Univerzita Hradec Králové
Ústav sociální práce

# Práce s osobami užívajícími substituční přípravky v Ambulantním centru Laxus, o. s.

Bakalářská práce

Autor: Veronika Husáková
Studijní program: B6731 Sociální politika a sociální práce
Studijní obor: Sociální práce
Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Martin Svoboda

Hradec Králové 2015

**UNIVERZITA HRADEC KRÁLOVÉ**
**Ústav sociální práce**
Akademický rok: **2014/2015**

# ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

| | |
|---|---|
| Jméno a příjmení: | **Veronika Husáková** |
| Osobní číslo: | **U12137** |
| Studijní program: | **B6731 Sociální politika a sociální práce** |
| Studijní obor: | **Sociální a charitativní práce** |
| Název tématu: | **Práce s osobami užívajícími substituční přípravky v Ambulantním centru Laxus, o.s.** |
| Zadávající katedra: | **Oddělení sociální práce a sociální politiky** |

Zásady pro vypracování:

Historie substitučních přípravků, historický a dobový kontext v ČR, ambulantní centrum, služby pro klienty, podstata substituční léčby, zdravotní rizika u osob užívajících sub. přípravky, specifika potřeb uživatelů sub. přípravky; empirická část - metoda zakotvené teorie, technika rozhovory s pracovníky/pracovnicemi

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná**

Seznam odborné literatury:

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. et Mgr. Martin Svoboda**

Datum zadání bakalářské práce: **6. února 2014**

Termín odevzdání bakalářské práce: **31. března 2015**

L.S.

JUDr. Miroslav Mitlöhner, CSc.
ředitel

Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D.
vedoucí katedry

dne

**Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením vedoucího bakalářské práce a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 30. 3. 2015

**Poděkování**

Děkuji panu Mgr. et Mgr. Martinu Svobodovi za odborné vedení bakalářské práce, za jeho trpělivost, podporu a mnoho věcných rad.

# Abstrakt

Husáková, Veronika. *Práce s osobami užívajícími substituční přípravky v Ambulantním centru Laxus, o. s.* Hradec Králové, 2014. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové, Ústav sociální práce. Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Martin Svoboda.

Bakalářská práce je zaměřena na činnosti Ambulantního centra Laxus, o. s. a na sociální služby, které nabízejí klientům usilujícím o abstinenci od užívání substitučních preparátů. Zabývá se sociální prací s klienty a sociálními důsledky, které vyplývají z užívání návykových látek.

Empirická část je zpracována pomocí metody polostrukturovaných rozhovorů. Rozhovory byly vedeny s pracovníky Ambulantního centra Laxus o. s. Výzkum se zabývá klienty, kteří užívají substituční preparáty. Záměrem je zmapovat sociální změny klientů/klientek, které mohou být spojeny s procesem substituční léčby.



Klíčová slova: substituční léčba, opiáty, metadon, subutex, suboxone, zdravotní rizika

# Abstract

HUSÁKOVÁ, Veronika. Cooperation with individuals using substitutes at the Ambulant centre Laxus, o. s.. Bachelor Degree Thesis. University Hradec Králové. Leader of the Bachelor Degree Thesis: Mgr. et. Mgr. Martin Svoboda

This bachelor thesis focused on operations of the Laxus ambulance centre, civic association, and social services provided to their clients striving towards abstinence from use of substitution preparations. It deals with social work involving clients and social impacts arising from use of addictive substances.

The empiric part has been processed using the semi-structured interviews methods, those were held with personnel from the Laxus ambulance centre, civic association. The research deals with clients who use substitution preparations. The intention is to explore the social changes of the clients, which may be associated with the process of substitution treatment.



Keywords: substitutes treatments, opioids, methadone, buprenorphine, suboxone, the health risks

## Slovník použitých pojmů:

Absces = chorobná dutina vzniklá zánětem a vyplněná hnisem

Abusus = nadměrné zneužívání psychotropních n. toxických látek, jako je alkohol, káva, tabák, léky, např. na spaní, aj. n. také jejich užívání v nevhodnou dobu (práce, těhotenství), může být děleno na: a) bez návyku, b) s návykem, c) jednorázový, d) opakovaný, e) příležitostní, f) pravidelný, g)periodické

Abstinence = zdržení se užívání alkoholu nebo jiných drog

Abstinenční příznaky = fyzické a psychické účinky, které se objevují při zásadním snížení nebo ukončí konzumace opiátů. Pokud uživatel abstinuje, dostavuje se nutkavá touha po užití; těchto příznaků se zbaví, pokud drogu znovu užije nebo pokud užije substituční látku, např. metadon

Agonista = farmakologický termín pro látku, která působí podobně jako droga, na níž je uživatel závislý

Agonistický = souhlasně působící činitel; termín užívaný pro chem. látky, léky a drogy, které napodobují účinek některých nervových přenašečů tak, že obsazují stejná místa na receptorech, a tím odpovídají za stejnou signalizaci

Analgetikum = lék centrálně tlumící vnímání bolesti, obvykle též snižuje bdělost

Antagonista = farmakologický termín pro látku, která zabraňuje působení jiné, chem. látka, která blokuje receptor některých nervových přenašečů; opak agonisty drogy

Deviace = odchylka, vybočení

Droga= ve farmakologii se termín vztahuje na některé chemické činitele, které upravují biochemické nebo fyziologické procesy ve tkáni nebo organismu

Egocentrismus = upoutávání pozornosti k vlastní osobě

Flegmona = neohraničený hnisavý zánět, který se šíří řídkými tkáněmi organismu.

Hostilita =nepřátelský postoj vůči sobě nebo jiným osobám, projevuje se nepřátelstvím a agresivitou

Informant = participant

Návyk= chronická, postupující porucha, při níž často dochází k recidivě a pro níže je typické nutkavé užívání jedné nebo více návykových látek, které vede k fyzickému, psychickému nebo sociálnímu poškození jedince a pokračujícímu užívání látky nebo látek i přes tato poškození

Návyková látka =látka s vlastnostmi, které povzbuzují návykové nebo pravidelné užívání

Neurobiologie = obor zabývající se studiem anatomie a fyziologie nervové soustavy

Opiát = genetický název užívaný pro alkaloidy z rostlin máku se schopností navodit analgesii, euforii a ve větších dávkách stupor až kóma a respirační depresi. Termín opiát nezahrnuje syntetické opioidy, jakými jsou heroin nebo metadon.

Opioid = látky s podobnými účinky jako opiové alkaloidy zejm. morfin. Zahrnují jednak opiáty, jednak látky vznikající v organismu, tj. endorfiny a enkefaliny „endogenní opiáty“ opium; -oid

Poločas rozpadu = střední doba, za kterou se z počátečního množství radionuklidu samovolně přemění právě jeho polovina

Recidiva = relaps, návrat nebo opakování např. nemoci

Relaps = recidiva, zvrat, návrat choroby k předchozímu stavu, opětovné vzplanutí předtím potlačené choroby

Rezidenční = pobytová

Séropozitivní = mající v séru protilátky proti určitému antigenu. Může jít o protilátky proti choroboplodnému činiteli např. některým virům vč. HI, jejichž přítomnost pak svědčí o tom, že se jedinec s tímto zárodkem setkal, popř. i onemocněl.

Stimulancium= látka povzbuzující, podněcující, vzpružující, zpravidla dopaminergní, příznivě působí proti narkolepsii, různý, někdy i značný stupeň návykovosti, proto vázány na lékařský předpis, zneužívány jako drogy

Závislost=psychická a/nebo fyzická potřeba drogy. pokud k užití drogy nedojde, u uživatele se dostavují abstinenční příznaky

# Obsah

Úvod ... 13
1 Ambulantní centrum Laxus o. s. ... 15
1.1 Ambulantní centrum ... 15
1.2 Cílová skupina ... 15
1.3 Služby v programech Ambulatního centra Laxus o.s. ... 16
1.3.1 Ambulantní léčebný program ... 16
1.3.2 Ambulantní program následné péče ... 16
1.3.3 Substituční program ... 16
1.3.4 Probační program ... 16
1.3.5 Poradenství ... 16
1.4 Sociální souvislosti užívání drog ... 17
1.5 Bio-psycho-socio-spirituální model závislosti ... 17
1.5.1 Biologická úroveň ... 18
1.5.2 Psychologická úroveň ... 18
1.5.3 Sociální úroveň ... 18
1.5.4 Spirituální úroveň ... 19
2 Substituční léčba ... 20
2.1 Substituční léčba ... 20
2.2 Indikace ... 21
2.3 Cíle substituční léčby ... 21
2.4 Nevýhody substituční léčby ... 22
2.5 Typy substitučních přípravků ... 22
3 Vývoj substitučních preparátů ... 24
3.1 Metadon ... 24
3.1.1 Historie ... 24
3.1.2 Účinky ... 25
3.1.3 Nevýhody ... 26
3.2 BUPRENORFIN ... 26
3.2.1 Historie ... 26
3.2.2 Účinky ... 27
3.2.3 Nevýhody ... 27
3.3 SUBOXONE ... 28
3.3.1 Účinky ... 28
3.4 Shrnutí teoretické části ... 29
4 Výzkumná část ... 30
4.1 Formulace hlavního a dílčích cílů výzkumu ... 30
4.2 Transformace cílů do tazatelských otázek ... 30
4.3 Typ výzkumné strategie ... 33
4.4 Metodologický přístup - zakotvená teorie. ... 34
4.5 Technika sběru dat – polostrukturovaný rozhovor ... 35
4.6 Volba výzkumného souboru ... 36
4.7 Popis organizace a průběhu výzkumu ... 36
4.8 Způsob zpracování získaných dat či údajů ... 37
Analýza a interpretace údajů ... 39
4.9 Výstupy otevřeného kódování ... 39
4.10 Shrnutí výzkumné části ... 54

Závěr a diskuze ..... 56
Seznam použité literatury ..... 58

# Úvod

Cílem bakalářské práce je zjistit specifika sociální práce s uživateli substitučních preparátů. V současnosti jsou lidé poměrně informováni o problematice drog (výroba a dealerství, nelegální činnost spojená s užíváním návykových látek, rizika spojená s užíváním návykových látek), avšak z debat s lidmi v mém okolí vyplývá skutečnost, že nejsou obeznámeni s významem termínu substituční léčba.

Na základě toho jsem si uvědomila, že opravdu v mnoha případech jsou lidé „masírováni" médii o drogách, ale o poznání hůře dostupné jsou informace o možnostech léčby, o specializovaných preventivních či léčebných centrech či o tom, jak je léčba úspěšná. Pro média jsou dle mého soudu spíše atraktivní případy, ve kterých figuruje závislá osoba závislá v souvislosti s trestnou činností. Již podle označení osoby poznáme, zda o ní mluví drogový expert nebo novinář. (Grohmannová K., 2006)

Mezi novináři a lidmi, kteří pracují s uživateli stimulancií a opioidů, je rozdíl ve vyjadřování. Novinář užívá označení „narkoman" a odborník na oblast návykových látek hovoří o „uživateli" nebo „klientovi". (Grohmannová K., 2006)

V České republice je distribuce substitučních preparátů sledována prostřednictvím Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti (NMS, 2013), jenž každý rok vydává výroční zprávu. Statistika ukazuje, že nákup metadonu prostřednictvím Ministerstva zdravotnictví se zvýšil minimálně o 4,4 kg v roce 2013 v porovnání s rokem 1999.

Naopak je zde vysoký nárůst distribuce buprenorfinu, kde by se dalo číslo považovat až za alarmující. V roce 2000 to bylo 23,5 g, a posléze dochází k vysokému nárůstu až na 3 460,7 g v roce 2013. (NMS, 2013)

Ze statistik vyplývá, že s tímto nárůstem souvisí i přidání většího množství naloxonu v substitučním preparátu Suboxone. (NMS, 2013)

Z tohoto důvodu se v dané bakalářské práci hodlám věnovat kvalitativnímu výzkumu – budu vést rozhovory s pracovníky/pracovnicemi Ambulantního centra Laxus o. s. a pokusím se zmapovat pozitiva/negativa substituční léčby a užívání přípravků k substituční léčbě používaných.

V rámci užívání daných preparátů bych se chtěla zaměřit i na hodnocení

pracovníků tohoto centra. Zejména pak na otázku, která substituce se jim jeví nejvhodnější pro uživatele opiátů, jelikož se s klienty setkávají pravidelně a velmi podrobně znají účinky jednotlivých látek.

V návaznosti na konkrétní substituční preparáty se bude tato práce zabývat i strukturou klientů, kteří do centra docházejí. Zároveň bych se chtěla u klientů zaměřit i na sociální problémy, které u nich z užívání opiátů vyplývají.

Výzkum se zabývá právě z tohoto důvodu klienty, kteří užívají substituční preparáty. Záměrem je zmapovat sociální změny klientů/klientek, které mohou být spojeny s procesem substituční léčby.

# 1 Ambulantní centrum Laxus o. s.

Tato kapitola se zabývá popisem fungování a služeb konkrétního ambulantního centra – jedná se o Ambulantní centrum Laxus o. s., které se nachází v Hradci Králové.

## 1.1 Ambulantní centrum

Ambulantní centrum poskytuje dle zákona č. 108/2006 tyto sociální služby:

- sociální poradenství,
- sociální péči,
- služby sociální prevence.

Dále v zákoně č. 108/2006 je uvedeno, že *ambulantními službami se rozumí služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí není ubytování.“*

Hlavní výhodou ambulantní léčby je to, že klient v rámci léčení stále zůstává ve svém podpůrném sociálním prostředí. Nemusí tedy přerušovat své běžné povinnosti jako například školu či práci. (Hampl, 2003)

Při léčbě v ambulantním centru sociální pracovníci kladou větší nároky na klienty. Při příchodu klienta do centra je sepsán individuální plán, který se během léčby pravidelně reviduje. Léčba může být doprovázena rodinnou či párovou terapií. (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2010)

V případě, kdy klient do centra přichází přímo z pobytové léčby, zvyšuje se účinnost absolvované léčby, a zároveň i schopnost klienta udržet se v abstinenci. Hlavním cílem je stabilizace klientova životního stylu, snaha posílit abstinenci a snížit klientovu vazbu na doléčovací program. (Kuda, 2010)

## 1.2 Cílová skupina

Ambulantní centrum Laxus o. s. pracuje jak s uživateli nelegálních návykových látek, tak i s konzumenty alkoholu či gamblery. Neméně důležitou částí cílové skupiny zařízení jsou i osoby blízké uživatelům/uživatelkám návykových látek.

Služby centra jsou určeny navíc i pro lidi, kteří se vracejí z léčebného pobytu nebo z výkonu trestu – jsou jim nabízeny služby tzv. doléčovacího programu.

## 1.3 Služby v programech Ambulantního centra Laxus o. s.

Na internetových stránkách se můžeme dozvědět, že Ambulantní centrum Laxus o. s. nabízí služby svým klientům v několika programech, které pomáhají uživatelům návykových látek zvládnout jejich užívání návykových látek. Kromě substituční léčby, kterou se budeme zabývat prioritně, jsou v daném centru i jiné, jenž bychom představili pouze okrajově.(Laxus o.s., 2006)

### 1.3.1 Ambulantní léčebný program

Do této léčby nastupují klienti dobrovolně, mají větší schopnosti sebekontroly a nižší potenciál pro relaps. Jsou více motivováni ke změně a žijí v podpůrném (popř. neškodícím) sociálním zázemí. (Bulantová a kol., 2006)

### 1.3.2 Ambulantní program následné péče

Program určený pro klienty, kteří se vrací z pobytové léčby (např. Terapeutická komunita, Psychiatrická léčebna). Tento program trvá zhruba 6 měsíců. (Bulantová a kol., 2006)

### 1.3.3 Substituční program

Sociální pracovníci se snaží podpořit částečně motivovaného klienta k rozhodnutí abstinovat, a zároveň snížit úzkosti a veškeré problémy týkající se odvykacího syndromu. V daném programu se pracuje s klienty, kteří jsou závislí na opiátech. (Bulantová a kol., 2006)

### 1.3.4 Probační program

*„Důvodem vzniku programu byla skutečnost, že řada klientů má v souvislosti s užíváním drog konflikty se zákonem, právě u nich probíhá trestní stíhání, nacházejí se v represivních zařízeních apod.“* (Bulantová a kol., 2006, s. 69)

### 1.3.5 Poradenství

Program „Poradenství“ je určen pro rodinné příslušníky, partnery uživatelů návykových látek a osobám, kteří s návykovou látkou zatím experimentují. (Laxus o. s., 2006)

## 1.4 Sociální souvislosti užívání drog

Klienti ambulantního centra mají celou řadu problémů (zdravotní, interpersonální, sociální atd.), avšak tato bakalářská práce je především zaměřena na problematiku sociální.

Navrátil velmi přispěl k definování základních principů sociální práce, když zdůraznil toto: "*V práci s uživateli drog je nezbytné se zaměřit na jednotlivce i na systémové souvislosti jeho situace, tedy věnovat pozornost vedle zjevných problémů i širším sociálním vazbám.*"*(Navrátil, 2010, s. 214)*

*„Mezi sociální souvislosti drog patří nízké vzdělání, nezaměstnanost, problémy ve vztazích a rodině, nekvalitní a nestálé bydlení až bezdomovectví, zadluženost a další. Tyto problémy se často vyskytují současně a mohou vést k sociálnímu vyloučení.“ (*NMS, 2013, str. 137*)*

Z toho vyplývá, že sociální pracovníci v Ambulantním centru Laxus o. s. pomáhají svým klientům především v oblasti bydlení, zaměstnání (popř. školy), finančních prostředků, s řešením dluhů, sociálně právní a právní. Na základě této pomoci se snaží sociální pracovníci zkvalitnit život klienta a zapojit ho zpět do běžného života bez pravidelného užívání nelegálních látek. (Bulantová a kol., 2006)

Daná pomoc se dá dle Dvořáka nazvat sociální rehabilitace, což je „*(re)integrace závislého do společnosti prostřednictvím (znovu) nabytých sociálních a profesních dovedností a podpůrného sociálního prostředí a vztahů“*. (Dvořáček, 2008, s. 216)

## 1.5 Bio-psycho-socio-spirituální model závislosti

Stanislav Kudrle se domnívá, že za alkoholismem a drogovou závislost můžou komplexní příčiny, jelikož se jednoznačně neprokázalo, že by za vznik závislosti mohla predispozice. Zpravidla jde o kombinaci řady faktorů (fyziologické, psychologické, sociokulturní). (Kudrle, 2003)

*„Návykové zneužívání alkoholu nebo drog vede k vytváření psychofyziologických stavů, které jsou ve své podstatě nevědomé, nedobrovolné a mají sebeposilující charakter vytvářejícího se bludného kruhu.“* (Kudrle, 2003, s. 91)

### 1.5.1 Biologická úroveň

Mezi biologické faktory patří např. případ, kdy matka byla toxikomanka a plod se setkával s účinky návykových látek před svým narozením. Zároveň události u porodu můžou ovlivňovat neurobiologii jedince, pokud jsou podávány tlumivé látky. (Kudrle, 2003)

*„Rozvoj epidemických vln drogové závislosti všude ve světě však můžeme vztáhnout na biologické faktory, protože genofond ani další biologické dispozice se u člověka tak rychle nemění. Spíše za tyto jevy zodpovídá vyšší dostupnost a sociokulturní faktory, jako je popularizace, reklama, módní trendy, absence duchovních hodnot apod.* (Kudrle, 2003, s. 91)

### 1.5.2 Psychologická úroveň

V dané úrovni se zkoumá vliv tzv. psychogenních vlivů a faktorů pro rozvoj abusu návykových látek a pro rozvoj závislosti u jedinců užívajících návykové látky. Tyto faktory lze najít již v období nitroděložního vývoje a období porodu. Jde o souvislosti psychických zážitků, které způsobily nějaké biologické poškození. (Kudrle, 2003)

*„K těmto poznatkům nám dnes mnoho říkají moderní výzkumy vědomí, zejména s výzkumným nebo terapeutickým využitím změněných stavů vědomí, kde respondent často znovuprožívá sekvence zážitků souvisejících s těmito perinatálními traumaty a dokončuje psychologickou práci na jejich přijetí a integraci.* (Grof, 2003, s. 92)

Za počátky abusu u jedinců užívajících návykové látky považuje Kudrle zejména tyto faktory: znuděnost jedinců a jejich zvědavost po nečekaných zážitcích, neuspořádanost programu, podceňováním se atd. (Kudrle, 2003)

### 1.5.3 Sociální úroveň

Sociální úroveň má vliv na zrání jedince, jak se vyvíjí, co ho brzdí nebo deformuje. Může jít například o společenský status rodiny či prostředí, v němž jedinec žije (dysfunkční rodiny, nedostatek času od rodiny ...). Tito jedinci pak hledají své vzory mimo svoji rodinu, většinou se to pak vztahuje k deviovanému chování. Někteří jedinci mají v rodině člena, který je závislý na návykových látkách. S tím je často spojeno fyzické zneužití nebo na úrovni emoční. Dost často pak jedinci sami podléhají závislosti, ve snaze zmírnit své utrpení. (Kudrle, 2003)

### 1.5.4 Spirituální úroveň

*„Rizikovým faktorem abusu drog v této oblasti bývá absence smyslu života, duchovních hodnot a duchovní autority. Nevyvážené zaměření k materiálním ziskům, ale i rozčarování nad pomíjivým uspokojením, které přinášejí.“* (Kudrle, 2003, s. 143)

Jedná se o zaměření se na vzdání svého závislého Já, které je spojeno s ublížeností, egocentrickým pojetím a hostilitou. Podle Grofové je závislost zejména duchovní krizí. (Grofová, 2003)

# 2 Substituční léčba

V dnešní době jsou dostupné informace týkající se výskytu a zneužívání návykových látek, především prostřednictvím různých médií. (časopisy, TV, internet)

Domnívám se ovšem, že informovanost o možnostech léčby závislosti na návykových látkách již není tak vysoká, a i proto bych se ráda v bakalářské práci věnovala oblasti substituční léčby.

## 2.1 Substituční léčba

Podle A. Verstera a E. Buninga (2003) je substituční léčba jednou z nejúspěšnějších typů léčby závislosti na opiátech. Závislost na opiátech vyvolává opakovanou potřebu užití drogy, která vede k jejímu vyhledávání a opakovanému užívání, na úkor poškození zdraví a neblahých sociálních dopadů na uživatele.

Při léčbě jsou podávány náhražky neboli substituční přípravky, které zmírňují abstinenční příznaky a snižují zdravotní i sociální rizika vyplývající z užívání nelegálních drog. V případě, kdy je užíváno správné množství, které je postupně snižováno, dochází u klienta k omezení (či úplnému vymizení) nutkavé potřeby užívat opiáty. (Verster, Buning, 2003)

*„Substituční léčba je standardním léčebným postupem určeným pacientům, kteří nejsou objektivně a/nebo subjektivně schopni postoupit léčbu bez použití agonistů opiátových receptorů. Jedná se o časově předem neomezenou udržovací terapii, která odkládá splnění konečného cíle, tj. abstinence bez užívání substituční látky, na dobu, kdy ji bude pacient objektivně i subjektivně schopen podstoupit.“ (Popov, Zábranský, 2009, s. A19)*

Substituční léčba je označována jako udržovací terapie, při níž dochází k podávání (předepisování, podání přípravku pod dohledem či bez) substituční (návykové) látky v takovém množství, při němž klient nepociťuje abstinenční příznaky. Následně pak klient může vést život co nejplnohodnotněji a stabilně. (Kalina, 2008)

*„Princip substituce návykových látek („drog“), zneužívaných závislými osobami, vhodnými látkami s nižšími riziky, je znám a v medicínské praxi využíván*

*velmi dlouho. (Popov P., 2002, s. 27)*

## 2.2 Indikace

Do substituční léčby jsou přijati klienti, kteří splňují následující kritéria (Kalina, 2008):

- neinjekční uživatel, avšak je závislý na opiátech více jak půl roku (6 měsíců),
- injekční uživatel závislý na opiátech,
- v případě, kdy substituční léčba nezvýší poškození, jenž souvisí s drogami a pomůže dosáhnout vhodně stanovených cílů (krátkodobé/dlouhodobé).

## 2.3 Cíle substituční léčby

Užívání nelegálních látek s sebou přináší řadu sociálně patologických jevů – ohrožení zdraví uživatele a potencionálně i jeho okolí, páchání trestné činnosti, sociálně-ekonomický propad jedince i jeho okolí, rozvrat sociálních a rodinných vazeb uživatele.

Dle Verstera a Buninga se za cíle substituční léčby považuje napomoci pacientovi zůstat zdravým do doby, než dokáže žít sám bez drogy. Rovněž se snaží snižovat dávky nelegálních drog nebo dávky zneužívaných léků. (Verster, Buning, 2003)

Během substituční léčby probíhá průběžné hodnocení, kdy se pravidelně i nepravidelně dělají testy moči (ověření užívání metadonu, metabolik, jiných nezákonných drog) nebo testy na užívání alkoholu a jiných psychofarmak. Dále se hodnotí aktuální stav klienta (somatická a psychická stav). Na základě těchto podkladů, lze upravovat dávkování. (Kalina, 2008)

Řeší problémy, které pacientovy vznikly v rámci této závislosti. Snaží se snížit nebezpečí spojená se zneužíváním drog, hlavně riziko přenosu HIV, hepatitidy B a C a dalších infekcí, které se šíří pomocí injekční aplikace či sdílením potřeb k užívání drog. (Verster, Buning, 2003)

Pokouší se snížit pravděpodobnost budoucího relapsu ke zneužívání drog.

Snaží se zamezit trestné činnosti, kterou daná osoba vykonává, aby si mohla nelegální látku opatřit. A nakonec se snaží zlepšit celkové fyzické a mentální zdraví jedince spojené s osobním, sociální a rodinným fungováním. (Verster, Buning, 2003)

## 2.4 Nevýhody substituční léčby

Každá věc, činnost i služba má své kladné i záporné vlastnosti, proto bych zde uvedla i nevýhody pro klienty substituční léčby.

Substituční léčba je poměrně levným typem léčby, avšak klientova léčba je zpravidla dlouhodobá, a tak celková cena za období mnoha let naroste. Dalším negativem je, že klient si vytváří závislost na nové látce a také na osobě, která mu daný lék předepisuje. Tato fakta posléze mohou vést k pacientově pasivnímu přístupu. (Verster, Buning, 2003)

U některých typů substitučních přípravků může být problém v případě, kdy se chce pacient odstěhovat nebo pouze začít cestovat, a to z toho důvodu, že musí docházet do substitučního centra pro pravidelnou dávku (zejména při metadonové léčbě) či léky. (Verster, Buning, 2003)

Dále se pracovníci substitučních center setkávají u dlouhodobých uživatelů substitučních přípravků s pasivitou klientů, která se dá přirovnat podobně jako při léčbě osob s jinými závažnými chronickými onemocněními (srdce, ledviny, onkologická onemocnění atd.) (Verster, Buning, 2003)

*„Substituční terapie má několik negativních aspektů, které provázejí chronická onemocnění obecně, zcela jistě ale nepřevažují její přínos.“* (Verster, Buning, 2003, s. 26)

## 2.5 Typy substitučních přípravků

Máme několik typů substitučních přípravků, které jsou předepisovány klientům ambulantního centra. V rámci léčby se ke každému přistupuje individuálně. Pracovníci se snaží najít vhodnou alternativu za nelegální látky, aby léčba byla pro klienta co nejlepší. První substituční látka agonista slouží hlavně jako náhrada zneužívané drogy a pomáhá uživateli zvládat závislost, jelikož

zmírňuje abstinenční příznaky. (Verster, Buning, 2003)

Nejznámějším agonistou je metadon. Druhá substituční látka buprenorfin je kombinací agonisty a antagonisty. Antagonista nahrazuje místa receptorů v mozku jako konkrétní zneužívaná droga. Po užití antagonisty tedy nezabírá heroin klasicky na změnu nálady. (Verster, Buning, 2003)

Posledním typem je čistý antagonista, který se využívá u lidí, kteří končí v substitučních programech nebo již nechtějí užívat udržovací látky. Do této skupiny patří zejména naltrexon, který snižuje riziko recidivy. (Verster, Buning, 2003)

# 3 Vývoj substitučních preparátů

V této kapitole se zabývám substitucí, substitučními preparáty a jejich vývojem. Zaměřuji se na konkrétní látky, které klienti užívají a jejich účinky.

*„Substituce je způsob léčby, kdy je užívání původní drogy nahrazeno (téměř vždy lékařsky předepsaným) užíváním látky s podobnými účinky a vlastnostmi, avšak s výrazně menšími riziky, než původní droga. (např. heroin je nahrazen metadonem).“* (Kalina, 2001, s. 104)

*„Substituce se používá téměř výhradně u závislosti na opiátech. V České republice jsou pro tento účel registrovány přípravky s dvěma účinnými látkami – metadon a buprenorfin.(Subutex® nebo Suboxone®).“*(HERZOG, A., 2010)

Tyto substituční přípravky mají delší poločas rozpadu a vydrží v těle klienta déle, proto stačí klientovi užití dané látky jednou denně. Cílem substituce je předejít abstinenčním příznakům, snížit zdravotní a sociální rizika vyplývající z užívání návykových látek. Za hlavní cíl je možné považovat snahu podpořit lidi, kteří se snaží opakovaně přestat užívat drogy; užívání substitučních preparátů také snižuje riziko recidiv. (HERZOG, A., 2010)

## 3.1 Metadon

### 3.1.1 Historie

Vývoj Metadonu sahá hluboko do historie, do doby druhé světové války, kdy Američané se Spojenci odepřeli přísun morfia do Německa. Skupina vědců se pokusila najít náhradu za tuto látku, a tak po pokusech s různými sloučeninami byl objeven metadon, ale nebyl znám se pod tímto názvem. (Shapiro, 2005)

Bylo vynalezeno spoustu preparátů na dané bázi, a proto se můžeme setkat s různými názvy jako např. Dolantin, Dolophine, Hoechst 10820, Polamidon, Physepton aj. [PRESTON,1999]

Metadon vstoupil do českého prostředí v roce 1997, kdy se začal využívat v substitučním centru Oddělení léčby závislostí Všeobecné fakultní nemocnice v Praze - byl to pilotní projekt Apolinář, který byl prvním oficiálním druhem této

léčby u nás. (Popov, 2009)

Ze začátku se jednalo o nízkoprahové zařízení (první tři roky), služby byly především pro věkově starší klienty. Pravidla byla poměrně mírná. V roce 2000 bylo otevřeno metadonové centrum Drop – in o. p. s., Apolinář se začal profilovat jako vysokoprahové centrum s terapeutickými ambicemi a mnohem přísnějšími pravidly. (Bečka J., 2007)

Jan Bečka (2007) uvedl, že během 10 let si všiml, na základě zkušeností v daném metadonovém programu, jaké jsou některé významné rozdíly mezi ženami a muži v roli pacientů. Ženy jsou obecně úspěšnější než muži, jelikož pravidla vnímají méně náročná (přísná). Zároveň vykazují významně vyšší procento séropozitivity na virovou hepatitidu typu C.

### 3.1.2 Účinky

*„Metadon je syntetický agonista (působí stejně) s mnoha biologickými a chemickými vlastnostmi odpovídajícími opiátům „přírodním"*. (Prevent, 2004)

Účinek tohoto syntetického opioidu je cca 25 hodin po požití. Nástup je mimořádně pomalý s minimálním pocitem euforie. U nás je aplikován ústy, ale v zahraničí se můžeme setkat s nitrožilním užitím. (Policie ČR, 2014)

Výroba metadonu je legální, avšak je distribuována pouze pro medicínské účely jako je substituční léčba závislých na opiátech. Na nelegální trh se načerno dostává jako náhradní či doplňující droga, případně pro účely abstinenčních pokusů. (Kalina, 2008)

V českém prostředí se setkáváme s tím, že metadon je k nitrožilní aplikaci zneužíván – tedy je vydáván k orálnímu užití a následně je aplikován nitrožilně bez kontroly.

U klientů, kteří dlouhodobě byli v metadonové léčbě, se prokázalo jasné zlepšení obecného zdraví a nutričního statutu pacientů při srovnání s jejich stavem při nástupu na léčbu. [PRESTON, 1999]

Velkou výhodou tohoto substitučního preparátu je bezpečnost užití a účinnost léčebného prostředku pro těhotné, které podlehly závislosti na heroinu. Po porodu je nutné, aby novorozenec absolvoval odvykání od závislosti na léku.

(Verster, Buning, 2003)

*Úspěšnost metadonové udržovací terapie se udává v rozmezí 55-80 % v porovnání s 15-20% úspěšností podávání opiátových antagonistů a 30-50% úspěšností abstinenčních odvykacích léčeb. Rovněž její nákladová efektivita je vysoká, téměř dvojnásobná porovnání s rezidenční léčbou.* (Kalina, 2008)

### 3.1.3 Nevýhody

Pro uživatele metadonu je velkou nevýhodou časová náročnost, jelikož daná léčba probíhá v metadonových centrech, kam musí klienti pravidelně dennodenně docházet. Velkým rizikem je také průnik metadonu na černý trh a jeho následné zneužívání, zejména pak k nitrožilnímu aplikování. [PRESTON, 1999]

Za nežádoucí účinek lze považovat vysokou kazivost zubů (zvláště ve frontální části zubního oblouku) u uživatelů, kteří tuto látku dlouhodobě užívají. [PRESTON, 1999]

Při užívání se můžou objevit i další vedlejší účinky jako např. pocení, zácpa, poruchy spaní a sexuální touhy. Dle statistiky postihnou méně než 20% klientů. (Verster, Buning, 2003)

## 3.2 BUPRENORFIN

### 3.2.1 Historie

V 70 letech 20. století by vyvinut Buprenorfin za účelem nalézt „neadiktivní" analgetikum. Následně v roce 1978 byl zaregistrován pod obchodním názvem Temgesic a uveden na trh ve Spojeném království. První případy nitrožilního užívání buprenorfinu se u uživatelů heroinu objevily v 80. letech. (Verster, Buning, 2007)

V polovině 90. let 20 století byla vyvinuta sublingvální tableta Subutex. Poprvé byla zaregistrována pro léčbu v roce 1995 ve Francii, dále v roce 1999 ve Spojeném království, a až v roce 2000 se dostává Subutex do Austrálie a Německa. (Verster, Buning, 2007)

Subutex byl roku 2002 registrován v ČR jako další substituční preparát.

Vzhledem k nižšímu agonistickému efektu dochází méně k předávkování. Již roku 2002 byl zaznamenán pokles ročního počtu hlášených předávkování na opiátech. (Řehák, 2009)

### 3.2.2 Účinky

*„Farmakologicky je buprenorfin částečný agonista, avšak s některými antagonistickými vlastnostmi. Jako částečný opiátový agonista blokuje abstinenční příznaky a bažení, aniž vytváří euforii.“* (Verster, Buning, 2007, s. 24)

Dle Minaříka je účinek mnohem slabší ve srovnání s užitím heroinu. Po užití daného preparátu, postupuje látka do mozku, kde se navazuje na opioidní receptory. Účinek látky je pomalý a nenavozuje stejné pocity jako u heroinu. (Minařík, 2011)

Výhodou buprenorfinu je, že jej lze brát tabletu dvakrát nebo třikrát týdně, zatímco metadon je nutné brát jednou denně doba účinnosti buprenorfinu je tedy delší. Samotná aplikace buprenorfinu vyžaduje cca 3 až 8 minut - než se tableta rozpustí v ústech. (Verster, Buning, 2007)

### 3.2.3 Nevýhody

Užívání tohoto substitučního přípravku nese značná rizika v případech, kdy není užíván kontrolovaně dle instrukcí a doporučení.

V českém prostředí se setkáváme s tím, že klienti disponují zásobou substitučního preparátu i na několik týdnů dopředu. Dochází k tomu především z důvodu, kdy je neopatrně předepisován daný lék. Poté se dostává na černý trh, kde se s ním obchoduje a vede v mnoha případech k neřízené intoxikaci. Navíc dochází k tomu, že se u klientů nesnižuje dávka substituce, a tak není dosaženo účinku, kdy se postupně dávka substituce snižuje až k úplnému vysazení. (Popov, Zábranský, 2009)

Největším nebezpečím je nitrožilní užívání Subutexu. Tablety jsou určeny k polykání. V případě, kdy klienti užívají daný lék injekčně, dochází k postupnému zanášení povrchu srdečních chlopní a porušení vnitřního povrchu srdce. Na těchto porušených místech se pomalu množí mikroby, které časem

vedou ke vzniku endokarditidy. Z tohoto důvodu je mnoho uživatelů operováno a na jejich těle tkví obří jizva. Kromě endokarditidy trpí uživatelé infekčními nemocemi a dalšími zdravotními problémy. (Minařík, 2011)

Skutečnost, že se subutex dostal na černý trh a je zneužíván k nitrožilní aplikaci (přestal tak plnit původní účel substitučního preparátu), byl stěžejním důvodem pro vznik nového substitučního preparátu – suboxonu. (Řehák, 2009)

## 3.3 SUBOXONE

*„Ve snaze snížit možnost injekčního zneužití buprenorfinu byl vyvinut kombinovaný preparát s obsahem buprenorfinu a naloxu, který významně snižuje, ačkoliv zcela neeliminuje, frekvenci injekčního zneužití.“* (Řehák, 2009, s. 13)

Z poznatků z praxe vyplývá, že příprava suboxonu pro nitrožilní aplikaci je mnoho komplikovanější než příprava suboxonu; také nikdy nelze zcela vyloučit riziko, že v látce k aplikaci zůstane naloxon i po důkladné přípravě a následně vyvolá antagonistickou reakci organismu. (Řehák, 2009)

Naloxon totiž může v případě nedodržení doporučeného postupu vyvolat nepříjemný odvykací stav – zejména pokud je aplikován injekčně. Pokud však užíváte suboxone pod jazyk dle instrukcí, nebude mít naloxon žádný účinek, protože se do organismu touto cestou špatně absorbuje.“ (Schering – Plough, 2006)

Naloxon je v současnosti využíván na lékařské pohotovosti jako antagonista vůči opiátům v případě předávkování. Daný preparát odvrací účinky opiátu. (Řehák, 2009)

### 3.3.1 Účinky

Suboxone vzhledem k dlouhé době účinnosti, která trvá dva až tři dny, je tedy možné získat daný preparát na užívání do domácího prostředí. Samozřejmě vždy záleží na zdravotnickém personálu, zda rozhodne, že je klient schopen brát suboxone doma nebo mu musí být sestaveno dávkovací schéma. (Amass, 2006)

Kombinace daného preparátu s užitím sedativ nebo jiných drog může být velice nebezpečná. Například pokud užije klient suboxone zároveň se sedativy, zvyšuje se riziko předávkování. (Schering – Plough, 2006)

Suboxone napomáhá klientovi se soustředit na uzdravení, nevypadnout z léčení, snaží se snižovat užívání heroinu a jiných opioidních drog. Dále snižuje rizika infekce a jiných zdravotních problémů. Díky této léčbě se řada klientů může znovu vrátit do zaměstnání, zároveň zvýšit kvalitu života. (Schering – Plough, 2006)

## 3.4 Shrnutí teoretické části

V teoretické části bakalářské práce jsem se nejprve věnovala základnímu vymezení služeb, které poskytuje Ambulantní centrum pro uživatele návykových látek

Poté jsem přešla k popisu modelu závislosti, který je zpravidla využíván při práci s klienty tohoto zařízení.

Dále jsem se již věnovala charakteristice a definování substituční léčby (co je substituční léčba, jaké preparáty jsou pro substituční léčbu využívány, jaké jsou pozitiva a negativa substituční léčby, s jakými riziky je třeba počítat u klientů užívajících substituční preparáty.

Teoretickou část práce vnímám jako nezbytnou přípravu (vymezení oblasti, definování základních termínů) pro následnou empirickou část bakalářské práce. Jsem si vědoma, že teoretická by mohla být obsáhlejší, nicméně bylo nutné respektovat předepsaný rozsah bakalářské práce.

# 4 Výzkumná část

## 4.1 Formulace hlavního a dílčích cílů výzkumu

Hlavním cílem výzkumu v bakalářské práci bude zjistit, jaká jsou specifika spolupráce Ambulantní péče, v rámci sociální práce, s uživateli substitučních přípravků a jaké jsou jejich potřeby.

1. dílčí cíl: Vymezit základní sociální charakteristiku uživatelů/uživatelek substitučních přípravků
2. dílčí cíl: Pojmenovat specifika sociální práce s uživateli/uživatelkami substitučních přípravků
3. dílčí cíl: Popsat a charakterizovat cíle a oblasti spolupráce ve sféře sociální práce s uživateli/uživatelkami substitučních preparátů
4. dílčí cíl: Vymezení potřeb, které se objevují u uživatelů/uživatelek substitučních přípravků a stávají se oblastí spolupráce v rámci sociální práce se zařízením

## 4.2 Transformace cílů do tazatelských otázek

Na základě dílčích cílů jsem vytvořila transformační tabulku, v níž jsem uvedla tazatelské otázky, které mě dovedou postupně k dosažení dílčích cílů a poté k hlavnímu cíli bakalářské práce.

| Hlavní cíl | Dílčí cíl | Indikátor | Tazatelské otázky |
|---|---|---|---|
| Zjistit specifika sociální práce s uživateli substitučních preparátů | DC1: Vymezit základní sociální charakteristiku uživatelů/uživatelek substitučních přípravků | • základní informace<br>• model klienta | TO1: Jaká je struktura Vaší klientské skupiny?<br>TO2: Jak se uplatňuje bio-psycho-socio-spirituální model při práci |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | s klienty/ užívateli opiátů? |
| | | • důsledky | TO3: Jaké sociální potíže přináší klientům užívání opiátů? |
| | | • klient | TO4: Pro jaký typ klientů/klientek je substituční léčba vhodná? Proč? |
| | DC2: Pojmenovat specifika sociální práce s uživateli/uživatelkami substitučních přípravků | • navázání kontaktu | TO5: Zjistit z jakého důvodu lidé přicházejí do centra? |
| | | • zakázka | TO6: Jakým způsobem a na základě čeho jsou zjišťovány zakázky klientů? |
| | | • dostupnost | TO7: Je substituční léčba v současnosti pro klienty dostupná? Co by se mělo dle |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | Vašeho názoru případně změnit? |
| | DC3: Popsat a charakterizovat cíle a oblasti ve sféře sociální práce s uživateli/uživatelkami substitučních preparátů | • práce<br>• rozpor<br>• spolupráce | TO8 Jakým způsobem probíhá návrh na řešení klientovy sociální situace?<br>TO9:Jak řešíte případy, kdy jsou cíle klienta rozdílné s představami sociálního pracovníka?<br>TO10: S jakými organizacemi jste nuceni či dobrovolně pracujete v rámci sociální práce s uživateli substitučních preparátů? |
| | DC4: Vymezení potřeb, které se objevují u uživatelů/uživatelek substitučních přípravků | • zakázka | TO11: Co klient očekává od spolupráce se sociálním |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | a stávají se oblastí spolupráce v rámci sociální práce se zařízením | • řešení | pracovníkem?<br><br>TO12: Je sociální situace uživatelů substitučních přípravků stabilnější než u uživatelů jiných návykových látek? |
| | | • časový úsek | TO 13: Lze stanovit ideální dobu trvání substitučního programu? |

## 4.3 Typ výzkumné strategie

Volba kvalitativního výzkumu je ve zvolené oblasti bádání nejvhodnějším způsobem. Hlavním důvodem je to, že se nejedná o numerický sběr dat, nýbrž o pochopení sociálního problému a jeho zkoumání. (Reichel, 2009)

Naopak velice nevhodný by byl kvantitativní způsob, jelikož využívá náhodných výběrů, experimentů, silně strukturovaných dat pomocí testů, dotazníků či pozorování. Data jsou pak měřena, analyzována statistickými metodami s cílem je explorovat, popisovat či ověřovat pravdivost našich představ o vztahu sledovaných proměnných. (Hendl, 2005)

Kvalitativní výzkum nepracuje s měřitelnými charakteristikami, ale snaží se nahlížet do autentického prostředí a vytvořit obraz v co nejkomplexnější podobě. Během kvalitativního výzkumu identifikujeme vztahy a vytváříme nové hypotézy. U kvantitativního výzkumu je to přesně naopak, zkoumáme předpokládané vztahy a pouze ověřujeme již vzniklou hypotézu. (Reichel, 2009)

*„Předmětem kvalitativní metodologie je studium běžného, každodenního*

*života lidí v jejich přirozených podmínkách" (Petrusek, 1993, s.129)*

*„Hlavním cílem kvalitativního výzkumu je přispět k pochopení celkového kontextu a emočních a psychosociálních aspektů určitého typu lidského chování."* (Barker, 1999, str. 8)

Výzkum probíhá velice často v terénu a je zaměřen na takové informace, které jsou často skryty, a které nejsou tradičním výzkumným metodám dostupné. Během kvalitativního výzkumu pracujeme s menším počtem pozorování než v kvantitativním výzkumu. V těchto případech je však zkoumání podrobnější (Barker, 1999)

## 4.4 Metodologický přístup - zakotvená teorie.

*„Zakotvená teorie je teorie induktivně odvozená ze zkoumání jevu, který reprezentuje." (*Strauss, 1999, s. 14)

Daná teorie je odhalená, zjištěná a pouze částečně ověřená systematickým shromažďováním údajů o zkoumaném jevu a analýzou těchto údajů. Vše se vzájemně doplňuje – nashromážděné údaje, analýza i teorie. U zakotvené teorie se nezačíná teorií, nýbrž nejprve zkoumanou oblastí a čekáme, co se ukáže v této oblasti významným. (Strauss, 1999)

Každá zakotvená teorie musí splňovat základní kritéria: shodu, srozumitelnost, obecnost a kontrolu. Vytvořená teorie by měla být smysluplná, obsažná a srozumitelná pro zkoumané osoby, ale také pro osoby pracující s danou problematikou.(Strauss, 1999)

*„Cílem výzkumu, který vychází ze strategie zakotvené teorie, je návrh teorie pro fenomény v určité situaci, na niž je zaměřena pozornost výzkumníka. Vznikající teorie je zakotvená v datech, získaných během studie."* (Hendl, 2005, s. 125)

Důležitým faktorem v metodě zakotvené teorie se uplatňuje kontext objevování, při němž jde především o exploraci a rozvíjení nových vyzkoumaných teorií. (Hendl, 2005)

Za data, která výzkumník sbírá, jsou považovány texty rozhovorů, záznamy pozorování nebo dokumenty, které jsou získány při více vstupech do terénu. Během těchto vstupů dochází k analyzování sesbíraných dat až do doby než je teorie saturována. To jest okamžik, při němž již data nenapomáhají

k dalšímu vývoji teorie. (Hendl, 2005)

Zakotvenou teorii lze použít v mnoha disciplínách, jelikož záleží především na postupech a ty jsou na disciplíně nezávislé. Každý badatel vnímá jevy v dané oblasti odlišně a vkládá do výzkumu svůj specifický náhled. Z tohoto důvodu odpovídá každá teorie individualitě daného badatele. (Strauss, 1999)

Zakotvená teorie, vycházející z empirického základu, musí splňovat: validitu, soulad mezi teorií a pozorováním, zobecnitelnost, reprodukovatelnost, přesnost, kritičnost a ověřitelnost.(Strauss, 1999, str. 20)

Jako techniku sběru dat jsem pro tuto bakalářskou práci zvolila polostrukturovaný rozhovory, které povedu s pracovníky Ambulantního centra Laxus o. s.

## 4.5 Technika sběru dat – polostrukturovaný rozhovor

Pro výzkum jsem si zvolila polostrukturovaný rozhovor, jelikož díky němu může lehčeji plynout konverzace ohledně užívání substitučních preparátů.

Na základě této techniky sběru dat jsem si připravila transformační tabulku s tazatelskými otázkami k polostrukturovanému rozhovoru, které mi pomohou udělat potřebný výzkum pro tuto bakalářskou práci. Výhodou je, že s pracovníky povedu přirozený rozhovor, díky němuž mohu získat cenné informace. Otázky mohu částečně modifikovat během rozhovoru, avšak vždy je třeba položit všechny. Pro obě strany se tento typ sběru dat zdá přirozenější než striktní dotazník.

Do daného výzkumu bych ráda zapojila informanty, kteří mají přístup k informacím, které potřebuji k vytvoření analýzy. Pro svoji práci jsem si zvolila pracovníky Ambulantního centra Laxus, o. s., kteří s lidmi užívajícími substituční preparáty pracují. Pracovníci mi budou podávat informace o klientech navštěvujících ambulantní centrum z důvodu dosažení abstinence od užívání substitučních preparátů.

Polostrukturovaný rozhovor je částečně řízený pomocí souboru témat nebo otázek, na něž informant odpovídá. Pořadí otázek není striktně dané pořadí otázek a mnohdy je tazatel může měnit během rozhovoru. (Reichel, 2003)

*„Polostrukturovaná varianta interview v zásadě kombinuje výhody a minimalizuje nevýhody obou krajních forem rozhovoru, tj. volného,*

*nestrukturovaného a strukturovaného. (Reichel, 2003, s. 112)*

Díky jisté volnosti je dosaženo přirozenějšího rozhovoru mezi tazatelem a informantem, zároveň je možné akceptovat jeho osobnostní specifika.

Polostrukturovaný rozhovor napomáhá lepší plynulosti komunikace. Nevelká míra formalizace lehčeji zařazuje údaje, které můžeme vzájemně porovnávat a zobecňovat. Objevuje se tu určitý aspekt standardizace, kterým je předpis prostředí, v němž by se měl rozhovor odehrávat. Často je takovým místem např. pracovna tazatele nebo kavárna. (Reichel, 2003)

## 4.6 Volba výzkumného souboru

Celý výzkum je zaměřený na pracovníky Ambulantního centra Laxus, o. s., které sídlí v Hradci Králové.

Výzkum byl prováděn za pomoci polostrukturovaných rozhovorů vedených se 3 pracovníky - z toho 2 byli sociální pracovníci a 1 poradce. S těmito pracovníky byly realizovány rozhovory, díky nimž jsem zjišťovala hlavní a dílčí cíle této bakalářské práce. V práci nebudu rozlišovat mužské a ženské pohlaví u informantů a budou pouze označeni slovem „informant“ a číslem.

| Informant | Pohlaví | Specializace | Délka praxe u AC |
|---|---|---|---|
| I1 | muž | terapeut | 1,5 roku |
| I2 | žena | sociální pracovník | 2 roky |
| I3 | muž | sociální pracovník | 7 let |

## 4.7 Popis organizace a průběhu výzkumu

Na začátku roku 2015 proběhly první polostrukturované rozhovory s pracovníky Ambulantního centra Laxus, o. s., při nichž jsem pokládala tazatelské otázky, které by mě pomohly zjistit všechny dílčí cíle bakalářské práce.

V daném centru nepracuji, ale i přesto mi bylo umožněno zde vykonávat rozhovory s pracovníky centra. Autenticita byla plně dodržena, jelikož nikdo předem nevěděl, jaké otázky budou během polostrukturovaných rozhovoru pokládány.

Termín výzkumu byl předem domluven, a díky setkání pracovníků i z jiných center v Ambulantním centru Laxus o. s. v Hradci Králové, jsem mohla

využít možnosti udělat rozhovor i s pracovníkem z jiného ambulantního centra než pouze z Hradce Králové. Rozhovory probíhaly v kanceláři, kde běžně probíhají konzultace s klienty užívajícími substituční preparáty.

Na začátku polostrukturovaných rozhovorů jsem se seznámila s pracovníky Ambulantních center. Během výzkumu zachovávám anonymitu dotazovaných a jsou rozlišeni pomocí specifik (označení informanta, pohlaví, specializace, délka praxe v AC). Seznámila jsem je s cílem mé bakalářské práce, a proč právě s nimi bych chtěla provést výzkum. Všichni informanti souhlasili s poskytnutím rozhovorů pro tuto bakalářskou práci.

Těsně před začátkem rozhovoru jsem informantům dala nahlédnout do pojmové mapy, takže si otázky přečetli, a poté jsme začali s rozhovory. Každý rozhovor jsem si pečlivě zaznamenala na diktafon, abych si jej mohla znovu přehrát v případě nejasnosti či přeslechnutí důležité informace. Během rozhovoru jsme nebyli ničím rušeni (klienty, telefony), a tak se mi informanti mohli plně věnovat.

.

## 4.8 Způsob zpracování získaných dat či údajů

Všechny rozhovory jsem si se souhlasem informantů nahrávala na diktafon, abych se během rozhovoru mohla věnovat pouze komunikaci s informantem a nerušila jej průběžným zapisováním. Po skončení všech rozhovorů jsem sdělené informace přepsala do počítače a zpracovala pomocí metody otevřeného kódování.

Následně jsem lokalizovala témata a postupně jim přiřazovala označení. Hendl (2008) uvádí, že právě díky otevřenému kódování, dochází k odhalení určitých témat v rámci nasbíraných dat, které považuje za nízkou úroveň abstrakce. Tyto abstrakce mají vztah k položeným výzkumným otázkám.

*„Otevřené kódování lze aplikovat různým způsobem. Lze kódovat slovo po slovu, podle odstavců, anebo podle celých textů a případů. Důležité přitom je, že se neztrácí ze zřetele cíl kódování – tematické rozkrytí textu.“*(Hendl, 2008, s. 247)

Z tohoto důvodu jsem se zaměřila na jednotlivá slova, která charakterizovala nejlépe danou otázku a byla společná pro více informantů. Dále

jsem se vygenerovala slova, která vyplynula z rozhovorů ojediněle, avšak jsem se domnívala, že by mohla být přínosná pro daný výzkum.

Při pojmenování kategorií, jsem se snažila, aby pojem logicky souvisel s údaji, které zastupuje.(Strauss, Corbinová, 1999)

*„Výsledkem analýzy má být nějaký typ syntézy vyššího řádu, integrovaný obraz, který může být určitým souhrnem složité problematiky, popisem pravidelností a témat, identifikací fundamentální struktury, vyslovením podložených hypotéz, vymezením nového konceptu nebo zobrazením substantivní teorie.“ (Teschová,2008)*

# 5 Analýza a interpretace údajů

Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit specifika sociální práce s uživateli substitučních preparátů.

## 5.1 Výstupy otevřeného kódování

**DC 1: Vymezit základní sociální charakteristiku uživatelů/uživatelek substitučních přípravků.**

Pro vymezení daného dílčího cíle jsem využila tazatelské otázky TO1-TO3, díky nimž jsem zjistila základní strukturu klientů, bio-psycho-socio-spirituální model u klientů na substituci a zároveň i sociální potíže, jimž jsou vystaveni uživatelé substitučních preparátů.

Pomocí **TO1** jsem zjišťovala strukturu klientské skupiny v Ambulantních centrech:

- **věkem neohraničená skupina**

**Věkem neohraničená skupina**

Informanti I2 a I3 se u dané tazatelské otázky shodli, že do ambulantního centra chodí klienti všech věkových kategorií. Z toho vyplývá, že užívání substitučních preparátů nenáleží pouze určité věkové skupině jako by byli např. středoškoláci. Dle I2: *„skupina je hodně široká, od mladistvých (děti které posílá OSPOD), jejich rodiče a lidi až do důchodového věku“*

Informant I1 se lišil v dané odpovědi, kdy zúžil strukturu klientské skupiny na lidi určitého věku: *„Jsou to spíše starší lidi.....dostávají se ke mně lidi kolem 30 let, to bývá taková hranice...“* Zároveň i uvedl sociální důvod kvůli nimž zrovna lidé v této věkové kategorii vyhledají ambulantní centrum, a stávají se klienty: *„zjišťují, že drogy jim nic nedávají, proto berou ten subutex a celkem si na něm moc neužívají, ale zároveň nemají na to, aby navázaly partnerský vztah, zjišťují, že by rádi měli rodinu, děti, nějakou stabilitu..... chybí jim stabilní prostředí“*

Pomocí další otázky **TO2** jsem se zaměřila na zjištění bio-psycho-socio-spirituálního modelu u klienta na substituci, které mi pomohou zjistit sociální charakteristiku klienta ambulantního centra. U této otázky se shodl I1 a I3, kdy určily za hlavní společný rys, že klienti získávají určitou stabilitu v jejich sociálním životě.

- **stabilita klienta**

I1 se domnívá, že není klientům poskytnutá dostatečná psychická a sociální podpora klienta u doktora, který píše recept: *„Tomu, čemu se u nás říká substituční léčba, při všech těch kladech, který to znamenalo, odklon od heroinu, vůbec neřeší sociální situaci a psychický stav klienta. O spiritualitě se vůbec nemusíme bavit, tady máš prostě recept od doktora a dělej si s tím, co chceš. Podle mě je hodně důležitý, abychom my, jako sociální služby, navázali klienty do kontaktu, dali jim na všechno hodně času nebo hodně dlouhodobý kontakty a dlouhodobou spolupráci. Samozřejmě pracujete na tom, aby se postupně stabilizoval/zlepšil jejich sociální zdraví/život, aby našli nějakou psychickou rovnováhu.“*

I3 v rámci své praxe říká, že pokud klienti jsou na substitučních preparátech i za možnosti nitrožilní aplikace, má to na ně pozitivní vliv, jelikož v porovnání s uživateli nelegálních látek mají podstatně větší sociální problémy: *„Psycho-socio-spirituální? No ty lidi, kteří už jsou na těch substitučních látkách a aplikují si je nitrožilně, docela zvládají chodit do práce a mají nějaký sociální stabilní život. Ale ty lidi, kteří berou spíš ty nelegální látky jako opium nebo heroin, syntetické opiáty, tak ty to moc nezvládají. Takže nedostatek peněz, nestálý bydlení, nestabilita v partnerských vztazích, rozvracení rodin.“*

Co se týče spirituální stránky, tak to I1 považuje za hodně ritualizovanou činnost, kde hlavní slovo má stříkačka: *„…. Co se týká té spirituality. To je to dlouhodobý braní opiátů nitrožilně, je to hodně ritualizovaná činnost. S lidmi v delším kontaktu se začínáme bavit o nějakých přesahových věcech, co to tedy je…. Je to taková ta víra v tu stříkačku, když to takhle řeknu, čím by se to dalo nahradit, co mi uniká do prostoru, když beru opiáty… proto jsem říkal, že je to tak důležitý hodně, protože ty kontakty bývají dlouhý s klienty, ty změny se neodehrávají rychle, proto se dostaneme v tom vztahu pracovní vs. klient na úroveň, kde se*

*můžeme bavit o nějakých interních věcech.*

Pomocí tazatelské otázky **TO3** zjišťuji sociální potíže a problémy, které klientům přináší užívání opiátů. Všichni informanti I1, I2, I3 se shodli, na těchto klíčových pojmech:

- **socioekonomický problém**
- **sociální vztahy**
- **práce a bydlení**

**Socioekonomický problém**

Informanti I1 a I3 se shodli, že pro uživatele opiátů je užívání velmi finančně náročné, a tak se dostávají velice často do finančních potíží, které vedou k dalším výše zmíněným sociálním problémům. I3 uvedl: *„jako velké riziko je, že je to drahé, takže to pro ně může být finančně náročné.“* Během rozhovoru I1 se na to podíval z opačného pohledu, resp. z pohledu uživatele substitučních preparátů: *„Když to otočím u lidí, kteří jsou na buprenorfinu, tak jsou menší socioekonomické problémy, jelikož to nestojí tolik peněz jako heroin, resp. ani účinky nejsou tak ovlivňující, aby člověk nebyl schopen fungovat“*. Nezávisle na výpověď daného informanta mi tuto odpověď potvrzuje rozhovor s I3: *„Když někdo bere heroin, potřebuje cca 1-2 tis. denně, takže to je 30-60tis. měsíčně, když berete subutex, tak je to 1-2. tis. měsíčně.“*

**Sociální vztahy**

U uživatelů opiátů shledávají informanti I1, I2 a I3 jako velký problém narušené sociální vztahy nejen s rodinou, ale i s okolním světem. Vše vyplývá z jejich závislosti na užívání opiátů. Informant I1 detailně popsal proč tomu tak je: *„ rodinný vazby jsou hodně narušený, když ten člověk bral 10 let heroin, byl někde na ulici život na vlásku, tak ta trpělivost a strach rodiny je tak velký, že ty lidi vytlačí ze sebe ...“* Je vidět, že se od uživatele izolují i jeho nejbližší, kteří k němu ztrácejí důvěru. Navíc klienti svůj čas věnují pouze drogám, jež zmiňuje I3:*“ničí to sociální vztahy, protože mají čas jen na tu drogu – 3D prostor, čímž se rozumí: sehnat peníze, sehnat drogu a aplikovat drogu.“* Tímto je hodně narušený vztah i

s okolím, jak již zmínil I1:*"na člověka v pozici nitrožilního uživatele drog se každý kouká skrz prsty"*.

**Práce a bydlení**

Všichni informanti se shodli, že uživatelé opiátů mají sociální problémy s bydlením a prací, jak uvádí I2: *„jsou to problémy s prací, s bydlením, ten sociální problém je hodně široký, který ty drogy obnášejí, není to ohraničený"*.

Poslední tazatelská otázka **TO4** se zabývá tím, pro jaký typ klientů/klientek je substituční léčba vhodná a proč. Odpovědi informantů byly velmi různorodé.

- **dlouhodobý uživatelé**
- **stabilita**

**Dlouhodobý uživatelé**

Informant I1 uvedl, že substituční léčba je vhodná pro dlouhodobé uživatele. Zároveň doplnil svou odpověď o typ substituce, která je vhodné dle klientova užívání návykových látek. *„Je vhodná pro dlouhodobý uživatele opiátů, který je zneužívají...bud je to třeba stará scéna heroinistů, který opravdu brali 4g denně, pro ně je lepší metadonová substituce. Kdy metadon jim přináší nějakou tu opiátovou blaženost, což ten buprenorfin ne. U těch buprenorfinových klientů je to spíš téma nitrožilního užívání a odchod od něj, případně nějaký pomalý snižování."*

**Stabilita**

Informant I3 zdůraznil, že je důležité, aby klient usilující o substituční léčbu měl možnost stabilního zázemí. I3: „Je vhodná pro lidi, kteří mají možnost určitého zázemí a jsou schopni se stabilizovat a mají možnost si najít práci. Takže není to pro lidi, kteří jsou na ulici.... jelikož lidi potřebují stabilní zázemí, z kterého pak mohou vycházet... dojít si k doktorovi, pak si ty léky vyzvednout a zaplatit, co se za ně platí. Nemusí pak kšeftovat na černém trhu. Takže je tam potřeba určitá míra stability."

Informant I2 vycházel pouze ze svého vzdělání a své představy o uživatelích

substitučních preparátů, jelikož klienta na substitučních preparátech ještě neměl. Konstatoval, že klient se snaží skončit s užíváním nebo změnit svůj styl života, resp. život stabilizovat. I2:*"z nějakého svého vzdělávání, co bych měla vědět o substituci, tak to jsou klienti, kteří chtějí tu svojí opiátovou kariéru nějak ustát, ukončit, dost často jsou právě na nějaký hraně, kdy padají hluboko, takže přemýšlí jak to změny, takže u nějakých lidí co se pokouší nějak tu svojí situaci stabilizovat, hledají práci, bydlení, potřebují k tomu nějaký stabilní nálady, stabilní život, takže asi pro tyto, kteří jsou schopni docházet pro substituci, nebo nějakou strukturu v životě... to je taková má představa o substitučních klientech"*

**Shrnutí k DC 1**

Na základě rozhovorů s pracovníky AC Laxus o. s. jsem vyhodnotila, že v rámci sociální práce s uživateli substitučních preparátů není pracováno s věkově ohraničenou skupinu. Zlom v životě klientů nastává tehdy, kdy si uvědomí, že jejich život postrádá určitou stabilitu. Z otázek TO1-TO4 vyplývá, je substituční léčba vhodná pro dlouhodobé uživatele návykových látek a pro uživatele, kteří chtějí změnit svůj život a určitým způsobem ho stabilizovat. Ve výzkumu zároveň bylo upozorněno, že je dobré, pokud má klient možnost určitého stabilního zázemí. Mnoho uživatelé nelegálních látek má velké socioekonomické problémy, narušené sociální vazby, problémy s bydlením a prací.

**DC 2: Pojmenovat specifika sociální práce s uživateli/uživatelkami substitučních přípravků.**

V rámci dílčího cíle 2 jsem se snažila zjistit jednotlivá specifika sociální práce s uživateli substitučních přípravků, k tomu mi pomohli tazatelské otázky, na základě nich zjišťuju, proč klienti navazují vztah s ambulantním centrem.

Otázka **TO5** mi pomůže zjistit, z jakého důvodu do centra přicházejí klienti a co je příčinou/důvodem, aby klienti přešli na substituční preparáty. Domnívala jsem se, že mohou být klienti donuceni určitými institucemi, aby nastoupili do substitučního programu.

- **dobrovolnost**

Informant I2 mi nemohl zodpovědět položenou otázku, protože *„co se týče substituce, tak těch klientů za mého působení bylo minimum, osobně jsem žádného klienta na substituci ještě neměla.“* Avšak informant I3 mi zodpověděl danou otázku velice podrobně: *„to, že berou nelegální látky je pro ně drahá záležitost, finančně náročné, souvisí to s životním stylem, to znamená, aby si to opatřili, potřebují hodně peněz a ty získávají nějakou nelegální činností... no a to je důvod proč jdou do substituce....“* Poslední informant I1, který mi poskytl rozhovor, se domnívá, že již klienti do centra nastupují na substitučních preparátech, avšak ne na základě donucení nějaké instituce: *„Jasně, že bych našel pár hlav, kteří jako OSPOD jim doporučil nebo nařídil kontakt s ambulancí, s tím, že s tím musí něco dělat, ale že by to bylo nějaký významný číslo, to ne.“*

K naplnění DC2 jsem zjišťovala, jak sociální pracovníci dostávají zakázky od svých klientů. K tomu mi pomůže **TO6**, která se zabývá jakým způsobem a na základě čeho jsou zjišťovány zakázky klientů.

- **konzultace**
- **potřeby klienta**

**Konzultace**

Všichni informanti I1, I2, I3 se shodli, že s klientem zakázku zjišťují na základě konzultace. Dle I2 *:“rozhovor, konzultace, každý pracujeme trošku jinak.....“*

**Potřeby klienta**

Ze všech rozhovorů však jednoznačně vyplynulo, že se soustředí především na potřeby klienta, jak už uvedl I3: *„....zjistíme s klientem zakázku a sepíšeme kontrakt. Mapujeme potřeby klienta a vycházíme z toho, co klient potřeboval sám, jakou má představu s docházením sem a s čím vlastně přichází“.*

Nejen zjištění důvodů, proč lidé přicházejí je nutný znát, ale také zda pro tyto lidi je daná léčba dostupná a popřípadě, s jakými potížemi se setkávají, když chtějí nastoupit do substituční léčby. Toto mi pomohla zodpovědět **TO7.**

- **dostupnost**

**Dostupnost**

Informant I1 a I3 se domnívají, že daná léčba je dostupná, avšak mají pocit, že by se řada věcí měla změnit v rámci práce s klienty.

Informant I3 uvedl: *„Dostupná je, ale mám pocit, že se to ve fakultní nemocnici v Hradci dělá špatně, jelikož jsou klienti na substituci dlouho, ten doktor, co má klienty na starosti dávky nesnižuje. Navíc mám pocit, že se klientů bojí, když mu začnou vyhrožovat, tak je pošle do Laxusu. Nebo lékař slíbí, že nebude psát subutex, ale přesto ho napíše zase, protože klient říká, že mu nezabírá. Nechá s sebou manipulovat. Není smyslem substituční léčby, aby tam někdo docházel 6-8 let, ale to může být místní anomálie. Ze svého pohledu myslím, že to v Brně a Praze funguje mnohem lépe.*

Dle informanta I1 by se mělo změnit hodně věcí v rámci této léčby, zpravidla, že by se mělo zaměřovat na psychickou a sociální stránku klienta. Domnívá se, že v tato oblast není v substituční léčbě zakomponovaná „*Co by se mělo změnit, že by měla být integrovaná léčba, jako medicínská, psychoterapeutická a sociální práce. To jsme u toho bio-psycho modelu. To znamená, že v každé té organizaci by měl být psychiatr, ale podmínkou pro předepisování preparátu pro první rok by měla být sociální práce a psychoterapie. Psychoterapie i později, až člověk dospěje nebo v té době až když je schopný. Mělo by se to poskytovat integrovaně.“*

Informant I2 sám uznává, že nemá dostatek zkušeností s uživateli substitučních preparátů, avšak ze své zkušenosti, která se mu naskytla při zajišťování léčby pro takového klienta, byl velmi rozpačitý: *„Já jsem nedávno měla jednorázového klienta, který uvažoval o substituci, tak jsem se mu snažila zjišťovat nějaký informace, jak je to dostupný, a když jsem teda volala na psychiatrii, tak z toho vyplynulo, že čekací doby jsou strašně dlouhý, bylo to takový neochotný. Vůbec nechápali, proč by ten člověk měl rychle nastoupit, proč substituce, ty otázky mě zarazily. Mám pocit, že nevím, jak jinde v republice, tak v Hradci je to docela problém, to co slýchám nebo z toho co jsem zažila, mám pocit, že to úplně dostupný není....“*

**Shrnutí k DC 2**

Pomocí DC 2 jsem se dozvěděla, že danou léčbu nemají klienti nařízenou a do ambulantního centra přichází dobrovolně. Jejich závislost je pro ně velmi ekonomicky náročná, a z toho často získávají peníze nelegální cestou. Právě proto přechází tito klienti na substituční léčbu, jelikož je pro ně lépe finančně dostupná a získávají tyto preparáty legální cestou. Současně jsem se snažila zjistit, jaká je dostupnost, dva informanti se shodli, že dostupnost je dobrá, ale poslední mi popsal svoji zkušenost, kdy čekací doba pro klienta byla velmi dlouhá a obsahovala řadu nepatřičných otázek ohledně klientovy léčby. Sociální pracovníci se však domnívají, že by se měli změnit postupy některých lékařů, kteří nesnižují dávky a předepisují stále vysoké množství preparátů svým klientům. Zároveň by nemělo docházet k tomu, že klient si bude diktovat, který preparát je pro něj nejlepší. Navíc z daného výzkumu vyplývá, že by se mělo hodně dbát na psychoterapii a sociální práci s klientem, a ne mu pouze poskytnout recept.

**DC 3: Popsat a charakterizovat cíle a oblasti ve sféře sociální práce s uživateli/uživatelkami substitučních preparátů.**

Dílčí cíl 3 mi pomáhá zjistit, jaké jsou návrhy na řešení klientovy sociální situace, a zároveň i případy, kdy mají sociální pracovníci rozdílné představy s klientovými. Ne všechna činnost je pouze na bedrech těchto pracovníků, a tak jsem se snažila zjistit, jaké organizace spolupracují s Ambulantním centrem Laxus o. s..

Na základě další tazatelské otázky **TO8**, jsem zjišťovala, jak probíhá práce s klienty. U všech informantů byly odpovědi velmi podobné a shodli se, že s každým klientem jsou vytvořeny individuální plány a dbá se především na potřeby klienta.

- **Individuální plán**

**Individuální plán**

I1:*“ chci po klientovi, aby měl nějakou představu/nějaký plán.... je to tedy individuální formou, které snímám spíš v rozmezí několika let než měsíců, aby*

*došlo k nějaký změně, ta dynamika je hrozně pomalá u těch opiátových klientů"* Informant I3 se rovněž shoduje s I1, avšak zdůrazňuje, že se nesmí na klienta v žádném případě spěchat: *„ S každým klientem by měl být individuální plán, nebo na konci každého sezení se domluvíme, čemu se budeme věnovat.... vycházíme z toho, že každý člověk má nějaký potřeby, akorát je neverbalizuje, takže se je snažíme mapovat a nemá smysl takového člověka do ničeho nutit, jelikož by se odpojil a přestal by komunikovat."*

U sociální práce s klienty na substituci může dojít k rozdílným představám ohledně naplnění cílů, a z tohoto důvodu jsem informantům položila tazatelskou otázku **TO9: Jak řešíte případy, kdy jsou cíle klienta rozdílné s představami Vás, sociálních pracovníků.** Všichni informanti se shodli, že k dané situaci může dojít, a tak se ji snaží řešit konzultací, proč to není reálné.

- **dostatek času**
- **nereálnost cílů**

**Dostatek času**

Informant I1 a I3 se shodli, že klientovi musí dát dostatek času a v žádném případě nesmí být do ničeho nucen, aby klient nepřestal s daným centrem komunikovat. I1:*"Možná je to zase nějaký takový ladění dlouhodobý v tom, že existují i nějaký jiný způsoby, jak žít než ty, na které je ten klient 20 let zvyklej a zase mu na to dát dost času, netlačit na něj, protože v takovou chvíli ten člověk z kontaktu vypadává."*

**Nereálnost cílů**

Z rozhovorů se sociálními pracovníky vyplynulo, že většinou mají klienti nereálné představy o snížení dávek, domnívají se, že během pár měsíců se dostanou na minimální množství, aniž by si připustili, že to tak nebude, pokud berou návykovou látku již několik let.

Na tuto otázku I3 odpověděl: *„To se může stát, že ti lidé mají nereálné představy, tak jim říkáme, co my tady vlastně děláme, co se sem vleze a co už ne. A když chtějí něco co je mimo, tak jim říkáme, kde by to mohli získat, tak jim*

*vysvětlujeme, proč my to nenabízíme. Mám pocit, že se to dá docela hezky poladit. Co pro ně můžeme udělat a co už ne. Oni tomu docela rozumí, ne že ne.“*
Informant I1 se k reálnosti cílů vyjádřil: *„Samozřejmě ho jako nevyhodím, ale můžu mu říkat, že to takhle nemá cenu zkoušet, protože představa venku ambulantně je, že se zbaví nejdříve nitrožilního užívání a pak vysnižuje, že pokud chce tohle, tak je tady špatně, musí jít alespoň na detox a nejlépe na detox a na léčbu.“* I2: *„...pokud vidím, že cíle nejsou reálné a realistické, tak ho k tomu nechávám dospět nebo se s ním o tom bavím, jaký v tom vidím překážky....“*

V rámci **TO10** mě zajímalo, s jakými organizacemi sociální pracovníci spolupracují dobrovolně popř. nuceně, v případě uživatelů substitučních preparátů.

- **probační a mediační služba**
- **Oddělení sociálně-právní ochrany dětí (OSPOD)**
- **léčebná zařízení**
- **péče o duševní zdraví**
- **neziskové organizace**

**Probační a mediační služba**
Informanti I1, I2, I3 uvedli shodně spolupráci s probační a mediační službou. Dle I1: *„justiční sféra, probační a mediační služba, protože v rámci toho probačního dohledu dostanou klienti ten program docházení“*

**Oddělení sociálně-právní ochrany dětí (OSPOD)**
Rovněž u všech informantů I1, I2, I3 byla u dané otázky shodná odpověď, že pracují s OSPOD. I1: *„ dost často spolupracujeme s OSPODy, protože tu máme mámy uživatelky, sociálka je může dotlačit k represi, takže s nimi spolupracujeme tak, že se snažíme udělat takový ten kontrakt třístranný, aby tam byla ta instituce přítomna u toho vyjednávání, aby ty klienti neměli pocit, že se něco děje za jejich zády, abychom si vyjasnili, jaký jsou realný možnosti. Většinou se na něčem domluvíme, protože sociálka tolik neví o tom drogovým (adiktologickým) prostředí, a my zase nevíme, jaké mají povinnosti oni, co musí udělat a nám se to*

*zdá, že to dělají zbytečně.“*

Zároveň mi I2 vyvrátil mou domněnku, že pracovníci spolupracují se soudy. I2: *„se soudy moc nespolupracujeme, ty soudy zastupuje vlastně ta probačka, když jsou to jakoby trestný věci (docela často, u těchto klientů), tak oni mají nařízený léčby nebo mají ty cíle, takže třeba řeší svou závislost“*

***Léčebná zařízení***

V rámci své činnosti sociální pracovníci spolupracují i s léčebnými zařízeními, kterými můžou být léčebny nebo i psychiatrická zařízení.

I3: *„ spolupracujeme s léčebnými zařízeními (Detoxy, Albertinum Lanškroun, psychiatrická zařízení, psychiatrická nemocnice Svitavy)´a opiátníky hodně posíláme do léčeben, které můžeme rozdělit dle stavu klienta: pro prvoléčby nebo pro otrlejší. Naši opiátníci mají rádi Červený kostel, to je vyhlášená léčebna pro ty co jdou opakovaně.“*

Během rozhovoru s I1 vyplynulo, že ne vždy probíhá kvalitní spolupráce s ambulantními psychiatry: *„s ambulantními psychiatry je to problém.....jelikož oni předepisují, a my si s nimi máme dělat, co chceme, je to nezajímá (v Praze i tady jsou takoví lékaři, kteří to mají jako kšeft).“*

**Péče o duševní zdraví**

Informant I2 a I3 se shodli, že v rámci své práce spolupracují s Péčí o duševní zdraví. I2: *„často spolupracujeme s Péčí o duševní zdraví“*

**Neziskové organizace**

Z rozhovoru s jedním informantem, jsem se dozvěděla, že jsou v kontaktu s různými neziskovými organizacemi.

I2: *„ .....různé neziskovky, občas charita (třeba s domácím násilím, kde je často ten alkohol) .....“*

**Shrnutí DC 3**

V rámci DC 3 jsem se pomocí výzkumu dozvěděla, že sociální pracovníci s každým klientem řádně konzultují jeho cíle a potřeby. V případě, kdy jsou cíle

nereálné, snaží se klientovi vysvětlit důvod, nebo popřípadě ho k dané nereálnosti přivedou, aby si na ni přišel sám. Všichni informanti nezávisle na sobě zdůraznili, že se nesmí na klienta časově tlačit, aby s nimi nepřestal komunikovat. Sociální pracovníci z Ambulantního centra Laxus o. s. během své činnosti spolupracují s mnoha organizacemi. Zároveň připouštějí, že u některých organizací by se měl postup práce s klienty změnit.

**DC 4: Charakteristika potřeb uživatelů/uživatelek substitučních přípravků v oblasti sociální práce.**

Cílem posledního dílčího cíle bylo zjistit potřeby uživatelů a co očekávají od sociálních pracovníků. Zároveň jestli je užívání substitučních preparátů užitečné a pomáhá zlepšovat sociální prostředí klienta.

Pomocí otázky **TO11** jsem zjišťovala, co klienti od svých sociálních pracovníků očekávají, avšak na tuto otázku se mi nepodařila najít odpověď. Tuto otázku by bylo lepší položit klientům, kteří do Ambulantního centra Laxus, o. s. docházejí v rámci svého léčení.

Předposlední otázkou výzkumu byla **TO12**, která mi odpověděla na otázku, je sociální situace uživatelů substitučních přípravků stabilnější než u uživatelů jiných návykových látek.

- **stabilita**
- **recidiva**

**Stabilita**

U této otázky se všichni informanti I1, I2 a I3 shodli, že klienti užívající substituční preparáty jsou stabilizovaní ve svém životě a pomáhá jim to po všech stránkách. Jsou schopni chodit do práce, bydlet a budovat mezilidské vztahy.

I1: *„... když jsou ty lidi na substituci, tak jsou schopni se nějak sociálně stabilizovat a zvednout, což na tom heroinu prostě nejde...“* Dle informanta I3: *„ metadon, to je prostě výhoda .... no výhoda... že ho chodíte pít, je náročný, že každý den někam jdete, ale na druhou stranu to pro Vás může být dobrý, že*

*chytnete jakousi strukturu do života.....“* Podle tohoto informanta je metadon substituční droga, která klientovi pomáhá dodržovat určitý řád: *„V Praze se říkalo, že metadon je přípravek poslední volby. Začínalo se na Subutexu a suboxonu, a když to ti lidé nezvládají, tak docházejí na metadon, aby byli v kontaktu každý den.“*

I2 se k dané otázce nechtěl vyjadřovat z důvodu nedostatku zkušeností.

- **Recidiva**

I přesto, že klienti užívají substituční preparáty, informanti I1 a I3 připouštějí, že během opiové sezóny řada z nich sklouzne k recidivě, kdy zase začnou využívat opia volně na poli. Posléze se mnoho z nich zase vrací na substituci. I1: *„Opiátová závislost je hodně recidivující, jelikož jde o fyzickou závislost, organické změny, biologický zasažení. Ne jako u pervitinu, kde je to věc psychického bažení, to znamená, co by mohlo pomoc, je rozhodně dlouhodobý kontakt, který třeba není nijak dynamický. Pro ty klienty je důležitý, že mají nějakou kotvu, že jednou za měsíc někam přijde a oživí se to v něm, že to má nějakou cenu nebo přichází s nějakým traumatem, začíná důvěřovat, což je velmi pomalý. Ve chvíli, kdy tohle ten klient nemá a je sám, tak si myslím, že ty recidivy jsou na denním pořádku, což potká asi každého.“* Zároveň upřesňuje tento informant, co si pod daným slovem recidiva můžeme představit, a jak může probíhat*: „Recidiva může znamenat návrat k nitrožilnímu užívání, opuštění dohodnutý dávky, případně návrat k heroinu nebo opiová sezóna, takže 4 měsíční trip na opiu.“*

Poslední otázkou **TO13** jsem chtěla zjistit, zda lze stanovit ideální dobu trvání substitučního programu.

- **dlouhodobost**
- **snížení heroinu**

Informant I1 a I3 tvrdí, že doba se nedá přesně vymezit, po níž klienti zůstávají v substituci, ale zpravidla se jedná delší časový úsek. I3: *„....může to být opravdu dlouho, ale myslím si, že je tam hodně podstatný, aby tam bylo to snižování účinné*

*dávky. Pokud tam to snižování není a trvá to roky, tak to je špatně, ale konkrétní dobu, jak by to mělo dlouho trvat, nedokážu stanovit.“* Informant I1 se domnívá, že u některých klientů abstinence ani není možná, že klienti mnohdy chtějí pouhý kontakt se sociálním pracovníkem a mají to jako určitý rituál a sociální podporu: *„Myslím si, že u některých klientů není možný vůbec uvažovat o abstinenci a pro určitý typ klientů je substituční léčba na celý život. U určitých klientů, kteří přicházejí do toho procesu, že chtějí abstinovat, tak při těch průměrných dávkách to vidím na 2 roky s tím, že když začnou abstinovat, tak určitě terapeutický proces a doléčování by mělo pokračovat, je to otázka let. Ne každý to vydrží, i pro nás to může být těžký, že se vidíme s klientem 5 let a není v podstatě co řešit, že jde jen o to udržovat kontakt, tak nějak co ještě potřebuje .... určitě jsme pro ně takový kotvy, kdy přicházejí po čtvrt/půl roce, kdy nám zavolají, mně se něco v životě děje a potřebuju to probrat.... jsou na nás navázáni a jdou za námi.... jsme sociální i psychická podpora, jsou věci, do kterých nemají odvahu.... zahájením abstinencí to nekončí, ale teprve začíná....“*

**Snížení heroinu**

Informant I1 a I3 se nezávisle na sobě shodli, že postupem času se snížilo užívání heroinu a opiátů. Dle I3*: „.....od 90let klesá počet lidí, kteří užívají opiáty, což vlastně souvisí s tím, že začal mizet heroin z Hradecka a okolí....“*

I1 to okomentoval: *„Přes všechny nešvary, které spočívají v tom, že substituce je roztříštěná a není poskytovaná celostně bio-psychosociálně, tak velký dík patří tomu, že v podstatě tu umírá heroinová scéna, která znamenala obrovské propady nejen sociálně, ale ohrožení na životě, velké počty mrtvých klientů, což je vlastně dobře.“*

**Shrnutí DC 4**

Na jednu tazatelskou otázku nebylo možné nalézt odpověď, jelikož by bylo vhodnější oslovit přímo klienty, že by bylo vhodnější ji položit přímo klientovi užívající substituční preparáty. Z dalších odpovědí sociálních pracovníků vyplývá, že substituční preparáty jsou velmi důležité pro klienty, jelikož jejich život stabilizují, avšak zároveň připouštějí, že např. v opiových obdobích se objevuje

recidiva.

Sociální pracovníci se domnívají, že každý klient má zkušenost s relapsem. Kontakt s nimi je zpravidla dlouhodobý. Mnohdy jsou sociální pracovníci pro klienty oporou a stává se, že za nimi sami přicházejí i po několika letech a snaží se s nimi řešit i své osobní problémy.

## 5.2 Shrnutí výzkumné části

Na základě dílčího cíle DC1 jsem se snažila zjistit základní sociální charakteristiku uživatelů/uživatelek substitučních preparátů. Z výzkumu vyplynulo, že nelze jednoznačně říci, jaké věkové kategorie se užívání návykových látek týká. Většina informantů se domnívá, že se jedná o věkově neomezenou skupinu. Společným rysem je sociální nestabilita při užívání návykových látek. Mezi sociální problémy uživatelů patří: socioekonomické problémy (málo financí), narušené sociální vztahy (s rodinou, s okolím), bydlení (zpravidla pobývají na ulici) a další. Sociální pracovníci připouštějí, že pokud člověk užívá substituční preparáty, jeho život se stává stabilnějším. Z výzkumu vyplynulo, že je dobré pokud uživatel nelegálních látek nastupuje do léčby v případě, kdy má možnost určitého sociálního zázemí.

Pomocí dílčího cíle DC2 jsem se snažila pojmenovat specifika sociální práce s uživateli substitučních preparátů. Z výpovědi informantů vyplynulo, že klienti přichází do Ambulantního centra Laxus, o. s. zpravidla dobrovolně. Sociální pracovník na základě konzultace s klientem zjistí, proč přichází. Následně jsou zmapovány klientovy cíle. Zajímala mě i dostupnost substituční léčby pro klienty, která je dle sociálních pracovníků dobrá, avšak mnozí se domnívají, že by se měl změnit přístup lékařů ke klientům. Někteří lékaři, předepisující substituční preparát, mají obavu ze svých klientů a z tohoto důvodu jim mnohdy předepisují typ preparátu, u něhož se domluvili se sociálními pracovníky ambulantního centra, že je již psát klientovi nebudou. Zároveň sociální pracovníci poukazují na skutečnost, že s klientem není pracováno dle principů substituční léčby, protože nedochází ke snižování množství předepisovaných substitučních preparátů Kromě těchto skutečností je asi největší problém, že není brána v potaz sociální a psychická stránka klienta.

Jeden informant uvedl zkušenost, při níž chtěl klienta předat lékaři do substitučního programu, avšak byl zahlcen nepříjemnými a dotěrnými otázkami typu: „Proč by měl ihned nastoupit?“ nebo „Proč by měl užívat substituční preparáty?“

Dílčí cíl DC3 mi pomáhal popsat a charakterizovat cíle a oblasti ve sféře sociální práce s uživateli substitučních preparátů. Během výzkumu vyplynulo, že sociální pracovníci při konzultacích stanoví cíle, z nichž pro každého klienta udělají individuální plán, který přímo naplňuje klientovy představy. V rámci sociální práce se stává, že jsou jejich cíle nereálné. Každý informant podotkl, že situaci řeší jinak. Jeden informant nechá klienta k nereálnosti dojít sám během konzultací. Jiný informant sdělil, že na to klienta upozorní a vysvětlí mu proč je tato představa nereálná. Vždy se však pracovníci ambulantního centra snaží najít společnou cestu k léčbě. Nikdy na klienta netlačí, jelikož ví, že by klient v daný okamžik přerušil kontakt úplně.

Pomocí dílčího cíle DC4 jsem se snažila l najít odpověď na otázku vymezení potřeb, které se objevují u uživatelů/uživatelek substitučních přípravků a stávají se oblastí spolupráce v rámci sociální práce se zařízením. Pro vymezení potřeb by bylo nejlepší se zeptat přímo klientů, jelikož sami sociální pracovníci za ně nemohou mluvit. Sociální pracovníci však zdůrazňují, že užívání substitučních preparátů má pozitivní vliv na klienty, jelikož získávají určitý režim a stabilitu.

Klienti jsou během léčby schopni navázat sociální vztahy s okolím a rodinou, začít chodit pravidelně do práce a mít stabilní zázemí. Samozřejmě během této léčby se objevují relapsy, velmi často se to děje např. během opiového období. Z daného výzkumu však vyplývá, že sociální práce s uživateli substitučních preparátů je dlouhodobá a klienti si na sociální pracovníky za tuto dobu zvyknou, jelikož dochází i po vysazení substitučních preparátů. V případě, že se u klientů stane něco neobvyklého v jejich životě, vrací se zpět do Ambulantního centra, aby jim sociální pracovníci pomohli danou situaci řešit. V závěru výzkumu sociální pracovníci podotkli, že heroinová scéna v ČR utichá a tato látka se pomalu vytrácí.

# Závěr a diskuze

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit specifika sociální práce s uživateli substitučních preparátů. Bylo toho dosaženo pomocí čtyř dílčích cílů a třinácti tazatelských otázek.

Dle mého názoru bylo použití kvalitativní metody sběru dat, pomocí polostrukturovaných rozhovorů, nejlepším řešením, jelikož se mi podařilo zjistit potřebné informace. Z odpovědí sociálních pracovníků vyplynulo, že struktura klientů není nijak věkově omezena, a že užívání substitučních preparátů považují za přínosnější ve srovnání s užíváním nelegálních látek.

Díky užívání substitučních preparátů jsou lidé postupně stabilizováni a navrací se do běžného života. Výhodou je, že klienti do centra přicházejí dobrovolně bez donucení. Na základě zmapovaných potřeb klientů a možností sociálních pracovníků/pracovnic jsou dojednávány cíle vzájemné spolupráce.

V případě, kdy jsou cíle klientů nereálné, sociální pracovníci se snaží tuto skutečnost reflektovat a vysvětlit jim, proč nejsou konkrétní cíle splnitelné či proč nejsou splnitelné v klientem stanoveném časovém horizontu. V případě potřeby jsou klienti/klientky odkazováni do organizací a zařízení, s nimiž Ambulantní centrum Laxus o. s. spolupracuje. (OSPOD, Péče o duševní zdraví atd.).

Domnívám se, že by dobré se zaměřit na činnosti jednotlivých lékařů, kteří nepředepisují substituční preparáty dle stanovených postupů – z rozhovorů vyplývá, že mnohdy je klientům předepisováno nadměrné množství medikamentů po dlouhou dobu (roky) a nedochází tak k postupnému snižování podávané dávky substitučního preparátu. Je možné si položit otázku, zda k uvedenému problému dochází v důsledku syndromu vyhoření u lékařů nebo je to ze strachu z klientů, kteří jim vyhrožují.

Pouze na jednu jedinou otázku nebyli sociální pracovníci schopni odpovědět a to, co klient očekává od spolupráce se sociálním pracovníkem. Domnívám se, že by bylo přínosné, položit tuto otázku konkrétním klientům/klientkám, jelikož z pohledu sociálního pracovníka by mohlo dojít ke zkreslené odpovědi.

Vzhledem k tématu a dané problematice by práce mohla být užitečná pro studenty sociálních věd a pro budoucí sociální pracovníky. Přínosem a dalším

rozvinutím práce by mohl být další výzkum nejen s pracovníky ambulantního centra, ale i psychiatry, kteří předepisují substituční preparáty, a následně i s klienty, kteří tyto látky užívají.

Věřím, že by další výzkum mohl přinést zajímavé informace pro danou problematiku. Bohužel z důvodu omezení rozsahu bakalářské práce to nebylo možné splnit nyní.

## Seznam použité literatury

AMASS, L. In: SCHERING – PLOUGH. *Zvládnutí vaší závislosti na opioidech: Průvodce léčbou pro pacienty*. Kenilworth, 2006.

BARKER, Gary. *Použití kvalitativních výzkumných metod při postupech rychlého posuzování (Rapid Assessment) zneužívání drog ve společnosti: Postupy a techniky metody zakotvené teorie* Přel. S. Ježek. Vyd. 1. Překlad Ervin Široký. Brno: Sdružení Podané ruce, 1999, 60 s. SCAN, sv. 6. ISBN 80-858-3478-2.

BEČKA, Jan. Ženy v metadonovém programu Apolinář. *Adiktologie: odborný časopis pro prevenci, léčbu a výzkum závislostí*. 2006, roč. 3, č. 7

BULANTOVÁ, G. a kol..*Operační manuál Ambulatního centra o.s. Laxus*, 2006

DROGY-INFO.CZ. Substituce [online]. [cit. 2014-10-01]. Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/s/substituce

DVOŘÁČEK Jiří. Sociální rehabilitace. In: KALINA, Kamil. *Základy adiktologie*. Praha: Grada, 2008, 388 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4714-110

GROF, Stanislav. Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti: Psychologická úroveň. In: KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1.vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003, s. 92. ISBN 80-86734-05-6

GROFOVÁ, Christina. Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti: Spirituální úroveň. In: KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1.vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. ISBN 80-86734-05-6

GROHMANNOVÁ, Kateřina. Stimulancia a opioid z pohledu médií. *Adiktologie: odborný časopis pro prevenci, léčbu a výzkum závislostí*. 2006, roč. 3, č. 6

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000, 774 s. ISBN 80-717-8303-X.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Překlad Ervin Široký. Praha: Portál, 2005, 407 s. SCAN, sv. 6. ISBN 80-736-7040-2.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace.* 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2008, 407 s. ISBN 978-80-7367-485-4.

HERZOG, Aleš. Co je to substituce? *Edekontaminace* [online]. [cit. 2014-05-15]. Dostupné z: http://www.edekontaminace.cz/clanek/2/30/co-je-to-substituce.html

HERZOG, Aleš. *Dekontaminace: Časopis pro klienty a pracovníky terénních programů a kontaktních center.* Praha: SANANIM, 2008, roč. 2008, č. 2

JURÁNKOVÁ, Zdeňka. *Velký lékařský slovník* [online]. 2008 [cit. 2015-03-30]. Dostupné z: http://www.lekarske.slovniky.cz/

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

KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie.* 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 388 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4714-110.

KALINA, K., et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup 1*. Praha: NMS/Úřad vlády ČR. ISBN 80-86734-05-6

KUDRLE, S. in Kalina, K., et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup.* Praha: NMS/Úřad vlády ČR. ISBN 80-86734-05-6

KUDA A. (2003): Sociální práce v následné péči. In: Kalina, K., Koláčková J., Kodymová P.: *Sociální práce v praxi – Specifika různých cílových skupin a práce*

*s nimi.* Vyd. 2. Praha: Portál 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.

LAXUS o. s. *Ambulantní centra – Hradec Králové* [on-line]. 2006. [cit. 23. 2. 2015]. Dostupné z: http://www.laxus.cz/index.php?page=ambulantni-centrum-hradec-kralove.

MATOUŠEK O., KODYMOVÁ P., KOLÁČKOVÁ J. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010, 351 s. ISBN 978-807-3678-180.

MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Vyd 1. Praha: Portál, 2007, 183 s. ISBN 978-807-3673-109.

MINAŘÍK, Jakub. *Dekontaminace: Časopis pro klienty a pracovníky terénních programů a kontaktních center.* Praha: SANANIM, roč. 2011, č. 3

NAVRÁTIL, P. (2003): Cíle a principy práce s uživateli drog. In: Kalina, K., Koláčková J., Kodymová P.: *Sociální práce v praxi – Specifika různých cílových skupin a práce s nimi.* Vyd. 2. Praha: Portál 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.

POLICIE ČR. Opioidy a opiáty. In: Policie ČR [online]. [cit. 2014-04-15]. Dostupné z: http://www.policie.cz/soubor/opioidy-a-**opiaty**-pdf.aspx

POPOV, Petr a Tomáš ZÁBRANSKÝ. Standardy substituční léčby závislosti na opioidech: Definice substituční léčby. *Psychiatrie pro praxi.* 2009, roč. 10, č. 1. ISSN: 1213-0508

POPOV, Petr. Farmakologická léčba závislostí na opioidech. *Psychiatrie pro praxi.* 2009, roč. 10, č.1. ISSN: 1213-0508

POPOV, Petr. Metadonová substituční léčba v České republice. *Adiktologie: odborný časopis pro prevenci, léčbu a výzkum závislostí.* 2002, roč. 1, č.2

PRESTON, Andrew. *Drogy na předpis II.: Vše o metadonu*. Překlad Dana Syslová, Tomáš Zábranský. V Olomouci: Votobia, 1999, 166 s. ISBN 80-719-8383-7.

PREVENT, z. s. *Substituční centrum Prevent: Metadon* [online]. 2004 [cit. 2015-03-30]. Dostupné z: http//sc.os-prevent.cz/sluzby/metadon

REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů: Postupy a techniky metody zakotvené teorie Přel. S. Ježek*. Vyd. 1. Překlad Ervin Široký. Praha: Grada, 2009, 184 s. Sociologie (Grada), sv. 6. ISBN 978-80-247-3006-6.

ŘEHÁK, Vratislav. Substituční léčba závislosti na opioidech – praktické poznámky a náhledy: Farmakologické intervence – substituční léčba. *Psychiatrie pro praxi*. 2009, roč. 10, č. 1. ISSN: 1213-0508

SCHERING – PLOUGH. *Zvládnutí vaší závislosti na opioidech.: Průvodce léčbou pro paciety.* Kenilworth, 2006.

SHAPIRO, Harry. *Drogy: obrazový průvodce*. 1. české vyd. Praha: Svojtka, 2005, 360 s. ISBN 80-735-2295-0.

STRAUSS, Anselm a Juliet, CORBINOVÁ. *Základy kvalitativního výzkumu: Postupy a techniky metody zakotvené teorie Přel. S. Ježek*. 1.vyd. Boskovice: Albert, 1999, 196 s. ISBN 80-858-3460-X.

TESCHOVÁ, R. In: Hendl, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Vyd. 2. Překlad Miloš Kučera. Praha: Portál, 2008. SCAN, sv. 6. ISBN978-80-7367-485-4.

VERSTER, Annette a Ernst BUNING. *Informace pro tvůrce drogové politiky o účinnosti substituční léčby závislosti na opiátech.* 1. vyd. Praha: Úřad vlády

České Republiky, 2003, 38 s. ISBN 80-867-3415-3.

VERSTER, Annette a Ernst BUNING. *Buprenorfin: rozbor kritických otázek*. 1. vyd. v jazyce českém. Praha: Úřad vlády České republiky, 2007, 52 s. Monografie (Úřad vlády České republiky), no. 10. ISBN 978-808-7041-116

NMS - Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti: *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2013: Specializovaná léčba a služby pro uživatele drog*. Praha: Úřad vlády ČR, 2014, č. 6. ISBN 978-80-7440-109-1.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění.