označují přístupy snižování či minimalizace poškození drogami u osob, které v současnosti drogy užívají a nejsou motivovány k tomu, aby užívání zanechaly. HR se snaží minimalizovat, omezit či zmírnit riziko život a zdraví ohrožujících infekcí, které se šíří sdílením injekčního náčiní při nitrožilní aplikaci drog a nechráněným pohlavním stykem, jako je AIDS a hepatitidy B a C, riziko dalších tělesných komplikací, dlouhodobého působení vysokých dávek, předávkování, sociálního debaklu a ztráty lidské důstojnosti. Mezi nejznámější postupy používané v HR patří výměna použitého injekčního náčiní za sterilní, poskytování informací (o možnostech léčby či jiné odborné pomoci), kontaktní (situační) poradenství a edukace o rizicích. Důležité je i zaměření na bezpečný sex včetně distribuce kondomů. V širším pohledu můžeme také pod HR zahrnout i substituční léčbu. Do oblasti HR patří také aplikační místnosti – tzv. „šlehárny“. Poradenství a edukace v rámci HR nezbytně zahrnuje i rady, návody a vysvětlení, jak drogu bezpečně aplikovat, jak používat a dezinfikovat náčiní a podobné čistě technické informace. Tištěné materiály, které tyto informace obsahují, jsou zcela specifické a jejich distribuce musí být omezena na okruh klientů, kterým jsou určeny. Dostanou-li se mimo tento okruh, např. do škol, vyvolávají senzaci, pobouření a obviňování, že se touto cestou mládež navádí k braní drog. HR se provádí buď přímo v terénu

(terénní programy, streetwork) nebo v nízkoprahových kontaktních centrech. Edukace zaměřená na snížení zdravotních rizik z užívání drog je rovněž pevnou součástí léčebných programů.

(14)

## - HEROIN

Zvaný „háčko“, „ejč“, „materiál“, přivozuje stav euforie spojený s vnitřní pohodou a úlevou od problémů a úzkostí. Jedná se o opioid, polosyntetický derivát morfinu. V lidském organismu se znovu mění na morfin, na jehož principu tedy působí. Je daleko účinnější než ostatní opiáty z důvodu např. větší slučivosti s lipidy pokrývající nervovou tkáň. Toxicita heroinu je přibližně pětkrát vyšší než toxicita morfinu a deseti až dvacetinásobně vyšší než opia.

(14)

Heroin byl původně doporučován jako skvělý prostředek na dýchací potíže u pacientů trpících astmatem a tuberkulózou. Vedle toho byl podáván jako protilék při symptomech morfinové závislosti. Heroin ovšem vytvářel mnohem vážnější a hlubší návyk. Proto bylo jeho užívání při léčbě zakázáno.

(11)

Po požití heroinu, jenž obrací pozornost individua do jeho nitra, je vnímání bolesti oslabeno, člověk se dostává do stavu pohody a klidné euforie, jeho myšlenky poklidně vyplouvají na povrch, jsou zbaveny veškeré afektovanosti. Myšlenkové procesy jsou obvykle zpomaleny. Tento psychický stav doprovázejí i fyziologické změny. Frekvence dýchání se zpomaluje, zužují se zornice, omezuje se funkce peristaltiky a vyměšování, nastává sucho v ústech a na sliznicích.

Jestliže je heroin podán nitrožilně, je efekt popisován okamžitě a je značně intenzivní. Dochází ke krátkému, zpravidla 10-15 minutovému stavu, nazývanému ve slangu „*flash*“ (záblesk), který se vyznačuje návaly intenzivní, absolutní radosti doprovázené pocity vřelé srdečnosti a uvolnění, procházejícím celým tělem. „Flash“ může být spojen s pocity pohody, ať už prožitými někdy předtím v reálu, nebo imaginárními. U některých lidí vyvolává pocity podobné sexuálnímu orgasmu, u jiných pocity, jaké zažívali jako děti ve vztahu k matce. Zážitky podvědomí vyplouvají na povrch a nabývají na intenzitě. Tyto prožitky jsou produktem silně subjektivních vjemů navázaných na fyzický efekt po vpravení heroinu přímo do krevního oběhu.

Užívání heroinu může způsobovat snižování potřeby jídla a sexu, křeče, u žen poruchy menstruace. Jeho vedlejšími projevy mohou být i trvalá malátnost a apatie, které jsou při návykovém užívání doprovázeny poruchami spánku. Obecnými příznaky jsou úpadek fyzické kondice, zvýšená citlivost na nepohodlí a bolest v období mezi dvěma dávkami, časté návaly úzkosti spojené s intenzivními emocionálními konflikty a vystupňované narůstající potřebou další dávky drogy, zhoršování osobních, pracovních a společenských vztahů, apatie a nespavost.

Při užívání heroinu hrozí nejrůznější infekce, jak virového, tak i bakteriálního původu, které mohou mít velice vážné důsledky. Dlouhodobé užívání přes nosní dutinu (šňupání) narušuje nosní

sliznici a vnitřní orgány. Nitrožilní forma navíc zvyšuje riziko nákazy hepatitidou (zánět jater), bakteriální endokarditidou (zánět výstek srdečních dutin) a nejzávažnějším typem onemocnění v současnosti AIDS atd. Toxikoman při zběsilé honbě za dávkou drogy totiž často zapomíná i na nejzákladnější hygienická pravidla. Jiným zdrojem možných komplikací bývají látky přimíchávané do dávek heroinu. Heroinomani často drogu kombinují s jinými přípravky, aby tak omezili její záporné vedlejší účinky. Častá bývá kombinace se syntetickými analgetiky, barbituráty a také kokainem nebo amfetaminy. (9)

Závislost vzniká velmi rychle a je velmi silná, abstinční příznaky bývají velmi těžké a nepříjemné a v extrémních případech mohou ohrozit základní životní funkce. Při intravenózní aplikaci se hovoří o závislosti po 5-7 dávkách, někdy hned po první. Riziko předávkování je vysoké zejména díky nemožnosti ověřit si čistotu drogy při prodeji na ulici a předávkování touto drogou může končit smrtí. (1)

Touha po získání co nejvyšší ceny za heroin od konečného spotřebitele způsobuje přimíchávání různých příměsí do čistého heroinu za účelem zvýšení jeho váhy. Jako přísady se používají strychnin, jedlá soda, amfetaminy, křemičitan hořečnatý, jasanový cukr, mouka, dokonce i omítka. Rizikem je neodhadnutí koncentrace heroinu v dávce.



Toxikomané preferují nitrožilní aplikaci pro rychlejší účinek, kdy je heroin roztaven nad ohněm, obvykle v čajové lžičce a poté zředěn destilovanou vodou. Tento roztok se pak vpraví do žíly obvykle inzulínkou.

## - METADON

Syntetický opiát, při jehož výrobě se nevychází z opiátů. Jeho molekula se nepadobá morfinu či heroinu a má odlišnou chemickou strukturu. Opioid používaný pro léčbu závislostí na opiátech a jako analgetikum. Je ve formě tablet, injekcí a roztoku. U nás se používá jen ve formě roztoků k léčbě závislostí. (6)

Nejpodstatnější rozdíl mezi účinkem metadonu a ostatních opiátů je doba působení. U metadonu 13-47 hodin. U heroinu je to 4-6 hodin. Na metadon vzniká stejně snadno závislost jako na jiné opiáty. Je dvakrát silnější než morfin. Pokryje denní dávku, proto se podává jednou denně, je ve formě roztoku, který se pije. U stabilizovaného pacienta přetrvává účinek 24-36 hodin. Průměrná dávka, kterou pacient vypije, je 22 ml/110 mg a nastavuje se individuálně. Bezpečná dávka pro nezávislého člověka je přibližně 30mg.

Metadon je bezpečné léčivo s minimálními vedlejšími účinky. Z vedlejších účinků se nejčastěji vyskytuje pocení, nauzea, zácpa a nárůst tělesné hmotnosti. Metadonová udržovací léčba sama o sobě nenarušuje normální fungování nebo intelektuální kapacitu pacientů.



Metadon je látka, která zabraňuje abstinenčním příznakům, je bez psychotropních účinků, tj. bez euforie, sedativního účinku nebo analgezie, snižuje craving, který je pravděpodobně hlavním důvodem relapsu. Proto pacienti mohou normálně fungovat a vykonávat jakékoliv běžné úkony. Pacienti mají zachované normální vnímání bolesti a emočních reakcí. Další výhodou je možnost jeho podávání perorálně (ústy).

Tolerance k metadonu je stabilní, proto pacienti mohou být udržováni neomezeně dlouho na stejné dávce. Při léčbě metadonem jsou kontraindikovány další opiáty, benzodiazepiny a požívání alkoholu. (10)

#### **- OPIÁT, OPIOID**

Opiát je přírodní látka (*opium*) a opioidy jsou syntetické, jako *morfin, kodein, heroin, braun*. Účinky se u různých lidí často liší. Závisí na typu užití látky, jejím množství, koncentraci, způsobu, jakým byla požitá a individuálních charakteristikách uživatele včetně jeho fyzické kondice, věku, psychice. (14)

Opiátové drogy působí prostřednictvím vazeb s receptory na buněčných membránách neuronů v mozku a míše, nervových pletencích v gastrointestinálním traktu a jiných částech vegetativního nervového systému a bílých krvinkách. Nejvýraznějším účinkem a účinkem, pro který jsou opioidy nejčastěji předepisovány a zneužívány, je jejich působení na centrální nervový systém. Existuje

několik druhů receptorů opioidů, které ovlivňují různé fyziologické funkce. Například receptory delta jsou zapojeny v systémech ovlivňujících náladu, euforie, dýchání, bolest, tlak, endokrinní a gastrointestinální funkce; receptory kapa souvisí s endokrinními změnami a analgezií – sníženým vnímáním bolesti. Působením v CNS způsobují opioidy analgezií, pocit zklidnění a sníženého vnímání chápání a potlačení nutkání ke kašli. Opiáty však mohou vyvolat řadu nežádoucích účinků jako jsou pocit nevolnosti, zvracení, snížení dýchání, zúžení zornic, změny teplotní regulace a rozmanité změny v neuroendokrinním systému. (2)

Narkomani obvykle zažívají zlepšení nálady a zvýšený pocit sebevědomí. Jiní naopak cítí pocity zmatku a ospalost. Závislí na heroinu, kteří nemají vysokou toleranci, pociťují někdy zároveň s euforií nevolnost a zvracení. Je pravděpodobné, že opakované užívání opioidů je motivováno přáním opětovného prožívání pocitu euforie. Jestliže si člověk sám aplikuje opioidy intravenózně (nebo kouří heroin, opium či šňupe), nastává ostrý a rychlý vzestup hladiny opioidu v mozku, který způsobuje zřetelné, intenzivní a všeobecně příjemné vzrušení, které je závislémi na heroinu často označováno jako *opojení nebo rauš*. (14)

## **- PRESKRIPCE SUBSTITUČNÍ LÁTKY**

Podávání (předepisování nebo vydávání ke konzumaci pod dozorem či bez něj) substituční (návykové) látky lege artis (dle

lékařských zásad) v množství, které dostatečně potlačí pacientovy abstinenci příznaky a umožní vést po všech stránkách plnohodnotnější život. (13)

#### **- SUBSTITUČNÍ LÉČBA**

V kontextu léčby závislostí se jedná o paliativní léčbu, která odkládá splnění konečného cíle tj. trvalé a uvědomělé abstinence na dobu, kdy bude pacient objektivně i subjektivně schopen abstinenci orientovanou léčbu podstoupit. Do této doby je naším cílem co nejdůsledněji a nejúspěšněji zlepšovat pacientův somatický a psychický stav. (10)

#### **- ZÁVISLOST, SYNDROM ZÁVISLOSTI**

Je to skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si v minulosti cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislostí je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák. Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuoobjevení jiných rysů syndromu než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje. Definice diagnózy závislosti by se obvykle měla stanovit pouze tehdy, jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- silná touha nebo pocit puzení
  - potíže v sebeovládání
  - tělesný odvykací stav
  - průkaz tolerance k účinku látky
  - postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů
  - pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků
- (7)

### 3.2 METADONOVÁ SUBSTITUCE

Za I. světové války trpěla německá armáda nedostatkem morfinu, který byl podáván vojákům. Proto byl německým vědcům přidělen úkol syntetizovat nová, vysoce účinná analgetika. S výsledky experimentů se odborná veřejnost mohla seznámit již v roce 1929, ovšem pro praxi měly význam až mnohem později. Metadon patřil do této experimentální skupiny a němečtí chemici jej později na počtu Adolfu Hitlerovi pojmenovali *Adolfine* nebo také *Dolophine*. Americká špionážní služba narazila na metadon po válce v německém farmaceutickém průmyslu.

(14)

Počátkem 60. let minulého století byly Spojené státy konfrontovány s nárůstem závislostí na heroinu. Počty závislých stoupaly a rostla i sekundární kriminalita. Chyběl dostatek adekvátních terapeutických programů, justiční zákroky byly neefektivní a vláda se cítila povinna zasáhnout. Obracela se směrem

k řešení, která by pomohla jak individuálním závislým tak odlehčila společnosti. Jelikož se ověřilo, že individuální psychoterapeutické přístupy nejsou u heroinistů efektivní, muselo se řešení hledat v jiné oblasti.

Celá řada tehdejších výzkumníků považovala heroinovou závislost za metabolickou poruchu, a proto vláda požádala Vincenta Doleho, aby se ujal tohoto problému. Dole přijal úkol a začal spolupracovat s psychiatrickou a neuroložkou Mary Nyswanderovou, která se již léta věnovala léčbě toxikomanů v New Yorku. V roce 1965 vydali první zprávu o substituci metadonem při heroinové závislosti.

Vycházeli z následujících hypotéz:

1. Závislost na heroinu je nemocí metabolickou, vzniklou dlouhodobým užíváním opiátů. Dlouhodobé užívání má za následek změnu látkové výměny v organismu.
2. Déle působící syntetický opiát metadon je považován za lék, jenž má u heroinistů obdobné účinky jako inzulín u cukrovky. Nejde tedy o léčení jako takové, nýbrž o substituci chemické látky, která je v těle přítomna v nedostatečné míře. Na základě této hypotézy vznikla teorie o podávání „udržovacích dávek“ metadonu heroinistům.
3. V podstatě bylo možné v souladu s výše uvedenou hypotézou použít jakýkoliv opiát, včetně samotného heroinu, ale metadon měl několik praktických výhod:

### Praktické výhody:

- *Delší doba působení.* U metadonu stačí v naprosté většině jedna dávka za dvacet čtyři hodin k tomu, aby se pacienti cítili dobře a bez problémů se mohli věnovat každodenním činnostem.
- *Metadon může být běžně užíván perorálně,* takže odpadají rizika nitrožilního, nesterilního podávání: hepatitidy, abscesy, záněty žil, sepse, endokarditidy, malárie, AIDS atd.
- *Hypotéza blokády* byla jedním ze základních teoretických stavebních kamenů a dodnes se odborníci nemohou dohodnout, zda je platná nebo ne. Vycházela z předpokladů blokujícího účinku metadonu. Při dostatečné substituci metadonem bude heroin zcela bez efektu. Takže užití heroínu u metadonových pacientů by mělo proběhnout bez jakýchkoliv pocitů, jestliže dávka metadonu bude dostatečně vysoká. (14)

Obhajobou substituční léčby u drogově závislých může být definice zdraví WHO, která chápe zdraví jako vysokou úroveň uspokojování bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb a hodnot, kde zdraví tedy neznamená jen nepřítomnost nemoci, ale vysoce individuální jev, jakým je pojem zdraví vnímán. Pakliže vycházíme z předpokladu, že drogová závislost je nemoc, musíme vyzkoušet všechny dostupné metody pro jejich odstranění, nebo pro zlepšení kvality života nemocného. Nikoho obvykle nenapadne kritizovat paliativní formy léčby u nevléčitelných systémových či maligních chorob. Jen těžko by si někdo dovolil odsuzovat terapii inzulínem,

protože se jedná o substituci látky, která je pro diabetika životně nezbytná. Jak už se diabetik ke svému těžkému stavu dopracoval, laika většinou nezajímá. Laická veřejnost většinou neví, že jedna z forem diabetu může být následkem systematické destrukce narušeného organismu porušováním předepsané životosprávy. Udržovací léčba metadonem nepředstavuje radikální odchylku od předcházejících postupů používaných při pomoci závislým osobám. Tato nová léčebná modalita vstupuje do vědomí laické i odborné veřejnosti. Její rozšiřování a použitelnost bude vymezena tlakem poptávky potřebných na straně jedné a mírou tolerance a vstřícnosti veřejnosti na straně druhé.

#### Cíle substituční léčby metadonem

- snížení negativního dopadu na společnost
- ukončení injekční aplikace drog
- snížení kriminality
- omezení rizikového chování
- zlepšení zdravotního stavu
- resocializace pacientů
- ukončení užívání opioidů/opiátů
- omezení zdravotního rizika spojeného s drogami (hepatitida typu B a C, HIV)



## Metadonový program v ČR

Experimentální provádění metadonové substituce v České republice bylo Ministerstvem zdravotnictví projednáváno již v roce 1995. Vláda České republiky 9.5.1996 se zabývala otázkou provádění metody metadonové substituce. Ministr zdravotnictví jmenoval osmičlennou „Komisi Ministerstva zdravotnictví ČR“ pro výběr pracovišť a pro odborné posuzování průběhu klinického zkoušení substituce metadonem u nemocných závislých na intravenózní aplikaci heroínu z odborníků doporučených odbornými lékařskými společnostmi a z pracovníků MZ. Komise posléze zvolila jako pracoviště vhodné pro ověření metody VFN Apolinář-oddělení pro léčbu závislostí a vytvořila základní „Protokol ověřování metody metadonové substituce v podmínkách České republiky“.

První metadonový program byl zahájen 28.7.1997 ve VFN u Apolináře. V současné době dochází do programu 70 pacientů, kteří jsou v denním kontaktu se sestrou. Celkem prošlo programem 251 pacientů.

O pacienty se stará terapeutický tým, který je složen z lékaře, sociální pracovnice, staniční sestry, 4 sester a dalších specializovaných lékařů. Pacientům jsou poskytovány individuální konzultace, skupinové terapie, sociální služby, sociokulturní aktivity, pracovní dílny apod. Pacienti, kteří dlouhodobě dodržují pravidla programu, mají možnost vycestovat do zahraničí, kdy dostávají

certifikát od MZ ČR. Při porušení pravidel jsou pacienti vyloučeni formou snižování dávky metadonu.

Pacientům jsou prováděny 1x týdně namátkové odběry moče pod dohledem na toxikologické vyšetření. Minimálně 1x měsíčně se posílají moče do laboratoře na kvantitativní vyšetření na opiáty, benzodiazepiny, amfetaminy. Provádí se také alkotest.

Do programu se mohou hlásit pacienti i bez doporučení tzn. z ulice, u kterých je:

- anamnesticky prokázána dlouhodobá závislost na opiátech (alespoň 2 roky)
- dosáhli věku 16 let
- těhotné ženy a HIV pozitivní se přijímají přednostně

V naší republice je v současné době 9 programů.

### **Pozitivita a negativita metadonové léčby**

#### **Pozitiva**

##### **Zdravotní oblast :**

- snížení přenosu infekce nesterilní intravenózní aplikací drogy
- snížení přenosu infekce mezi širokou veřejností (prostituce)
- snížení rizika předávkování se opiátem (nikdy nelze odhadnout „čistotu dávky“)
- snížení rizika toxického poškození jater z nedostatečně „čisté“ drogy

- zlepšení celkového zdravotního stavu pacienta díky denní docházce do programu (možnost ošetření, životospráva, možnost konzultace zdravotních obtíží a doporučení ke spolupracujícím specialistům)
- prodloužení života pacienta
- snížení užívání nelegálních drog vzhledem k pravidelnému testování moči

#### Sociální oblast:

- zlepšení bytové problematiky (většina klientů se vrací domů)
- možnost nástupu do zaměstnání
- přijetí zpět do rodiny
- možnost studia
- navázání nových partnerských vztahů
- možnost založení vlastní rodiny
- zlepšení kvality života
- možnost získat zpět děti do vlastní péče

#### Ekonomická oblast:

- snížení denních nákladů na překonání abstinčních syndromů. Jedna denní dávka metadonu přijde asi na 12,- Kč, zatímco jedna dávka heroinu vyjde na 500,- až 1 000,- Kč. Prostředky na drogu jsou získávány krádežemi a nelegálními činnostmi (výrobou a distribucí).

- ekonomická přínosnost (stávají se práce schopnými)
- eliminace nákladů na hospitalizace spojené s užíváním drog
- eliminace nákladů za detoxifikace a dlouhodobé ústavní léčby
- snížení nákladů v trestních řízeních
- snížení nákladů na justiční a policejní aparát

#### Právní oblast:

- snížení počtů trestních činů
- nepodporování sítě organizovaného zločinu kupováním si dalších dávek nelegálních drog, prostitucí, krádežemi

#### Negativa

##### Zdravotní oblast:

- vytvoření tělesné závislosti u osoby, která předtím neměla vytvořenou tělesnou závislost na opiátech. Zde je potřeba spolehlivě diagnostikovat tělesnou závislost.
- riziko intoxikace u lidí bez tolerance. Například při vyloučení z programu je jejich tolerance k opiátům snížena.
- riziko intoxikace dětí, při požití dávky metadonu, která nebyla správně uložena.
- riziko interakce s dalšími opiáty, alkoholem a benzodiazepiny.

#### Právní oblast:

- nelegální obchod s metadonem

- obchodování s nelegální drogou v blízkosti centra
- problémy s okolím centra při krádežích a kumulace drogově rizikových lidí.

## **4. VÝZKUMNÁ ČÁST**

---

Tato část mé práce vychází ze získaných poznatků z dotazníků od pacientů metadonového centra a dostupné dokumentace. Sleduje, jak vnímají pacienti efektivitu léčby metadonem v Centru substituční léčby.

Pro tuto práci jsem si stanovila cíle:

1. Zjistit subjektivní vnímání efektivity léčby pacienty
2. Porovnat subjektivní a objektivní hodnocení efektivity léčby
3. Využít výsledků hodnocení pro zlepšení služeb

### **4.1 POUŽITÉ METODY**

Informace, potřebné k získání údajů, jsem získala z:

- dotazníku vlastní konstrukce
- studiem zdravotní dokumentace

#### **Dotazník:**

Tento dotazník jsem sama konstruovala a bude možné ho použít i v dalších letech pro porovnání vývoje spokojenosti pacientů (viz příloha č.2.). Dotazník obsahoval 34 otázek. Většina otázek měla odpovědi strukturované, předem připravené. Pacienti odpovídali

zaškrtáváním odpovědí. Některé odpovědi byly volné, zaměřené na pohlaví, věk, vzdělání, atd. Jednalo se o otázky č.1–5, 21, 34.

Dotazník byl anonymní vzhledem k tomu, aby pacienti odpovídali popravdě a nezatajovali některé důležité informace. Na oddělení v čekárně byla ponechána urna, kam pacienti vraceli vyplněné dotazníky.

Nejprve jsem otázky zaměřila na kvalitu života, zdravotní a psychický stav a vztahy, poté na ilegální drogy a posledním okruhem otázek byly dotazy na spokojenost s programem.

Dotazníky jsem zpracovala a uvedené skutečnosti jsem zanesla do grafů pro jejich lepší názornost.

#### Dokumentace:

Dále jsem získávala objektivní informace z dokumentace, které jsem porovnávala s výpověďmi z dotazníků. Využila jsem zdravotní dokumentace, výsledků z toxikologických vyšetření, sociální dokumentace a statistických dat.

## **4.2 ORGANIZACE VÝZKUMU**

Výzkum proběhl pouze na pracovišti Centra substituční léčby Apolinář. Jedná se o státní ambulantní zařízení, které je součástí Oddělení pro léčbu závislostí ve VFN Praha.

K tomuto výzkumu jsem použila metodu dotazníků, které jsem rozdala respondentům z Centra substituční léčby a využila studia z dokumentace pacientů.

O výzkumu jsem informovala zdejší vedení a terapeutický tým, který byl nápomocen s rozdáváním dotazníků. Pacienti byli seznámeni s dotazníkem, ubezpečeni o anonymitě a o způsobu navrácení dotazníků.

Rozdávání dotazníků a jejich sběr trval asi měsíc, poté jsem dotazníky zpracovala. S výsledky jsem seznámila jak personál, tak pacienty v písemné podobě, které jsem vyvěsila na místní informativní nástěnku.

### **4.3 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU**

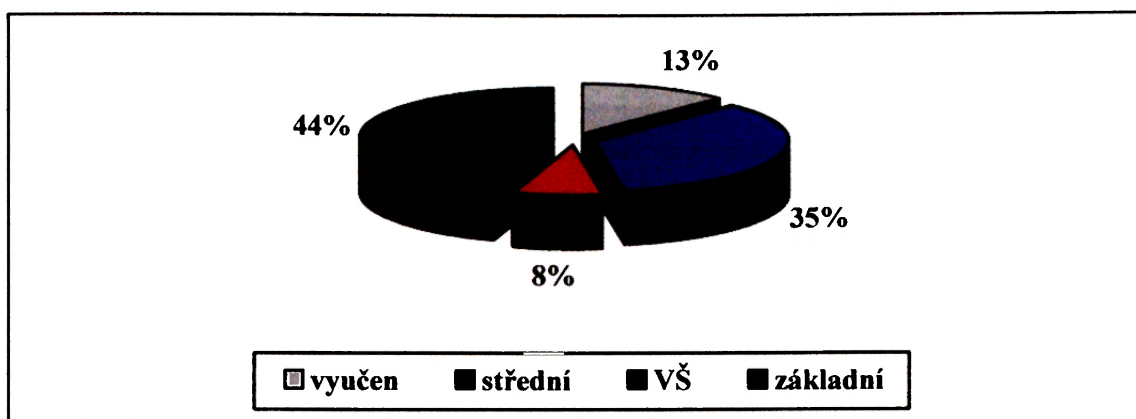
Celkem odpovídalo 43 respondentů, 28 žen a 15 mužů. Do programu dochází 70 pacientů. V průměru je respondentům 30 let, jsou v programu 24,91 měsíců. Nejdelší doba v programu je 9 let. Vzdělání mají především základní. Většina z nich má nedostudovanou střední školu. Drogy před vstupem do programu užívali v průměru 10 let. Nejmladšímu pacientovi je 21 a nejstaršímu 57 let.

### **4.4 ANALÝZA VÝSLEDKŮ**

Vzdělání pacientů je převážně základní. Většina z nich má nedostudovanou střední školu. Vyučených je 6(13 %) pacientů,



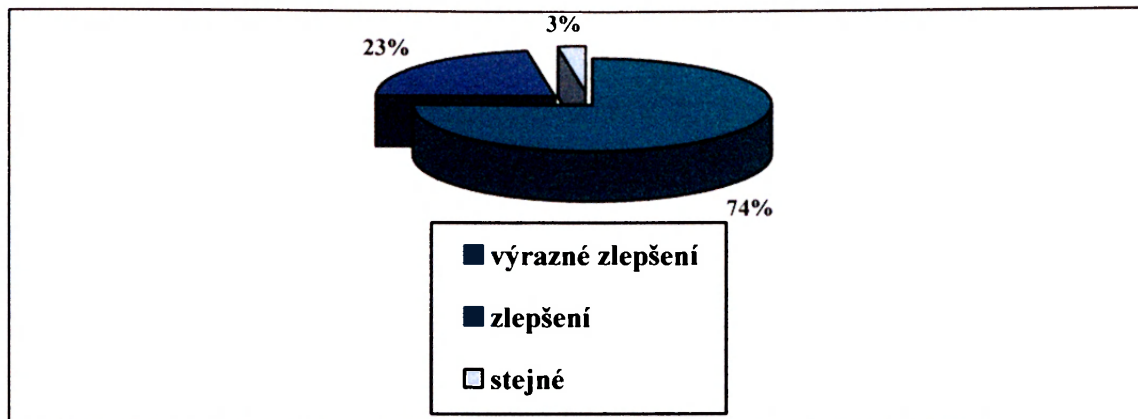
střední školu má 15(35 %), vysokoškolské vzdělání 3(8%) a základní 19(44 %) pacientů. (viz graf č.1.).



Graf č.1. - Vzdělání pacientů

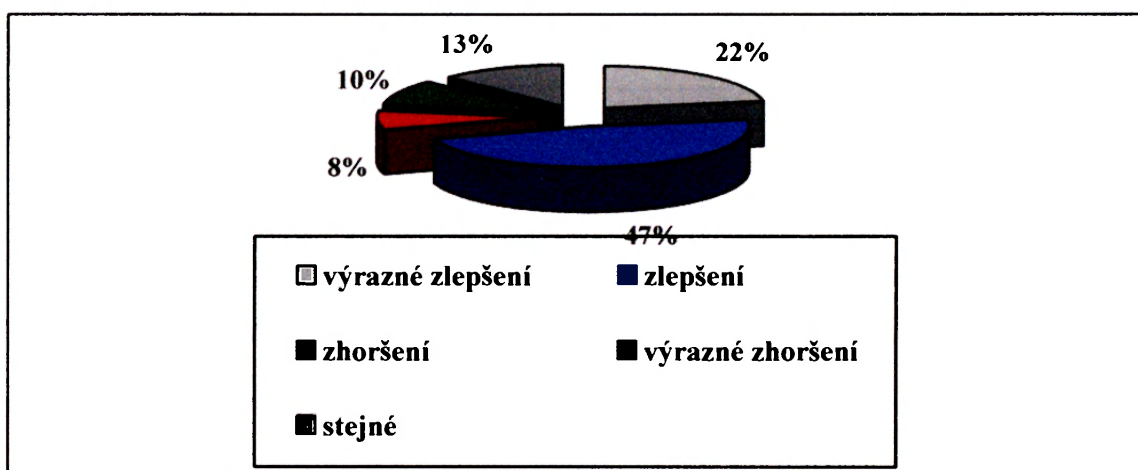
Kvalita života se změnila výrazně k lepšímu u 32(74 %) dotazovaných. Necelá 1/4, tj. 10(23 %), odpovídala, že se jejich život změnil k lepšímu. Pouze jeden odpověděl, že je stejná. Nikdo neuvedl, že došlo ke zhoršení (viz graf č.2.). Pacientům se změnil život především díky tomu, že nemusejí trávit většinu dne sháněním peněz na drogy.

Byl zjištěn výrazný efekt subjektivního vnímání pozitivních změn na kvalitě života, psychického a fyzického stavu a ve vztazích s rodinou za dobu léčby v metadonovém centru. Toto je výsledkem změnou životního stylu.



Graf č.2. - Kvalita života

Kvalita zdravotního stavu se zlepšila skoro u poloviny pacientů, tj. 20(47 %) pacientů, výrazné zlepšení zaznamenalo 10(22 %), zhoršení 3(8 %), výrazné zhoršení 4(10 %) a stejný 6(13 %) pacientů (viz graf č.3.). Pacienti si začínají léčit především hepatitidu C a ustupují kožní a cévní problémy jako komplikace po i.v. aplikaci drog. U žen se občas objevují gynekologické potíže, v současnosti se jedná o 1 pacientku. Pohlavní onemocnění se nevyskytuje žádné v současné době. Je velká prevalence VHB aVHC. Pacienti se léčí interferonem a jejich počet se snižuje.



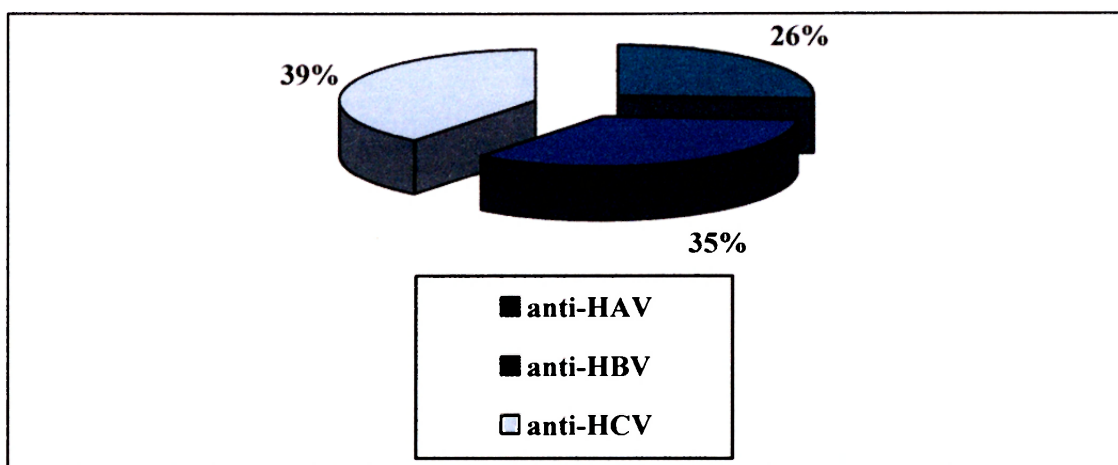
Graf č.3. - Zdravotní stav

### Graf č.3. - Zdravotní stav

Zastoupení pozitivních infekčních onemocnění v průběhu fungování programu:

- pozitivních pacientů na hepatitidu typu A je 70(30 %)
- pozitivních pacientů na hepatitidu typu B je 92(47,4 %), z nichž 4 byli aktivní
- pozitivních pacientů na hepatitidu typu C je 105(70 %)
- pozitivních pacientů na syphilis jsou 2
- pozitivních pacientů na HIV jsou 2

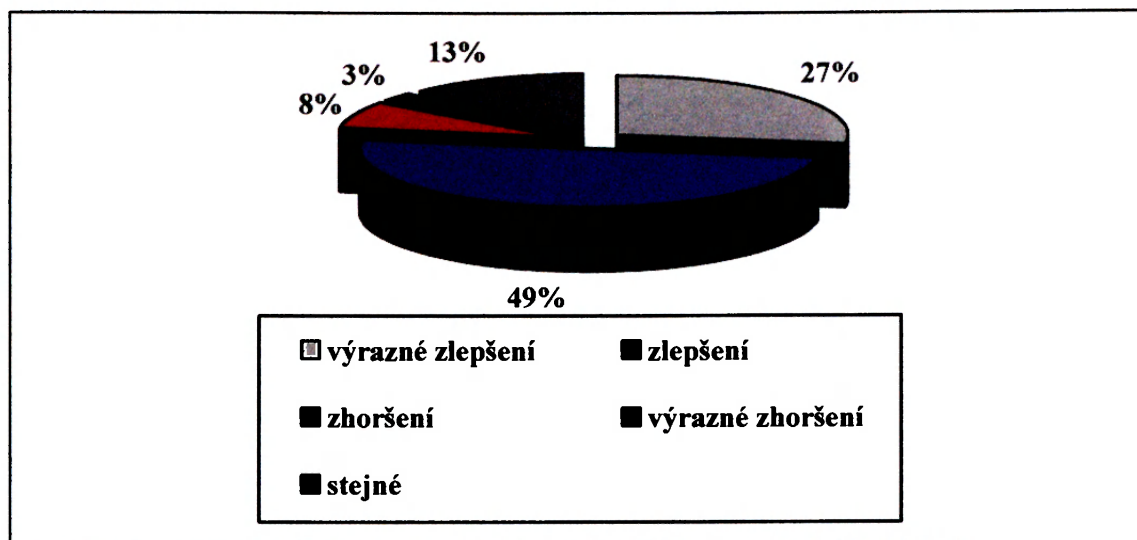
(viz graf č.4.).



Graf č.4. - Pozitivita hepatitid

Součástí poskytovaných služeb je interní ambulance, kde jsou pacienti dispenzarizováni. Dispenzarizace je povinná a je součástí terapeutické smlouvy.

Polovina pacientů uvádí, že se jejich psychický stav zlepšil, tj. 21(49 %), výrazné zlepšení pocítuje 12(27 %), zhoršení 3(8%), výrazné zhoršení 1(3 %), stejné 6(13 %) pacientů (viz graf č.5.).

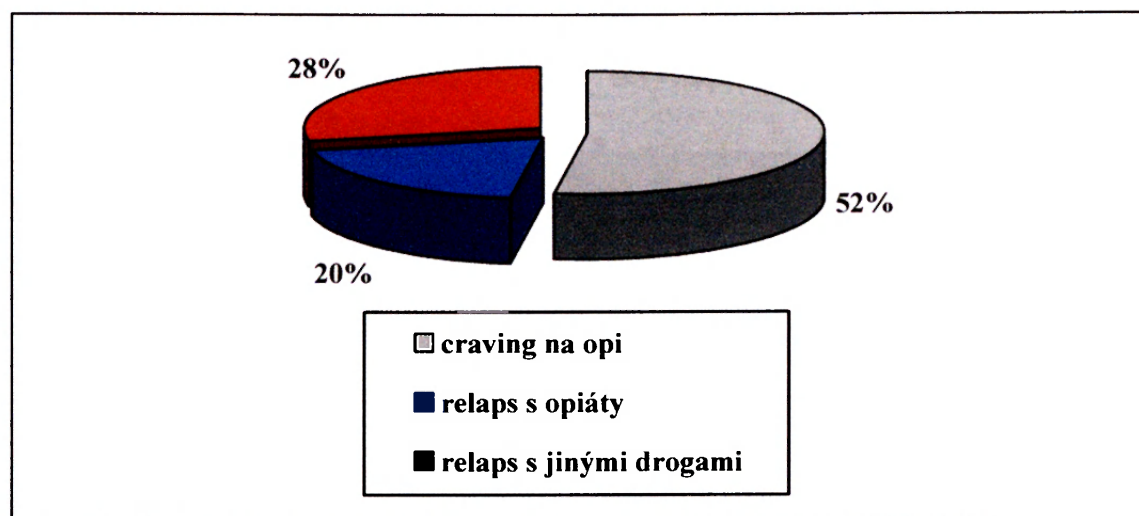


Graf č.5. - Psychický stav

Přesto někteří uvádějí své emoce jako „*prožívání přes sklo*“. Spousta pacientů nachází cestu zpět ke svým blízkým a dokáží se radovat ze všedních věcí. Ale zároveň si začínají uvědomovat realitu a s ní i spojené problémy, které se jim nashromáždily během jejich toxikomanské kariéry a nyní je musí řešit. Na řešení problémů nejsou připraveni a s tím přichází zklamání, špatné nálady a někdy i deprese. Toto jsou momenty, kdy může dojít k relapsu.

První rok je pro pacienty nejtěžší, obzvláště pak první 4 měsíce. Musí se stabilizovat na dávce metadonu, vyrovnat se s realitou a nést následky z minulosti. Pokud není správně nastavená dávka, objevuje se craving (bažení po droze) u 24(52 %) pacientů a

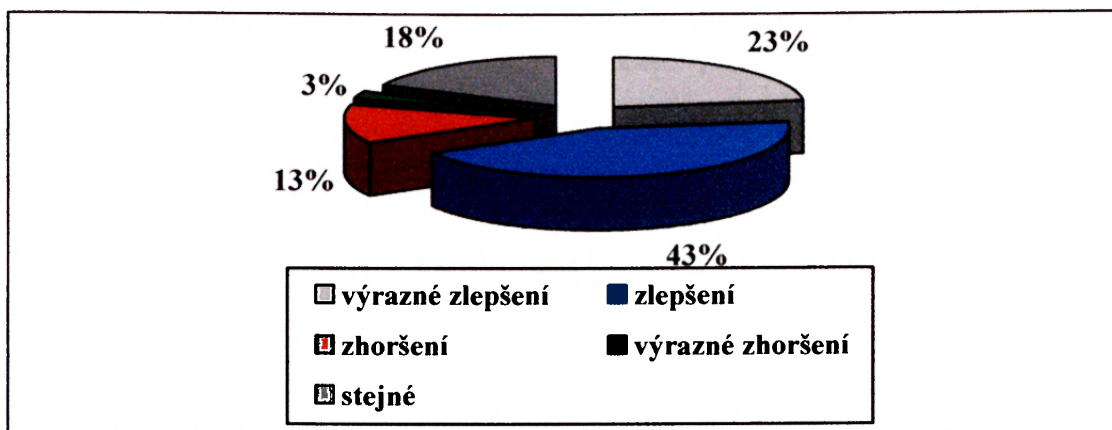
někteří z nich zrelapsují 9(20 %) pacientů (viz graf č.6.). Relapsu, s jinými než opiátovými drogami, se dopustilo 13(28 %) pacientů.



Graf č.6. - Craving a relaps

Jejich psychický stav je důležitý i pro obnovení starých vztahů a navázání vztahů nových. Skoro polovině pacientů se podařilo zlepšit vztahy s rodinou (viz graf č.7.). Navrací se nazpět domů. Většinou trvá déle než je jejich rodina přijme a začne jim věřit. Někteří rodiče neakceptují metadon a neberou to jako léčbu, ale jako další drogu. Někteří je nutí, aby z léčby odešli a abstinovali. Avšak předčasný odchod z léčby nebývá šťastný.

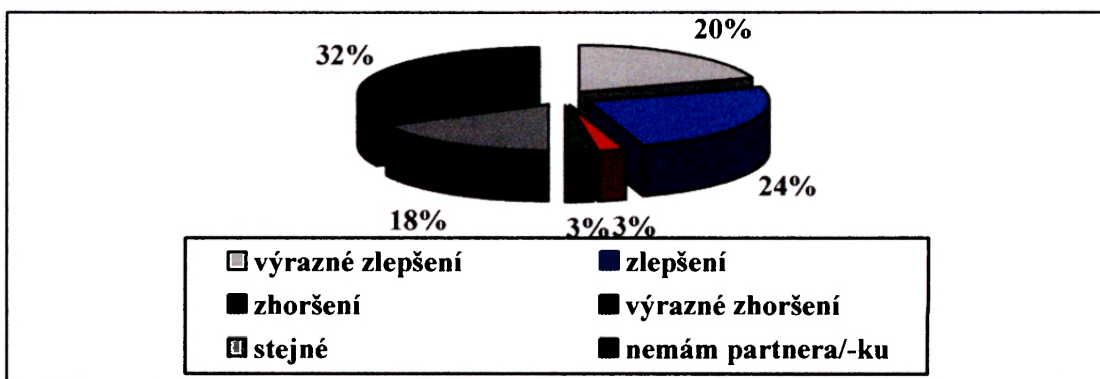
Pacienti, co mají dospělé děti, nacházejí si k nim cestu a radují se z vnoučat. Snaží se dětem pomáhat a vynahrazovat to, co zmeškali.



Graf č.7. - Vztah s rodinou

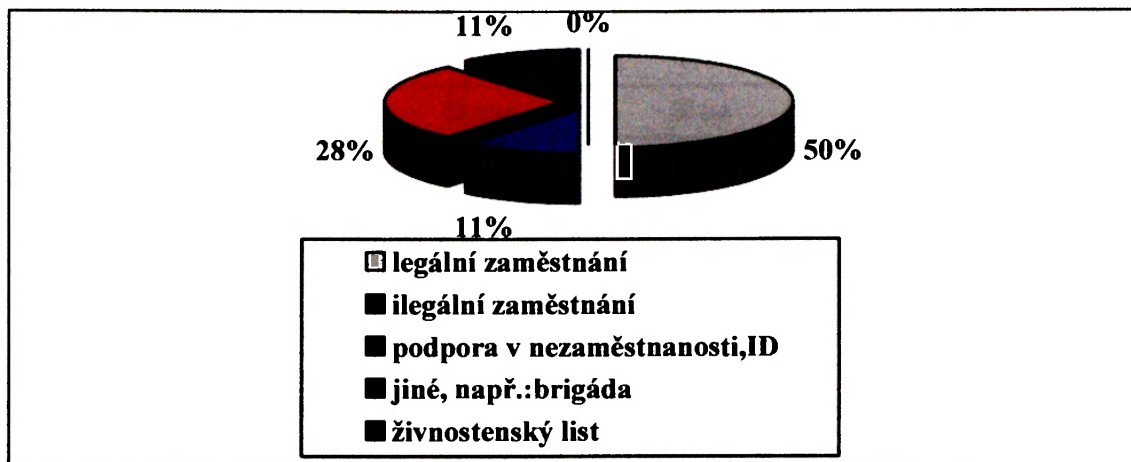
U vztahů s partnerem to bývá podobné. Tzv. „neberoucí“ partneři žádají, aby odešli z metadonového programu. Snaží se pomoci a neuvědomují si, jaký úkol si na sebe vzali.

V současnosti do programu chodí 10 párů, kteří spolu žili už v době, kdy užívali drogy a rozhodli se, že se budou společně léčit. Někteří z nich sem chodí 7 let a jsou stále spolu a jejich vztah se zlepšil. Některé páry se rozešly. Pokud se šel léčit jen jeden, tak ve většině případů vztah ztroskotal. 13(32 %) pacientů uvádí, že nemá partnera (viz graf č.8.).



Graf č.8. - Vztah s partnerem/-kou

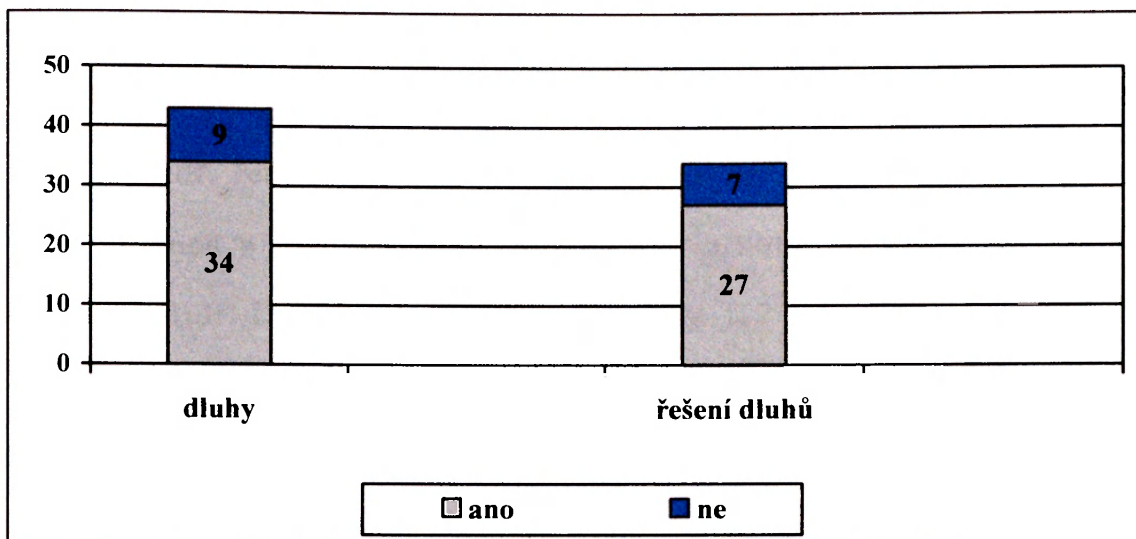
Pacienti v metadonovém programu pracují převážně legálně tj. 18(50 %). Další velkou skupinou jsou pacienti, kteří pobírají podporu v nezaměstnanosti nebo mají invalidní důchod, těchto pacientů je 10(28 %). Pouze jeden pacient nemá žádné finanční zajištění a uvedl, že je živen rodiči (viz graf č.9.)



Graf č.9. - Finanční zajištění

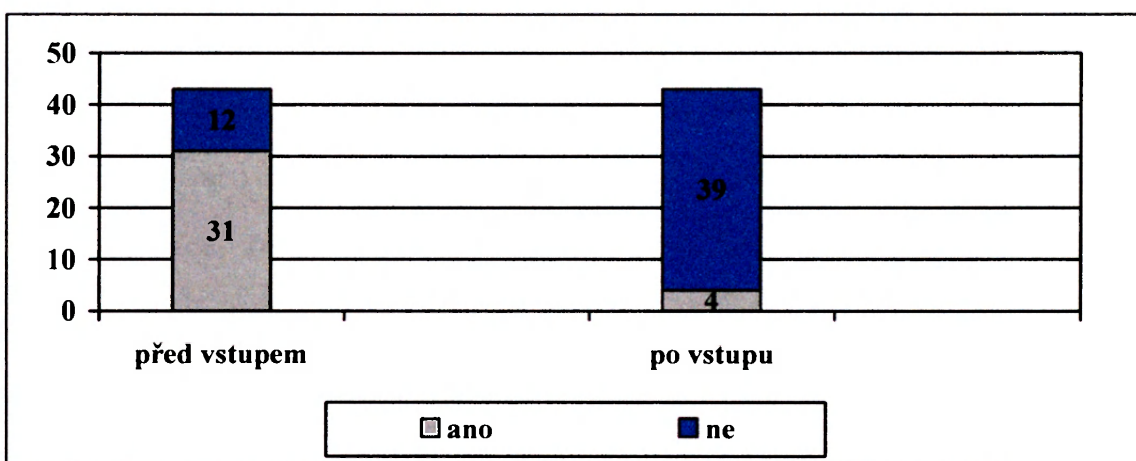
Pacienti často uvádějí, že mají zúžené možnosti pro sehnání legální práce. Vzhledem ke svému trestnímu rejstříku je nechce nikdo zaměstnat, tak čekají na výmaz z trestního rejstříku. Pokud práci najdou, ve většině případech neoznámují zaměstnavateli, že jsou účastníky metadonového programu.

Dluhy z minulosti má 34(55 %) pacientů. Jedná se řádově o tisíce. Z těchto 34 dlužníků řeší problém svých dluhů 27(45 %) lidí. K řešení této situace se rozhodli po vstupu do programu. Jsou to nejčastěji dluhy za zdravotní pojištění, DP, soudní výlohy, úhrada výkonu trestů, půjčky (viz graf č. 10.).



Graf č.10. - Dluhy

Na dalším grafu je patrné, jak metadon napomáhá snižovat trestnou činnost. Před vstupem do programu mělo problém se zákonem 31(72 %) pacientů, po vstupu se trestní činnost snížila na 4(9 %). Toxikoman si musí trestnou činností sehnat za měsíc kolem 75 000,- Kč. Tato jeho potřeba a nutnost asociálního chování při jeho zařazení do metadonového programu odpadá (viz graf č.11.).



Graf č. 11. - Trestná činnost



V průběhu prvního roku mělo craving na opiáty 24(52 %) lidí, což je přes polovinu dotazovaných. Z tohoto počtu zrelapsovalo 9(20 %) lidí. Jedná se o relapsy ojedinělé a na začátku léčby (viz graf č.6.). Relaps s jinými drogami (mimo alkohol a cigarety) mělo 13(28 %) lidí. Denní užívání THC přiznává 1(2 %) pacient, několikrát do měsíce uvedli 4(8 %) pacienti a několikrát do roka uvedlo 8(20 %) pacientů. 30(70 %) pacientů uvedlo, že THC neužívá vůbec. Při toxikologickém vyšetření moče na THC vyšly výsledky pozitivní u 1/3 pacientů.

Dodržování pravidel tohoto programu, týkající se užívání drog, nemá problém 38(88 %) pacientů a 5(12 %) pacientů uvádí, že problém s dodržováním pravidel má.

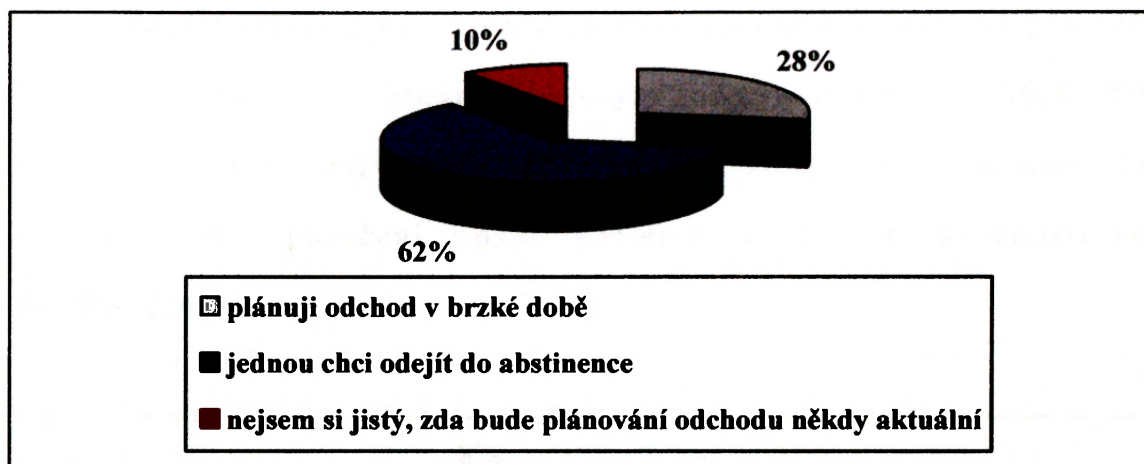
Na otázku, zdali by měly existovat metadonové programy, které umožňují svým účastníkům užívání ilegálních drog, odpovědělo rozhodně ne 23(55 %) pacientů, spíše ne 11(30%) pacientů a ano 6(15 %) pacientů. Pacienti sami uvádějí, že v programu, kde není taková kontrola a pravidla jsou volnější, by měli problém přestat brát drogy.

Důležitým krokem, aby pacienti přestali brát drogy, je vytvoření si nového okruhu přátel. Tady má velký význam resocializace. Je těžké se začlenit do nové sociální skupiny a ukončit vztahy s toxikomany.

Pacienti toto řeší vyhýbáním se rizikových míst a lidí. 35(80 %) pacientů uvedlo, že se jim vyhýbá záměrně a 8(20 %) pacientů uvedlo,

že se s nimi potká občas náhodně a nechce se už nadále s nimi setkávat.

Plány do budoucna pacientů metadonového centra jsou převážně takové, že nejvíce jich chce jednou rozhodně odejít do úplné abstinence, ale plánování odchodu prozatím není pro ně aktuální, tj. 26(62 %). 12(28 %) pacientů uvádí, že plánují odchod v brzké době do abstinence a jsou si jistí, že dokáží abstinovat bez pomoci metadonu. 5(10 %) pacienti si nejsou jistí, zdali budou někdy plánovat odchod (viz graf č.12.). Představa doživotního setrvání v substituci je pro většinu nepřijatelná a počítá s odchodem do úplné abstinence. Z pacientů, kteří opustili program s cílem abstinence, jich většina nezůstává v kontaktu a nejsou informace o jejich úspěšnosti abstinence. Z 38 pacientů je v kontaktu pouze 15.



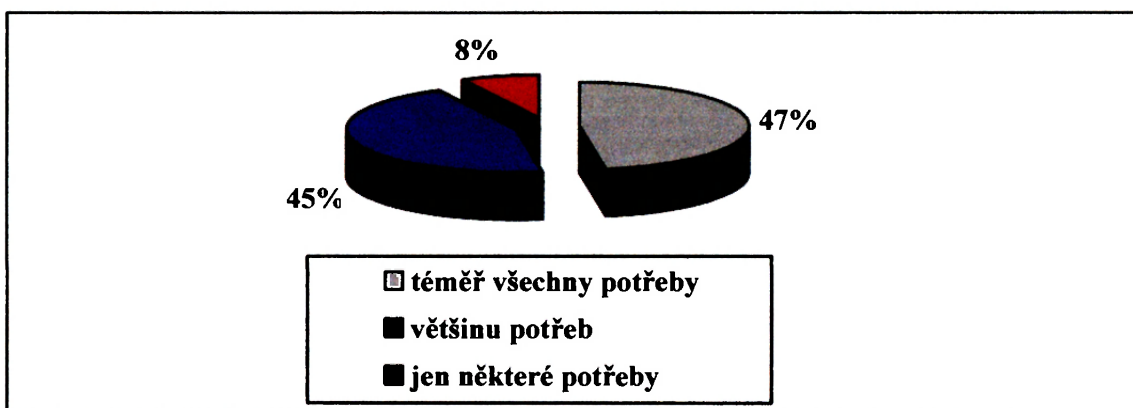
Graf č.12. - Plány do budoucna

Další okruh otázek je zaměřen na spokojenost s programem a poskytovanými službami. Pacienti jsou spokojeni s kvalitou služeb, které se jim dostávají. 27(63 %) pacientů hodnotilo, že kvalita služeb je výborná a 16(37 %) jako dobré. Nikdo není nespokojený. Jsou

překvapení pomocí, která se jim dostává, lidským přístupem. Většinou nemají dobré zkušenosti s jinými zařízeními a od společnosti se jim mnoho pomoci nedostává. Pacienti, kteří mají srovnání s jinými centry, uvádějí, že tento program jim pomohl nejvíce. Neměnili by řád centra ani personál, až na výjimky. Jejich potřeby jsou zcela satureovány. Kdyby museli, tak by si opět zvolili tento program.

20-ti(43 %) pacientům se naprosto dostává služeb, které očekávali, 23(53 %) víceméně ano. Uvádějí, že od společnosti se jim mnoho pomoci nedostává a zde byli překvapeni „nevídaným lidským přístupem“. Zdejší řád a personální obsazení by neměnili. Pacienti, kteří mají srovnání s jinými centry, uvádějí, že zdejší program jim pomohl nejvíce, přestože jsou tu nejpřísnější pravidla.

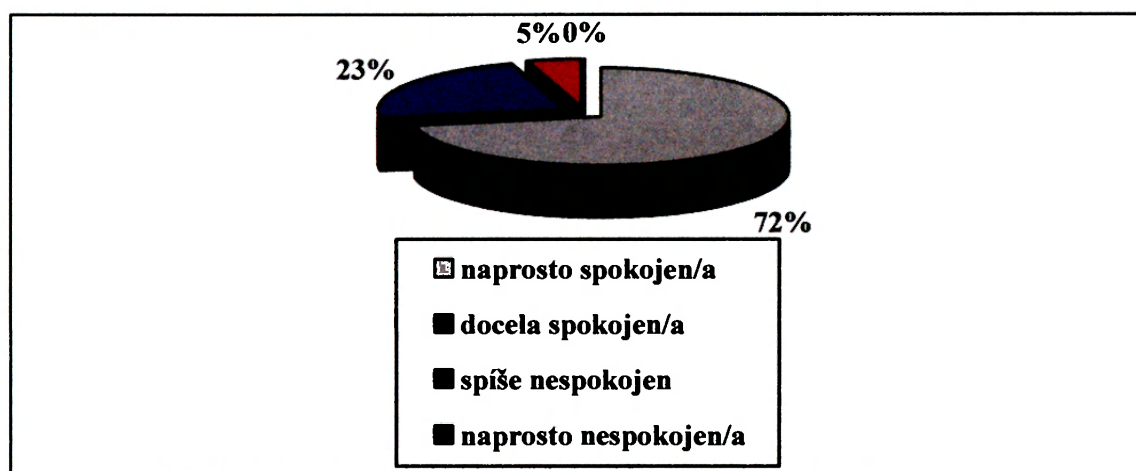
Zdejší zařízení uspokojuje potřeby pacientů ve většině případů (viz graf č.13). Tento program by svým známým doporučilo 36(84 %) pacientů, 6(14 %) spíše ano a 1(2 %) ne. Většina pacientů se hlásí do programu na doporučení jiného pacienta, který má zkušenosti se zdejším programem.



Graf č.13. - Saturace potřeb

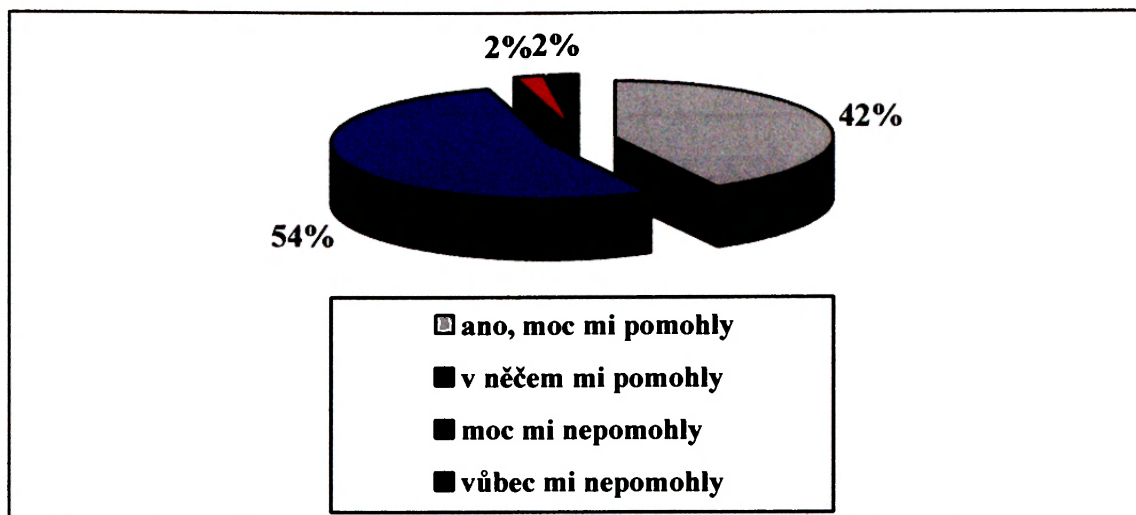
35(81 %) pacientům nechybí žádné služby v programu a 8(19 %) pacientům ano. Nejvíce by chtěli změnit výdejní dobu a to od 6 hod do večerních. Docházky do programu jim komplikují práci a zaměstnavatelé je nechtějí stále uvolňovat. Tomuto požadavku zřejmě nepůjde vyhovět, jelikož organizačně by nebylo možné obsadit služby dosavadním počtem sester ve službě. Mimopražští lidé a matky na mateřské dovolené žádají o méně časté kontakty s programem. Těmto skupinám se dá vyhovět, pokud dodržují pravidla programu a mají neproblémovou docházku, mají různé výhody, do kterých patří i výdeje. Toto je zakotveno v pravidlech programu. Ale pokud nedodržují pravidla a porušují terapeutickou smlouvu, není možné, aby tito pacienti měli výhody.

Pacienti jsou spokojeni i s množstvím času, které se jim dostává. Opět převážná část je naprosto spokojena, pouze 2(5 %) nejsou úplně spokojeni. 1 by chtěl odborného terapeuta na individuální terapie (viz graf č.14.).



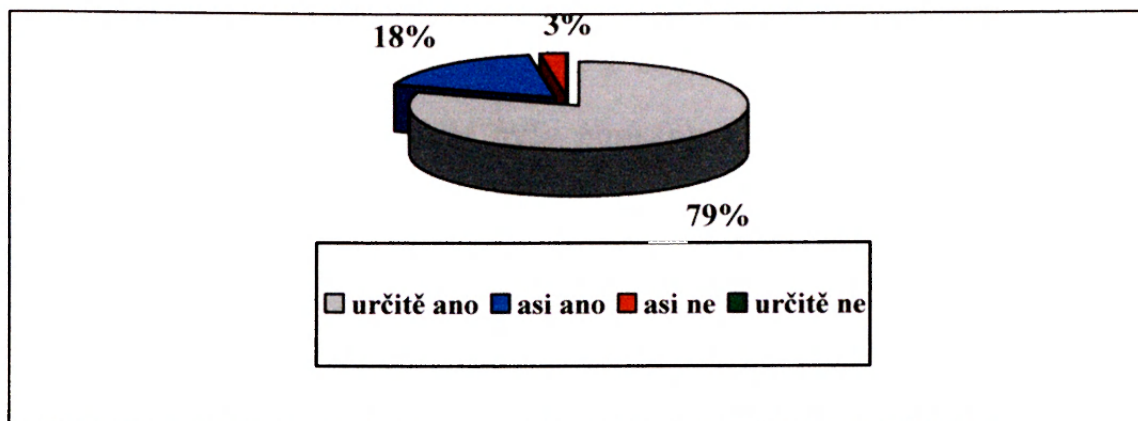
Graf č.14. - Spokojenost s množstvím času věnovaného pacientům

Pacienti, kteří řeší nějaké problémy, udávají, že jim zdejší zařízení pomohlo v jejich řešení. Nejvíce využívají služeb sociální pracovníce (viz graf č.15.).



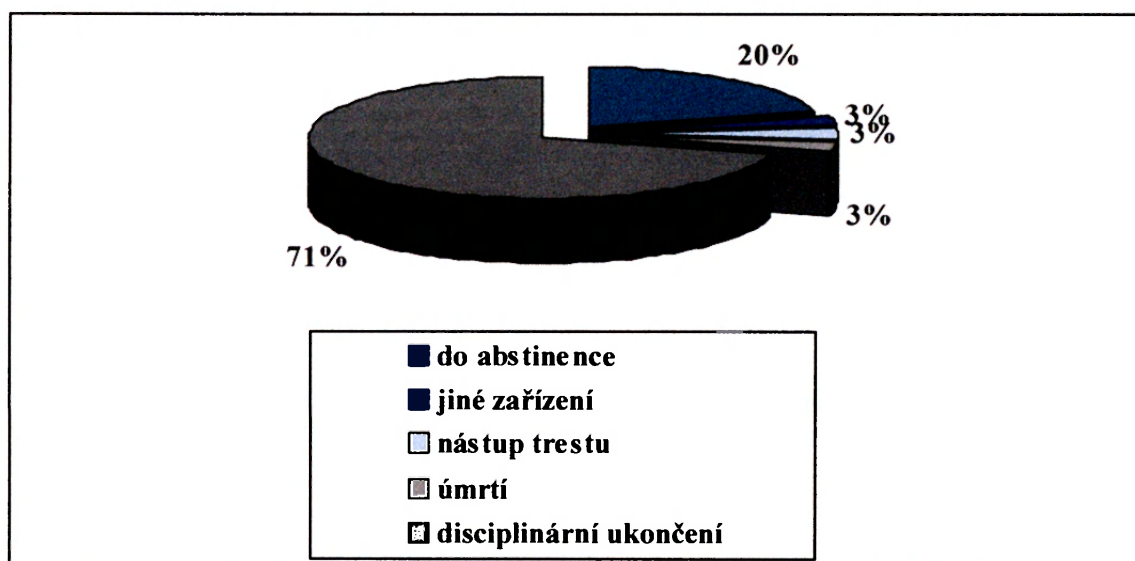
Graf č.15. - Pomoc v řešení problémů

Na otázku, kdyby někdy v budoucnu znovu potřebovali takovou pomoc jako nyní, jestli by si vybrali toto zařízení, odpověděla většina ano. Mnoho pacientů, kteří musejí odejít z našeho programu z disciplinárních důvodů a přecházejí do jiného metadonového programu, se může vrátit po čtvrt roce nazpět. Tohoto návratu využívá velká část pacientů, z čehož se dá usuzovat o spokojenosti s tímto programem (viz graf č.16.).



Graf č.16. - Využití možného návratu do program při relapsu v době abstinence.

Během této doby fungování programu ukončilo léčbu 183 pacientů. Do abstinence odešlo 39(19 %), do jiného zařízení 16(8,5%), do vazby 5(3 %), zemřelo 7(3 %) a disciplinárně bylo vyloučeno 138(66 %) (viz graf č.17.).



Graf č.17. - Ukončení v programu

Nikdo z pacientů neuvedl návrhy na zlepšení práce v tomto programu. Všichni jsou spokojeni a neměnili by nic zásadního, jen výdejní dobu a výdeje, které byly popsány v otázce „jaké služby vám chybí v našem programu“.

Jedinou změnu, kterou navrhovali, bylo rozšíření výdejní doby a více výdejů pro mimopražské a těhotné. Výdejní dobu nelze rozšířit vzhledem k personálnímu pokrytí a organizačním možnostem. Výdeje pro pacienty podléhají pravidlům programu, což znamená, že se vydávají fungujícím pacientům a nelze dělat výjimky u nefungujících.

## **DISKUSE**

---

Experimentální provádění metadonové substituce v České republice bylo Ministerstvem zdravotnictví projednáváno již v roce 1995. První metadonový program byl zahájen 28.7.1997 ve VFN u Apolináře. Metadonová udržovací léčba sama o sobě nenarušuje normální fungování nebo intelektuální kapacitu pacientů. Metadon je látka, která zabraňuje abstinenčním příznakům, je bez psychotropních účinků.

Velice kladně mě překvapilo, jakým způsobem pacienti vyplňovali dotazníky. Většina odpovědí byla na principu zakroužkování, která jim byla nejbližší nebo nejlépe vystihovala jejich názor. Pacienti přesto měli potřebu dané odpovědi doplňovat svými názory a pocity, které mají ve vztahu k tomuto centru. Většinou byly kladné a jednalo se o jakousi formu poděkování nebo srovnávání tohoto centra s jinými zařízeními.

Dále mě překvapila nízká návratnost dotazníků. Rozdala jsem 60 dotazníků a vrátilo se jich 43(61,4 %). Čekala jsem větší účast respondentů. To je zřejmě dáno nespolehlivostí, která je charakteristická pro tuto skupinu lidí. Při 100% návratnosti dotazníků by pravděpodobně výsledky nebyly až tak pozitivní.

Subjektivní vnímání efektu léčby metadonem je srovnatelný s objektivními indiciemi zkoumání. Pacienti vnímají tuto formu léčby za efektivní, ale také dobře hodnotí toto zařízení. Nejvíce jsou



spokojení s přístupem zdravotnického personálu. Dobré výsledky v léčbě a spokojenosti pacientů přisuzují právě empatickému chování personálu.

Tento výzkum mi ukázal, že spokojený pacient může být tehdy, pokud bude spokojený personál. Pacienti nevznesli žádné požadavky na zlepšení, přesto mi tento výzkum ukázal, jakou cestou se dále ubírat. Pokusím se zaměřit na tým a věřím, že to bude přínosné nejen samotným zaměstnancům, ale že se to odrazí na jejich práci a i na spokojenosti pacientů.

Pokoušíme se najít vhodného supervizora pro náš tým, který by nám pomohl odstranit drobné nedostatky a pomohl rozvíjet další týmovou práci.

Tento výzkum nemohu porovnávat s jinými výzkumy, jelikož jsem nenašla žádnou podobnou práci na toto téma v našich podmínkách.

Bylo by zajímavé zaměřit se na srovnávání jednotlivých center v ČR. Myslím, že úroveň jednotlivých zařízení je různá. Tento můj názor vychází z výpovědí pacientů, kteří prošli i jinými programy a nebyli v nich úspěšní. Neúspěšnost v jiných programech přisuzují nedostatečné kontrole abstinence. Myslím si, že tento program pacienti vnímají efektivně, protože je zde kvalitní personál, přísná kontrola abstinence a jsou zde poskytovány rozmanité socio - kulturní služby.

## ZÁVĚR

---

V mém výzkumu, nazvaným *Efektivita substituční léčby metadonem*, jsem zpracovala 43 dotazníků od pacientů Centra substituční léčby.

Použité metody k získání informací byly dotazník vlastní konstrukce a studium dokumentace.

Hlavním cílem bylo zjistit subjektivní vnímání efektivity léčby pacienty.

Nejprve jsem otázky zaměřila na kvalitu života, zdravotní a psychický stav a vztahy, poté na ilegální drogy a posledním okruhem otázek byly dotazy na spokojenost s programem.

Odpovídalo 43 respondentů, 28 žen a 15 mužů. Celkem do programu dochází 70 pacientů. V průměru je respondentům 30 let, jsou v programu 24,91 měsíců, vzdělání pacientů je převážně základní, většina z nich má nedostudovanou střední školu, drogy před vstupem do programu užívali 10 let. Nejmladšímu pacientovi je 21 a nejstaršímu 57 let.

Kvalita života se změnila výrazně k lepšímu u 32(74 %) dotazovaných. Byl zjištěn výrazný efekt subjektivního vnímání pozitivních změn na kvalitě života, psychického a fyzického stavu a ve vztazích s rodinou za dobu léčby v metadonovém centru. Kvalita zdravotního stavu se zlepšila skoro u poloviny pacientů, tj. u 20(47 %)

pacientů. Polovina pacientů uvádí, že se jejich psychický stav zlepšil, tj. 21(49 %).

Objevuje se craving (bažení po droze) u 24(52 %) pacientů a někteří z nich zrelapsují - 9(20 %) pacientů, nejčastěji během prvních 4 měsíců, které jsou nejrizikovější. Relaps s jinými drogami (mimo alkohol a cigarety) mělo 13(28 %) lidí. Dodržování pravidel tohoto programu, týkající se užívání drog, nemá problém 38(88 %) pacientů.

Pacienti v metadonovém programu pracují převážně legálně tj. 18(50 %). Dluhy z minulosti má 34(55 %) pacientů. Z těchto 34 dlužníků řeší problém svých dluhů 27(45 %) lidí.

Plány do budoucna pacientů metadonového centra jsou převážně takové, že nejvíce jich chce jednou rozhodně odejít do úplné abstinence, ale plánování odchodu prozatím není pro ně aktuální, tj. 26(62 %).

Pacienti vnímají efekt léčby metadonem převážně kladně, jsou spokojeni se službami. 35(81 %) pacientům nechybí žádné služby v programu. Tento program by svým známým doporučilo 36(84 %) pacientů. Jediné, co by měnili, je výdejní doba a méně kontaktů s centrem, což znamená více výdejů. Efekt léčby je vidět především na markantním snížení kriminality ze 71% na 9% po vstupu do programu.

Během doby fungování programu ukončilo léčbu 183 pacientů. Do abstinence odešlo 39(19 %), do jiného zařízení 16(8,5%), do vazby 5(3 %), zemřelo 7(3 %) a disciplinárně bylo vyloučeno 138(66 %).

Závěrem bych podotkla, že jsem si uvědomila důležitost této problematiky, která je velmi rozsáhlá a společností opomíjená.

Výsledky této práce budou použity pro prezentaci našeho oddělení.

## **LITERATURA :**

---

1. ARTERBURN, S.; BURNS, J. *Drogy klepou na dveře*. Brno : Nová naděje, 2001. ISBN 8-86077-03-9.
2. JAFFE, J.H. *Opiáty: Klinická hlediska*. MZ ČR, 1999.
3. KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti 1. Praha : Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-05-6.*
4. KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti 2. Praha : Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-05-6.*
5. KALINA, K. *Drogy v ordinaci praktického lékaře*. Praha : Filia, 1997. ISBN 80-901966-5-9.
6. NERAD, J.M.; NERADOVÁ, L. *Drogy a mýty*. Olomouc : Votobia, 1998. ISBN 80-7198-309-8.
7. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-831-7.
8. NEŠPOR, K.; CSÉMY, L. *Bažení (craving)*. Praha : sdružení FIT IN, 1999.
9. NOŽINA, M. *Svět drog v Čechách*. Praha: KLP, 1997. ISBN 80-85917-36-X.
10. PRESTON, A. *Drogy na předpis II.- Vše o metadonu*. Olomouc: Votobia, 1999. ISBN 80-7198-383-7.
11. RABOCH, J.; ZVOLSKÝ, P. *Psychiatrie*. Praha : GALEN, 2001. ISBN 80-7262-140-8.
12. SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha : MAXDORF s.r.o., 1996. ISBN 80-85800-33-0.
13. ZÁBRANSKÝ, T. *Drogy na předpis aneb Lékařská preskripce narkotik*. Olomouc : Votobia, 1998. ISBN 80-7198-332-2.
14. **www.drogy-info.cz**

**PŘÍLOHY:**

---

**Statistika pacientů metadonového programu k 14.2.2006**

Celkový počet pacientů	251
Aktuální počet pacientů	70
Celkový počet žen	87
Celkový počet mužů	164
Aktuální počet žen	25
Aktuální počet mužů	45
Průměrný věk	30 let
Nejstarší pacient	57 let
Nejmladší pacient	21 let
Průměrná denní dávka metadonu	22ml/110mg
Průměrná doba setrvání v programu /v měsících/	13
Nejčastější doba setrvání /v měsících/	4
<i>před vstupem problém s trestnou činností</i>	75%
<i>po vstupu -//- (velké snížení)</i>	7,5%

	n	%
Disciplinární ukončení v programu	138	54,9
S cílem abstinence	38	15,1
Přechod do jiné substituce	16	6,4
Ukončení s cílem abstinence	38	15,1
Nástup trestu	5	1,9
Úmrtí nesouvisející s podáváním metadonu	7	2,8

**Vážená paní, vážený pane,**

jsíte pacientem/pacientkou metadonového centra Apolinář, a proto bych Vás chtěla požádat o přečtení tohoto **anonymního dotazníku** a jeho vyplnění. Provádím výzkum v oblasti efektivity substituční léčby metadonem.

Získané informace budou využity při zpracování mé bakalářské práce na toto téma. Všechny údaje zůstanou anonymní, a proto prosím o pravdivé odpovědi.

Za vyplnění dotazníku děkuji.

Martina Kudrnová  
bakalářské studium ošetrovatelství  
1. lékařské fakulty UK v Praze

1) Pohlaví:            žena            muž

2) Věk: .....

3) Vzdělání: .....

4) Jak dlouho berete drogy? .....

5) Jak dlouho jste v našem programu? .....

6) **Jak se změnila kvalita Vašeho života v průběhu léčby metadonem?**

- a) výrazně se zlepšila
- b) spíše zlepšila
- c) spíše zhoršila
- d) výrazně se zhoršila
- e) je asi stejná

7) **Jak se změnil Váš zdravotní stav?**

- a) výrazně se zlepšil
- b) spíše zlepšil
- c) spíše zhoršil
- d) výrazně se zhoršil
- e) je asi stejný

8) **Jak se změnil Vaše vztahy s rodinou?**

- a) výrazně se zlepšily
- b) spíše zlepšily
- c) spíše zhoršily
- d) výrazně se zhoršily
- e) jsou asi stejné



**9) Jak se změnil Váš vztah s partnerem/-kou?**

- a) výrazně se zlepšil
- b) spíše zlepšil
- c) spíše zhoršil
- d) výrazně se zhoršil
- e) je asi stejný
- f) nemám partnera

**10) Jak se změnil Váš psychický stav?**

- a) výrazně se zlepšil
- b) spíše zlepšil
- c) spíše zhoršil
- d) výrazně se zhoršil
- e) je asi stejný

**11) Finanční zajištění:**

- a) legální zaměstnání
- b) zaměstnání ilegální (na černo)
- c) podpora v nezaměstnanosti, invalidní důchod
- d) jiné, např. brigáda
- e) živnostenský list

**12) Máte dluhy z minulosti (tisíce a více)?**

- a) ANO
- b) NE

**13) V případě že ANO, řešíte je?**

- a) ANO
- b) NE

**14) Přišel/a jste do konfliktu se zákonem před vstupem do programu?**

- a) ANO
- b) NE

**15) Přišel/a jste do konfliktu se zákonem po vstupu do programu?**

- a) ANO
- b) NE

**16) Měl/a jste chuť na opiát v průběhu prvního roku v programu?**

- a) ANO
- b) NE

**17) Měl/a jste relaps\* s opiáty v průběhu docházky do programu?**

- a) ANO
- b) NE

**18) Měl/a jste relaps\* s jinými drogami v průběhu docházky do programu?**

- a) ANO
- b) NE

**19) Jste v kontaktu s uživateli ilegálních drog?**

- a) vyhýbám se jim
- b) občas
- c) často

**20) Chybí Vám některé služby v našem programu?**

- a) NE
- b) ANO

**21) V případě že ano, které?**

.....  
.....

**22) Plány do budoucna v léčbě metadonem:**

- a) plánuji odchod v brzké době do abstinence
- b) rozhodně chci jednou odejít do abstinence, plánování však zatím není aktuální
- c) nejsem si jistý, zda bude plánování odchodu někdy aktuální

**23) Užíváte konopí (Marihuanu, Hašiš, apod.) ?**

- a) ano, denně nebo několikrát do týdne
- b) ano, několikrát do měsíce
- c) výjimečně, několikrát do roka apod.
- d) vůbec ne

**24) Je pro vás obtížné dodržovat pravidla tohoto programu týkající se užívání jiných drog mimo metadonu?**

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) vůbec ne

**25) Myslíte, že by měly existovat metadonové programy, které umožňují svým účastníkům užívání dalších drog?**

- a) rozhodně ano
- b) asi ano
- c) spíše ne
- d) rozhodně ne

Pokud ano, jakých? .....

**26) Jak hodnotíte celkovou kvalitu služeb, kterých se vám v našem zařízení dostává?**

- a) výborné
- b) dobré
- c) ucházející
- d) špatné

**27) Dostalo se vám těch služeb, které jste chtěl/a?**

- a) naprosto ano
- b) víceméně ano
- c) minimálně
- d) naprosto ne

**28) Do jaké míry vyhovuje program našeho zařízení vašim potřebám?**

- a) uspokojuje téměř všechny moje potřeby
- b) uspokojuje většinu mých potřeb
- c) uspokojuje jen některé z mých potřeb
- d) mé potřeby naprosto neuspokojuje

**29) Pokud by váš přítel nebo známý potřeboval podobnou pomoc, doporučil/a byste mu naše zařízení?**

- a) určitě ano
- b) nejspíše ano
- c) nejspíše ne
- d) určitě ne

**30) Jak jste spokojeni s množstvím pomoci (času), kterého se vám dostává?**

- a) naprosto spokojen/a
- b) docela spokojen/a
- c) úplně spokojen/a nejsem
- d) naprosto nespokojen/a

**31) Pomohly vám služby, které naše zařízení poskytuje, k lepšímu řešení vašich problémů?**

- a) ano, moc mi pomohly
- b) v něčem mi pomohly
- c) moc mi nepomohly
- d) vůbec mi nepomohly

**32) Jak jste spokojen/a se službami, jichž se vám u nás dostalo, z celkového pohledu?**

- a) velmi spokojen/a
- b) docela spokojen/a
- c) úplně spokojen/a nejsem
- d) naprosto nespokojen/a

**33) Kdybyste někdy v budoucnu znovu potřeboval/a takovouto pomoc, vybral/a byste si nás?**

- a) určitě ano
- b) asi ano
- c) asi ne
- d) určitě ne

**34) Máte nějaké návrhy jak zlepšit naši práci, s nimiž byste nás chtěl/a seznámit?**

.....  
.....  
.....  
.....



Dávkovač pro odměření dávky metadonu



Výdejna



Čekárna