



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Život na Subutexu

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:

REHABILITACE

Autor: Bc. Hana Ledinská

Vedoucí práce: doc. PhDr. Alena Kajanová Ph.D.

České Budějovice 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem **Život na Subutexu** jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne

.....

Bc. Hana Ledinská

Poděkování

V první řadě bych chtěla poděkovat doc. PhDr. Aleně Kajanové Ph.D. za odborné vedení práce, její rady, bleskové reakce a skvělou komunikaci a především za čas, který mi věnovala. Také bych ráda poděkovala svým kolegyním v práci za jejich plnou podporu při studiu a smysl pro humor, se kterým jsme překonaly nepřekonatelné. Dále chci poděkovat svému příteli a přátelům za podporu, pomoc a možnost občas prostě nebýt k dispozici. Nejvíce však chci poděkovat své milované rodině za jejich nehynoucí podporu, pochopení a lásku, kterou mi dávají najevo, jak moc důležitá pro ně jsem bez ohledu na počet titulů.

Život na Subutexu

Abstrakt

Tato diplomová práce se zabývá problematikou závislosti na Subutexu a jejího vlivu na život současných uživatelů. Cílem práce je zjistit sociální, zdravotní a další dopady uživatelů Subutexu na jejich každodenní život. Výzkumnou otázkou je, v čem shledávají tito lidé největší problémy spojené se závislostí a v čem cítí největší limity v zapojení do běžného života.

V teoretické části práce je definován pojem závislosti, její fáze, příčiny a faktory. Následuje stručný přehled nejčastěji používaných návykových látek na naší současné drogové scéně spolu se Subutexem. Kapitola „Dopad drogové závislosti“ pojednává o nejčastějších přímých dopadech na jedince z pohledu sociální a zdravotní oblasti. V následující kapitole je popsána sociální práce a význam case managementu při práci s uživateli drog a důležitost koordinace v jednotlivých složkách rehabilitace. V závěru teoretické části práce jsou představeny možnosti a druhy léčeb drogové závislosti, z nichž je podstatná část věnována substituční léčbě.

V empirické části práce je popsán výzkum a výzkumná otázka, metodika výzkumu - pomocí polostrukturovaného rozhovoru, doplněného o kazuistiky informantů. Pro tento typ výzkumu byla zvolena kvalitativní strategie. Výzkumný soubor byl tvořen klienty Kontaktního centra v Písku. Jedinou podmínkou pro zapojení do výzkumu bylo, aby všichni informanti byli aktivními uživateli Subutexu bez ohledu na zdroj získávání.

Z výzkumu vyplynulo, že nejčastějšími problémy, se kterými se uživatelé setkávají, je nízký životní standard ve spojitosti se špatnou ekonomickou situací a vysokou cenou přípravku. U uživatelů se také objevuje komorbidita, a s ní související zhoršený zdravotní stav. Především se jedná o hepatitidu typu C, získanou injekční aplikací. Dále informanti pociťují negativní dopady v oblasti vztahů a pocitu stigmatizace, což má za následek stav sociální izolace a zhoršení psychického stavu. Všechny tyto negativní jevy tak mají vliv na kvalitu života uživatelů Subutexu a možnost lepší integrace do společnosti.

Práce, výzkum a jeho výsledky, mohou sloužit jako doplňkový studijní materiál, či pro začínající pracovníky ve všech typech adiktologických služeb.

Klíčová slova

Subutex; buprenorfin; drogy; drogová závislost; substituční léčba; dopad drogové závislosti

Life on Subutex

Abstract

The Diploma Thesis deals with the Subutex addiction and its effects on the lives of the Subutex users. The main goal of the thesis is to find out how Subutex affects everyday lives of its users from social, health and also other perspectives. There are two main research questions. Firstly, the question is what poses a main problem for the Subutex users in connection with their addiction and secondly, what limitations they face when it comes to their everyday lives.

The theoretical part of the thesis includes definition of addiction, describes its phases, causes and other factors connected with it. Further, there is a short overview of currently most commonly used drugs including Subutex. The chapter “Effects of drug addiction” sums up the most common direct effects of drug addiction on social and health wellbeing of the users. The following chapter talks about social work and the importance of case management when dealing with drug addicts, and also the importance of coordination of all phases of rehabilitation. The final pages of the theoretical part mention different ways and kinds of treatments of drug addiction, mainly the substitution treatment.

The empirical part of the thesis is focused on research, research questions, methods, and of course, its results. The research was based on semi-structured interviews with 10 interviewees, whose background is also described in more detail. All of the interviewees are clients of “Kontaktní centrum Písek” and all of them are active users of Subutex. The ways of how they get the substance were not considered as a limitation in the research.

The results of the research led to several conclusions. Firstly, the main problem the Subutex users have to face is the low living standard as a result of their low economic status and the high price of Subutex. The users also often face comorbidity and their health is rather poor. They most often suffer from hepatitis C gained through needle usage. Further, the interviewees mention negative effects of Subutex usage on their social life and relationships, and also social stigmatisation leading often to social exclusion and worsened mental health. All these aspects negatively impact the quality of life of the Subutex users and hinder their better integration back into society.

The thesis as well as its results can be beneficial as a complementary study material or as a source of information for novice workers at social services focusing on drug addiction.

Key words

Subutex; buprenorphine; drug; drug addiction; substitution treatment; impact drug addiction

Obsah

Obsah	8
Úvod.....	10
1. Závislostní chování.....	11
1.1. Závislost	11
1.1.1. Definice závislosti.....	11
1.1.2. Druhy závislosti	13
1.1.3. Fáze závislosti.....	13
1.2. Příčiny a faktory závislosti.....	15
1.2.1. Příčiny závislosti a motivace k užívání drog	15
1.2.2. Teorie odměny	18
1.2.3. Intergrativní teorie	18
1.2.4. Faktor dědičnosti.....	19
1.2.5. Vnější a vnitřní faktory	19
1.3. Typy drog a jejich účinky	21
1.3.1. Opioidy a opiáty.....	21
1.3.2. Subutex a Suboxone.....	21
1.3.3. Kanabinoidy.....	24
1.3.4. Halucinogeny	24
1.3.5. Stimulační drogy	24
1.3.6. MDMA a taneční drogy	25
1.3.7. Těkavé látky.....	25
1.3.8. Farmaka	26
1.4. Dopad drogové závislosti na jedince.....	26
1.4.1. Stigmatizace.....	27
1.4.2. Sociální prostředí a důsledky užívání drog.....	27
1.4.3. Zdravotní problémy a negativní dopady	30

1.4.4.	Psychické problémy	33
1.5.	Sociální práce s uživateli drog	34
1.5.1.	Sociální práce.....	34
1.5.2.	Case management a koordinovaná péče	35
1.6.	Druhy léčby drogové závislosti.....	36
1.6.1.	Psychoterapie jako součást léčby.....	37
1.6.2.	Léčba bez odborné pomoci	37
1.6.3.	Ambulantní program.....	38
1.6.4.	Detoxifikace.....	38
1.6.5.	Terapeutická komunita	39
1.6.6.	Substituční léčba	40
	Empirická část.....	45
2.	Cíl práce a výzkumné otázky	45
2.1.	Výzkumné otázky:	45
3.	Metodika.....	46
3.1.	Použitá metodika výzkumu	46
3.2.	Popis výzkumné techniky	46
3.3.	Charakteristika a výběr výzkumného souboru	47
3.4.	Způsob analýzy dat	48
3.5.	Etika výzkumu	49
4.	Výsledky.....	50
5.	Diskuze	80
6.	Závěr.....	91
7.	Seznam literatury	94
	Seznam obrázků a tabulek	102
	Seznam zkratk	103

Úvod

Tato diplomová práce se zabývá uživateli Subutexu, legálního medicínského přípravku, který se používá v substituční léčbě drogové závislosti. Tento přípravek nahrazuje nelegální návykové látky opioidního typu jako je např. heroin. Substituční léčba buprenorfinem se v ČR využívá od roku 2000 a od té doby počet uživatelů strmě stoupá. Podmínkou k získání tohoto přípravku je vstup do substitučního programu, který funguje v rámci substitučních center, nebo může uživatel získat přípravek na lékařský předpis od svého lékaře, který má k předepisování tohoto léku oprávnění.

Zajímavým faktem je, že Subutex užívají i drogoví uživatelé, kteří do té doby neměli zkušenost s žádným druhem opiátu. Substituční léčba není časově omezená a slouží především ke stabilizaci klienta především ve zdravotní a sociální oblasti jeho života. Primárně je snahou tedy stabilizovat somatický a psychický stav rizikového drogového uživatele, u kterého by mohlo při dalším užívání nelegálních návykových látek dojít k úmrtí vlivem předávkování nebo špatné kvality drogy, popřípadě k závažným zdravotním komplikacím. Zajímavostí v této problematice je také fakt, že ačkoliv se Subutex má podle lékařského postupu užívat sublingválně, drtivá většina těchto uživatelů aplikuje látku intravenózně a dochází tak u nich k nejrůznějším somatickým problémům, mimo jiné také k závislosti na jehle.

Názory odborníků se na tento typ léčby v různých pohledech dost liší, a jsou proto mnohdy kontroverzní. Podle některých odborníků tak klient plnohodnotně neabstinuje, ale pokračuje v užívání návykové látky pod lékařským dohledem. Jiní odborníci naopak tvrdí, že substituční léčba je plnohodnotnou formou léčby.

Přípravek Subutexu není v ČR hrazen pojišťovnou, jako je tomu v jiných evropských zemích, a jeho uživatelé jsou tak nuceni si tento drahý přípravek hradit sami. Tato situace má na jeho uživatele další dopady nejen po finanční stránce.

Přestože je tento přípravek legálně předepisován lékaři, jeho uživatelé se setkávají s nejrůznějšími problémy jako ostatní uživatelé nelegálních návykových látek. Největší výhodou této látky je její stropový efekt, který má za následek nemožnost se předávkovat.

1. Závislostní chování

1.1. Závislost

1.1.1. Definice závislosti

Syndrom závislosti je charakteristický silnou až palčivou touhou nebo puzením brát opakovaně danou látku, problematickou kontrolou a problematickým až nemožným zastavením jejího užívání, nárůstem tolerance s požadavkem zvyšujících se dávek (Orel, 2014). Růst tolerance vůči užívané látce souvisí s fyzickou stránkou závislosti oproti stránce psychické, která je spojena s bažením (craving). Psychická a fyzická závislost se u jedince rozvíjí současně (Jeřábek, 2015). Etiologie závislosti je podle Westa (2013) multifaktoriální a na jejím vzniku se podílí celá řada navzájem se ovlivňujících faktorů, které se komplexně vysvětlují v tzv. bio-psycho-socio-spirituálním modelu závislosti, v němž se střetávají příčiny a vlohly dědičné, (neuro)biologické, vývojové, psychologické a sociální. Svou roli také hrají farmakologické vlastnosti užívané látky, které podmiňují míru a druh rizika včetně rizika vzniku závislosti. Závislost se týká podle Orla (2014) celého člověka – má aspekt biologický (daný působením psychoaktivní látky na buňky, tkáně a orgány), psychický, sociální i přesahový, a v rámci léčby je potřeba toto zohlednit a přistupovat k ní komplexně.

Kabíček (2012) upozorňuje na to, že závislost na návykových látkách je chronické relabující onemocnění s potřebou a nutkáním drogu vyhledat a brát, selháním kontroly ve vztahu k návykovým látkám a přítomnost negativní emoční reakce, pokud není možné drogu brát. Závislý jedinec postupně začne zanedbávat dřívější zájmy i vztahy a pokračuje v užívání psychoaktivní látky přes zjevné projevy negativních důsledků (Orel, 2014).

Podle Vágnerové (2014) je drogová závislost také společenským fenoménem a s důsledky tohoto onemocnění se střetává nejenom postižený jedinec, ale i okolní společnost. Společenským problémem se závislost na drogách stává podle Tomeše (2011) v okamžiku, kdy jde o předmět nezákonného obchodování a kriminálních aktivit.

V oblasti užívání drog, a to jakýkoliv, Preslová (2011) uvádí, že se zde více, než kde jinde, setkáváme s rozporem, který spočívá v tom, že uživatel návykových látek své chování vidí jako zcela neškodné, jako něco, co může kdykoliv ovlivnit a jako svou svobodnou volbu, a na druhé straně jeho blízcí, ale i odborná a laická veřejnost jeho chování považují za zcela nepřijatelné, pro danou osobu ohrožující, a léčbu považují za jedinou možnou variantu. U alkoholu se na rozdíl od nelegálních drog setkáváme s mnohem větší tolerancí společnosti k případné závislosti na rozdíl od nelegálních drog a s tím spojenými požadavky na léčbu, což je především dáno tím, že alkohol jakožto droga je v naší zemi legální a je značně rozšířena ve všech věkových kategoriích (Preslová, 2011). Nešpor (2001) toto tvrzení potvrzuje tím, že se často v klinické praxi setkává s kombinovanými závislostmi na alkoholu a jiné droze a tím, že často právě závislost na alkoholu může mít za následek přechod v závislost na jiné droze. Hlavním důvodem proč tomu tak je, je podle Nešpora (2001) pronikavé zvýšení dostupnosti alkoholu a drog a dále tím, že mnoho rodičů se více věnuje svému povolání a nemá na děti dostatek času.

Jevy závislosti podle Nešpora (2011)

- **Silná touha nebo pocit puzení** látku užívat
- **Potíže v sebeovládání** při užívání látky
- **Tělesný odvykací stav**: Látky je užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky.
- **Průkaz tolerance k účinku látky**: vyžadování vyšších dávek k dosažení účinku původně vyvolaného nižšími dávkami.
- **Postupné zanedbávání jiných zájmů** ve prospěch užívané psychoaktivní látky.
- **Pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků**.

Zároveň tak závislost může být považována za závislost na obstarávání (a přijímání) drog a zároveň za závislost na různorodých konfiguracích uživatelů, lékařů, podpůrných pracovníků atd. (Nepustil, 2014).

West (2016) shrnuje definici závislosti jako opakovanou silnou motivaci k úmyslnému chování postrádající jakýkoliv význam z hlediska přežití, získanou na základě praktikování takového chování, s výrazným potencionálem pro nezamýšlenou újmu.

1.1.2. Druhy závislosti

Podle autorů Rabocha a Pavlovského (2012) můžeme závislost dělit na *psychologickou* a *biologickou* (somatickou), která je definována jako stav adaptace organismu na drogu, která se projevuje zvýšenou tolerancí a rozvojem abstinčních příznaků při vysazení látky, či omezení množství.

Při biologických predispozicích je riziko užívání psychoaktivních látek spojeno s fyziologickými reakcemi. Někteří jedinci mohou mít při požití látky oproti druhým zvlášť příjemné pocity, se zpracováním látky nemusí mít zřetelné obtíže, a proto je větší pravděpodobnost častějšího a vyššího množství látky. (Fischer, 2009). Podle biologické teorie se předpokládá vrozené nebo získané fungování odchylky ve fungování mozku uživatele drog, a pokud se v mozku v dostatečném množství neobjevuje určitá chemická látka vyvolávající pocit radosti a uspokojení, nahrazuje si tento pocit spokojenosti jedinec aplikací drog (Pešek, 2007).

Kalina (2015) píše o tom, že fyzickou závislost navozují spíše látky tlumící centrální nervový systém, tedy etanol, opiové alkaloidy, barbiturátová i nebarbiturátová hypnotika a anxiolytika (např. benzodiazepiny). Fyzická závislost na opiátech vzniká již po několika týdnech pravidelného denního užívání (Slíva, Votava, 2011).

Dalším dělením podle Rabocha a Pavlovského (2012) je *psychická* závislost, která je definována jako potřeba užívat látku k vyvolání příjemných pocitů a k odstranění naopak pocitů nepříjemných, což potvrzuje i Vágnerová (2012) s tím, že člověk má návyk užívat drogu opakovaně, protože mu přináší uspokojení.

1.1.3. Fáze závislosti

Nešpor (2011) popisuje vznik závislosti jako proces komplexních změn v somatické, psychické a sociální oblasti, kdy závislost na drogách nevzniká náhle, a tento proces probíhá v několika po sobě jdoucích fázích. Stádia závislosti tedy můžeme dělit do 4 následujících fází:

- 1. Experimentální stádium** – může vycházet z nudy, zvědavosti, touhy po něčem neobyčejném a vzrušujícím (Vágnerová, 2012). Občasné užití drogy přináší pro jedince příjemné, dosud nepoznané prožitky, negativní účinky látky nejsou patrné (Fischer, Škoda, 2009). Podle Kaliny (2015) drogy rovněž vstupují do spontánní ritualizace tohoto stádia a mohou zprostředkovat, či jinak potvrzovat postrádanou sounáležitost, nebo může být užívání drog součástí hledání vlastní identity. Podle Vágnerové (2012) může být příčinou i potřeba uniknout od problémů, jež adolescent neumí nebo nechce řešit.
- 2. Příležitostné užívání** – v této fázi konzument většinou tají užívání drogy, protože si uvědomuje, že droga není dobrým řešením, ale je naučen na to, že je pro něj droga cesta z nudy nebo mu pomáhá v nouzové situaci jako únik od reality (Vágnerová, 2012). Podle Fischera a Škody (2009) není jedinec v této fázi ještě závislý, ale obává se stigmatizace.
- 3. Pravidelné užívání** – člověk užívá drogu čím dál častěji, ale stále popírá rizika svého jednání, kdy si nechce připustit jeho závažnost a snaží se okolí přesvědčit o opaku. Jedinci přestává záležet na okolí, může dojít ke ztrátě zaměstnání, rozpadu rodiny či vztahů, a jedinec vyhledává společnost mezi drogovými individui (Fischer, Škoda, 2009).
- 4. Návyk a závislost** – Vágnerová (2012) poukazuje na to, že s postupující závislostí se u jedince zvyšuje lhostejnost k čemukoliv, co se netýká drog a ztrácí motivaci, což potvrzuje Fischer a Škoda (2009) tím, že jiná motivace než droga či než směrem k ní neexistuje a sociální vazby kromě případné party narkomanů nejsou. Roli drogy v této fázi nadále Vágnerová (2012) popisuje jako více potřebnou, kdy už nepovznáší, ale jedinec se bez ní už nemůže obejít a buď ji přijme jako součást svého života, nebo se jí naopak bude chtít zbavit, protože se děsí dalšího propadu své osobnosti. Fischer a Škoda (2009) upozorňují na změny u závislého jedince v oblasti somatické, psychické a sociální, které jsou již velmi závažné a patrné na první pohled a často dochází k poškození zdraví, CNS, vnitřních orgánů, či nákaze hepatitidy nebo HIV z důvodu úpadku v oblasti hygieny.

1.2. Příčiny a faktory závislosti

1.2.1. Příčiny závislosti a motivace k užívání drog

Podle Nožiny (2016) se jako příčina zneužívání drog jedná o vzájemné propojení a působení širokého spektra vlivů osobnostních a situačních, mezi nimiž však můžeme nalézt některé dominující prvky, kterým veřejné mínění často přisuzuje kauzální souvislost. To potvrzuje i Hartnoll (2005), podle něhož je užívání drog považováno za jeden z projevů koexistujících podmínek, např. drogové závislosti a duševní nemoci, kdy kauzální vztah mezi jednotlivými komponentami nebývá jasný. Užívání drog tak může být pokusem o ovlivnění těžké deprese, a deprese může být následkem chronického užívání drog, nebo se obojí vyvíjí v tandemu jako odpověď na působení ostatních faktorů, například širších negativních faktorů prostředí, jako je přetrvávající vyloučení ze společnosti a stigmatizace (Hartnoll, 2005). Válková (2012) shrnuje příčiny závislosti a toxikomanie jako multifaktoriální komplex, jenž zahrnuje faktory osobnostní, faktory vázící se k prostředí, drogu samotnou a její dostupnost.

Motivace k užívání psychoaktivních látek podle Vágnerové (2012).

- **Potřeba vyřešit problémy**, uniknout stresovým situacím a frustraci, uvolnit zábrany.
- **Potřeba dosáhnout uspokojení** nebo slasti, která není jinak dosažitelná, resp. není běžně dostupná.
- **Potřeba uniknout stereotypu**, nudě, získat inspiraci.
- **Potřeba sociální konformity**, uchování sociálních vztahů, potřeba být akceptován skupinou nebo subkulturou, v níž užívání drogy patří k standardnímu chování.

Attachment a období dospívání

Teorie attachmentu má podle Hajného (2015) vliv na užívání psychoaktivních látek, jejichž užívání má vliv na myšlení a prožívání, a do jisté míry nahrazuje nedostatečně rozvinuté, narušené nebo vnitřně konfliktní vztahy a schopnost zvládat úzkost.

V případě, kdy jedinec s relativně bezpečným attachmentem může využít pro zlepšení svého psychického stavu přirozených zdrojů, mají osoby s méně stabilními typy attachmentu větší potřeby kompenzovat tyto potřeby náhradním způsobem (Hajný, 2015).

Rizikovým faktorem pro navození drogové závislosti je podle Crewse (2011) období puberty a nezralosti organismu. V tomto období je dospívání neurovývojovou etapou charakterizovanou špatnou kontrolou chování a silným vyhledáváním limbické odměny, vzrušení, riskování, nových zážitků a sociální interakcí, jež jsou nutné pro proces zrání, ale zároveň jsou prediktory pro užívání drog (Crews, 2011). Častým spojovacím prvkem těchto fenoménů může být absence „čehosi“, co je hluboce zakořeněno v našem biologickém a sociálním archetypu a užitá droga pak vytváří korekce některých nedostatků prožívání, jako jsou pocit samoty, nenáležitosti, nezačlenění nepatřičnosti, strachu, úzkosti apod. (Nožina, 2016).

Syndrom CAN

Další možnou příčinou pozdější závislosti podle Fischera a Škody (2009) jsou nejrůznější formy týrání, ať už jeho psychická či fyzická forma. Psychické týrání v podstatě vždy doprovází diagnostické kategorie syndromu CAN, které zahrnují:

- časté nadávky, ponižování, zesměšňování, opovrhování, výhrůžky, cílené vyvolávání strachu u dítěte,
- odmítání dítěte, citová deprivace, citové vydírání,
- permanentní srovnávání s úspěšnějším sourozencem,
- požadavek na nereálné výkony – ve škole, oblasti sportů atd.,
- nepřiměřené zatěžování dítěte domácími povinnostmi či péčí o sourozence,
- psychické týrání dítěte v souvislosti se situací před rozvodem, při rozvodu a po rozvodu rodičů, kdy bývá dítě vystaveno dlouhodobé a nepřiměřené zátěži vzniklé v souvislosti s rozvodem,
- šikanování.

Zajímavým postřehem je příspěvek od Preslové (2011), v němž potvrzuje to, že příčiny závislostí u žen souvisejí často s řadou traumat a psychických potíží, kdy je častá souvislost závislosti a psychického či fyzického zneužívání v dětství.

S tím souvisí fakt, že dívky přejdou v drogovém světě pod nadvládu jiného násilnického muže, čemuž se nedokážou bránit nebo jim to přijde normální, a tím pádem se vytváří uzavřený kruh jejich dětství, dospívání a vzdoru a následné opakování stejného modelu jako v jejich původní rodině (Preslová, 2011). Sexuální zneužívání zahrnuje podle Fischera a Škody (2009) všechny formy chování se sexuálním podtextem, tedy i ty, které ze začátku může žena pociťovat jako relativně tělesně příjemné, přesto mohou mít závažný negativní dopad na další psychický vývoj.

Ženy a drogy

Ženy se v souvislosti se svou závislostí vyznačují intenzivnějšími pocity viny a studu, což vede k tomu, že své užívání skrývají a pokud vyhledají pomoc poradce, za původce svých problémů často označují jiné skutečnosti, než užívání návykových látek (Millerová, 2011). Uživatelky ženy mohou oproti svým mužským protějškům často postrádat dostatečnou sociální podporu (Arsova, 2015) a často pocházejí z rodin, kde se vyskytují problémy s užíváním návykových látek, nebo mají partnera, který návykové látky užívá (Tuchman, 2010). Vztahy hrají v životě žen důležitou roli; např. muž, který užívá drogy, sehrává úlohu v tom, že jeho partnerka začne drogy užívat a pokračuje v tom, přičemž neblahý vliv je patrný také z hlediska rizika relapsu, rizika nakažení se krví přenosnou infekcí a toho, že se žena stane objektem násilí (Neale, 2014).

Příčiny vzniku jsou multifaktoriální. Pravděpodobnost vzniku a rozvoje mohou zvyšovat a ovlivňovat biologické faktory (geneticky podmíněné dispozice) v interakci s faktory psychologickými a sociálními (Fischer, Škoda, 2009). Příkladem, kdy je příčina primárně přisuzována jedinci, je podle Hartnolla (2005) biomedicínské paradigma, které závislost na užívání drog vysvětluje jako nemoc, jež vzniká v důsledku poruch biologických funkcí (genetiky). Podle Kabíčka (2012) současné výzkumy ukazují mnoho nového o neurobiologické povaze závislosti, kdy biochemické, ale i genetické studie, dokládají důležitost některých nervových drah pro rozvoj jednotlivých stádií do cesty závislosti. Tomu podle stejného autora hodně přispělo především studium systému odměn (reward systém), který odpovídá za příjemné a libé pocity.

1.2.2. Teorie odměny

System odměn je dopaminergní a nachází se v limbickém systému, bazálních gangliích a v prefrontální kůře. Se systémem odměn pozitivně reagují návykové látky a uměle vyvolávají pocit libosti a úspěšnosti (Kabíček, 2012). Neurony odesílají informace o potencionálních zdrojích odměny a výsledkem jsou vzestupy a propady aktivity v dopaminových nervových drahách podle toho, zda je prožitek v reakci na určité jednání lepší nebo horší, než bylo očekáváno (Baker, 2011). Podle Westa (2016) tímto způsobem dochází k fixování asociací mezi prediktivními podněty, chováním a odměnou nebo trestem, což vede k touze po odměně, čímž dochází k abnormálnímu nárůstu motivační významnosti podnětů k užití drogy, což vede zpětnovazebně k posilování snahy tuto činnost opakovat (Kabíček, 2014). Vzniká tím domino efekt a závislostní chování se zmocňuje systému kognitivní kontroly. Podle Šustkové (2015) je i užívání drog biologicky přirozeným zdrojem odměny.

Vrozené individuální rozdíly v náchylnosti vůči závislosti spočívají ve vrozených a environmentálně daných specifikách fungování nervového systému ve vztahu k motivaci (West, 2016). Genetické studie ukazují důležitost jak mozkového systému odměn, tak mozkového zátěžového systému v rozvoji a tendenci k závislosti a v mechanismu relapsu závislosti při léčbě (Kabíček, 2014).

1.2.3. Intergrativní teorie

Podle Kaliny (2015) se kategorie integrativních teorií nejvíce blíží bio-psycho-sociálnímu paradigmatu a zahrnuje komplexní myšlenku ve smyslu toho, že závislost zahrnuje kombinaci mechanismů, v nichž faktory prostředí a vnitřní stavy a rysy interagují a vytvářejí vědomou i nevědomou motivaci založenou na vyhledávání potěšení a uspokojení nebo vyhýbání se nepříjemným stavům. Vnější faktory interagují s pre-existujícími dispozicemi a spouštějí iniciální chování, které posléze prostřednictvím interaktivního procesu vede ke změnám osobního kontextu a osobních dispozic, čímž vzrůstá síla motivace angažovat se do závislostního chování, které může převážit nad ostatními typy chování (Kalina, 2015).

1.2.4. Faktor dědičnosti

Drogová závislost je heterogenní a komplexní porucha. Za genotyp drogových závislostí jsou tedy zodpovědné vícečetné a mnohdy interagující geny. Vliv vrozených predispozic se uplatňuje více v rozvoji závislosti jako takové, než v pouhém užívání drog (Kalina, 2015). Podle Vágnerové (2012) mohou genetické dispozice ovlivnit snášenlivost i ochotu psychoaktivní látku vůbec vyzkoušet.

Komplexní porucha se tak nevyvíjí pouze na základě genetického podkladu, ale vždy je výsledkem fenotypovým, tedy vznikajícím na základě interakce genetické výbavy s prostředím (Fischer, Škoda, 2009). Na úrovni rodiny lze vysledovat řadu rizikových, ale i protekčních faktorů. Jinými slovy rodina se může přímo nebo nepřímo podílet na vzniku a rozvoji závislosti člena rodiny, ale zároveň může rozvoji závislosti předcházet nebo pomoci při překonávání návykového problému (Nešpor, 2007).

Šustková (2015) uvádí, že podíl genetických vlivů i vlivů prostředí, jež modulují riziko navození/udržení drogové závislosti, se mění během vývoje i během celého života jedince. To potvrzuje i výrok Nielsena (2012) s tím, že sice mechanismy interakcí mezi geny a prostředím nejsou ještě plně objasněny, ale některé studie dokládají, že vlivem sociálně příznivého prostředí lze modulovat, či dokonce výrazně snížit vliv genetických predispozic k psychiatrickým poruchám, včetně rizikového užívání látek. Nešpor (2007) na to navazuje výrokem, že vlivy v rodině, kde člověk vyrůstá, bývají často důležitější než dědičnost, protože zde existuje velké množství rizikových a zároveň ochranných činitelů. Autor Ridder (2002) odmítá možnost predispozice závislosti s tím, že narkomanie je nemoc z kontaktu s drogou, a ten kdo má přístup k drogám, ten jim taky propadne a žádný jedinec podle něj nemá větší predispozice k toxikománii než k malárii, což je podle něj pravým opakem toho, co uvádí psychiatrie.

1.2.5. Vnější a vnitřní faktory

Kalina (2015) upozorňuje na to, že drogová závislost se nevyvine u každého uživatele drog a základní neurobiologické mechanismy se mohou u jedince uplatňovat a prosazovat různou měrou i různými způsoby, tudíž citlivost a zranitelnost mozkových mechanismů i organismu jako celku k působení drogy je dána kombinací řady faktorů vnějších i individuálních. Pro vznik závislosti jsou podle Slívy a Votavy (2011) nezbytné tři základní faktory: návyková látka, osobnost uživatele a prostředí, které

uživatele ovlivňuje. Návyková látka je nesporně základní, ne však důležitý činitel při vzniku toxikomanie. Tím je podle autorů základní charakteristika uživatele a sem patří např. genetická výbava, jeho předchozí zkušenosti s drogou, charakter osobnosti, či přidružené psychiatrické symptomy (Votava, Slíva, 2011).

Faktory závislosti (Millerová, 2011)

- 1) *Kulturní faktory*, které u jednotlivce ovlivňují jeho rozhodnutí, že bude drogy brát, postoje vůči braní drog, praktiky určité skupiny/subkultury, a dostupnost drogy.
- 2) *Environmentální faktory*, kam patří principy podmiňování a zpevňování (drogy se berou kvůli příjemným zážitkům a snížení psychické nepohody), faktory učení (modelování, imitace, identifikace apod.) a životní události.
- 3) *Interpersonální faktory*, mezi něž patří sociální vlivy (volba životního stylu, tlak vrstevníků, očekávání od užívání drog apod.) a rodinné faktory (způsob fungování systému rodiny, genetické vlivy apod.).
- 4) *Intrapersonální faktory*, mezi něž patří osobní vývoj, osobnost, afektivní/kognitivní stránka a rozdíly v pohlaví.

Koob (2008) uvádí, že mezi vnější faktory drogových závislostí (vedle dostupnosti drogy a sociálního prostředí) jsou vysoce rizikové různé typy stresu, které výrazně ovlivňují příjem užívané drogy, a naopak příjem drog hluboce ovlivňuje stresové neurální okruhy. Při opakovaném podávání látky se organismus (především CNS) přizpůsobuje opakovanému přísunu cizorodé látky rozvojem adaptačních mechanismů až na úrovni genové exprese, čímž dochází ke změnám stavu i počtu receptorů, i ke změnám neuromediátorových poměrů, což je podstatou vzniku tolerance (Slíva, Votava, 2011).

Podle Nepustila (2014) je tak užívání drog představeno jako aktivita či jednání, na kterém se kromě jednotlivce aplikujícího si látku podílejí další účastníci, přítomní i nepřítomní, bez nichž by dané jednání nemohlo být nositelem žádného významu. West (2016) uvádí, že lze však závislost řešit snižováním expozice environmentálním a vnitřním faktorům, jež jsou původci touhy oddávat se závislostnímu chování, podněcovat touhy působící proti tomuto chování a maximalizovat efektivitu procesu formulováním plánů a mechanismů, jímž tyto plány přispívají ke vzniku tužeb.

1.3. Typy drog a jejich účinky

Obecné označení drogy je velice široký okruh psychotropních látek, které často mohou vést k drogové závislosti. V léčitelství se termín droga používá k označení sbíraných částí léčivých rostlin (Tomeš, 2011). Za psychoaktivní látku se považuje každá látka, která ovlivňuje psychickou činnost a může způsobit psychickou nebo somatickou závislost (Pavlovský, 2012). Drogy můžeme dělit podle míry jejich rizika na „tvrdé“ a „měkké“.

1.3.1. Opioidy a opiáty

Opioidy představují širokou skupinu alkaloidů, které působí na opioidních receptorech na řadě míst v organismu, především v centrálním nervovém systému, a používají se především v medicíně jako analgetika, včetně jejich aplikace v celkové i regionální anestezii (Ševčík, 2002). Zneužívání opiátů vede k rychlému navození závislosti a syndrom odnětí je provázen řadou somatických potíží (Kabíček, 2014).

Nejvýznamnějšími přírodními zástupci jsou alkaloidy morfium a kodein, z polosyntetických a syntetických látek jsou pro adiktologii nejvýznamnější heroin, metadon, buprenorfin a v Čechách také braun. Podle poměru síly a efektivity vazby na receptor můžeme tyto látky rozdělit podle Minaříka (2015) do 3 následujících skupin:

- **agonisté** – vážou se na receptor a plně jej aktivují (morfin, heroin, metadon);
- **částeční antagonisté** – vážou se na receptor, aktivují jej jen částečně (buprenorfin);
- **antagonisté** – vážou se na receptor, neaktivují jej, ale blokují. Zabrání účinku jiného opioidu, užívají se jako antidotum (naloxon, naltrexon).

Subutex, neboli Buprenorfin, se v dělení podle intenzity analgetického účinku řadí mezi silné opioidy společně s fentanylem, metadonem a morfinem (Slíva, Votava, 2011).

1.3.2. Subutex a Suboxone

V ČR je Subutex nyní nejčastěji užívaným opioidem, který je předepisován lékaři jako substituční látka. Od roku 2003, kdy byla zpřísněna jeho pravidla preskripce, jeho obliba na drogové scéně stoupala a přibližně od roku 2008 dominuje jako užívaná látka (Minařík, Kmoch, 2015).

Buprenorfin se vyrábí pouze legálně pro medicínské účely (substituční léčba závislých na opioidech). Je to syntetický opioid, chemicky odvozen od nalorfinu, s účinkem nastupujícím po 1-2 hodinách po sublingválním podání (Slíva, Votava, 2011). Vazbou na receptory zprostředkovává analgetický účinek a vyvolává euforii, zároveň jako parciální antagonist brání v navázání plným agonistům, tudíž snižuje účinky heroinu (Švarc, 2008). Buprenorfin navázaný na receptory se z vazby uvolňuje velice pomalu, což prodlužuje jeho účinek a činí z něj tak lék, který je výhodou pro detoxifikaci a substituci při závislosti na opioidech (Minařík, 2009).

Analgetický účinek je více než 10x vyšší a 10x delší než u morfinu. Účinek buprenorfinu se zvyšuje dávkou, nikoli však geometricky a při vysokých dávkách (nad 32 mg), se již účinek nezvyšuje a nemůže tak dojít k smrtelnému předávkování (Švarc, 2008). Tomuto jevu se říká tzv. stropový efekt, což je terapeutický účinek, který nelze zvýšit již dalším podáním látky (Slíva, Votava 2011).

Subutex se stal v průběhu let 2002 -2003 jednou z nejpoblárnějších drog opiátového typu na našem trhu z důvodu nekvality heroinu a jeho výpadku dostupnosti. Až do září roku 2003 ho mohl předepsat kterýkoli lékař na obyčejný recept. V současné době musí být Subutex předepisován pouze na opiátový recept (s modrým pruhem), proto ho v dnešní době předepisuje mnohem méně lékařů (Minařík, 2009).

Subutex však prosakuje na nelegální trh a v posledních letech vytlačil z trhu i nekvalitní heroin, a stal se tak primární drogou (Kalina, 2015). Důvodem je také především klesající kvalita heroinu, který obsahuje jen 10% této původní heroinové látky (Švarc, 2008). Tento trend potvrzuje i každoroční výroční zpráva Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti, kdy za rok 2017 byl odhadnut počet uživatelů buprenorfinu na 3,9 tisíce, a počet uživatelů heroinu na 2,3 tisíce uživatelů.

Aplikace

Buprenorfin se dobře vstřebává z dutiny ústní. Při užívání však nesmí být polknut, protože v trávicím traktu je metabolizován enzymy na neúčinné metabolity ještě ve stěně střešní (Minařík, 2009).

Injekčně aplikovaný buprenorfin je příčinnou infekčních komplikací a pravděpodobně i zvýšeného výskytu bakteriálních endokardit. Z toho důvodu obsahuje varianta Suboxone kromě buprenorfinu také naloxon, který při injekční aplikaci u závislého vyvolá odvykací stav, přesto si i tento přípravek uživatelé aplikují injekčně. Důvodem abúzu je úleva po injekční aplikaci (závislost na jehle), která je důležitější než vlastní efekt látky (Kalina, 2015).

Kombinovaná tableta buprenorfin plus naloxon (Suboxone) byla vyvinutá s cílem dosáhnout stejné sublingvální účinnosti a bezpečného profilu s buprenorfinem (Subutex) samotným, ale s nižším potenciálem pro intravenózní zneužívání. Protože pokud je Suboxone aplikován intravenózně, je naloxon určen k vyvolávání nepříjemných účinků, stejně jako u vysazení opioidů, by tím mělo u uživatelů dojít ke zmírnění sympatií k těmto typům drog (Simojoki et al., 2008).

Krátkodobé účinky

Efekt této látky podle Minaříka (2009) nastupuje během několika desítek minut a vrcholu dosahuje během 1 – 1,5 hodiny.

Subutex má účinky stejné nebo podobné jako jiné látky ze skupiny opioidů: způsobuje útlum centrálního nervového systému, silně potlačuje bolest, vyvolává euforii, kterou většina uživatelů vnímá jako slabší oproti účinkům heroinu, avšak ve vyšších dávkách způsobuje ospalost (Kalina, 2015). Typickým projevem intoxikace opiátem je výrazné zúžení zornic, svědění kůže, nosní sliznice, bolesti hlavy a snížení tělesné teploty (Kabiček, 2014). Pro prvouživatele je častým vedlejším negativním efektem zvracení, protože aktivní látky dráždí chemorecepční zónu pro zvracení (Minařík, Kmoch, 2015).

Dlouhodobé účinky

Závislost na tomto léku se rozvíjí pomaleji, než třeba u heroinu a metadonu a vzniká až po dlouhodobějším a pravidelném užívání (Minařík, 2009). Účinná látka buprenorfin je mnohem slabší a jeho účinek se mírně liší od heroinu díky jiné vazbě k receptorům, proto i dopady na psychiku při dlouhodobém a pravidelném užívání jsou menší stejně tak jako možnost předávkování (Minařík, 2009).

Při dlouhodobějším užívání však mohou indukovat toxickou psychózu a zhoršují neurokognitivní funkce a uživatelé těchto opiátů také často trpí chronickou zácpou (Kabiček, 2014). Což je způsobeno vlivem snížení pohyblivosti a zvýšeného napětí hladkého svalstva (Minařík, 2015).

S rozvojem tělesné závislosti nastoupí i tolerance k účinkům, dlouho uživatelé snášejí i několikanásobek denní dávky pro prvouživatele a kvůli poškození organismu dochází k poklesu citlivosti k bolesti (Kalina, 2015).

1.3.3. Kanabinoidy

Přírodní drogy vyráběné z konopí patří mezi látky s halucinogenním účinkem, kde účinnou látkou jsou kanabinoidy. Nejaktivnější psychotropní látkou je delta-9-trans-tetrahydrocannabinol (THC), kdy účinek látky je zprostředkován vazbou na specifické receptory pro endogenní kanabinoidy, které způsobují euforii a uvolnění. V EU je nejčastější nelegální látkou. Celoživotní prevalence se odhaduje na 10-20 %; nejvýznamnější je užívání ve věkové skupině 15-24 let (Minařík, Kmoch, 2015).

1.3.4. Halucinogeny

Skupina přírodních látek a syntetických látek, vyvolávající změny vnímání od pouhého zostření až po halucinace, které jsou doprovázeny změnami kognice a nálady, kdy dochází k ovlivnění serotoninergního neurotransmitterového systému a látky působí i na další neurální systémy (Minařík, Kmoch, 2015). Nejznámějšími zástupci v této skupině drog je LSD, psilocybin (halucinogenní houby) a ketamin.

1.3.5. Stimulační drogy

Amfetaminy představují širokou skupinu derivátů fenyletylaminu s dlouhou historií zneužívání. První amfetamin byl syntetizován v roce 1887 a na trh byl uveden v roce 1932 pod názvem Benzedrine jako prostředek na běžné nachlazení. Během 2. světové války bylo dodáno americkým vojákům ke zvýšení bdělosti a snížení únavy více než 200 miliónů dávek amfetaminu (Ševela, 2002).

Účinky psychostimulancia způsobují celkové povzbuzení organismu, zvyšují duševní i tělesný výkon, což se děje zvýšením hladiny biogenních aminů na synapsích v centrální nervové soustavě.

Hlavními zneužívanými látkami skupiny jsou budivé aminy (metamfetamin, amfetamin, MDMA) a kokain, z čehož je v ČR nejčastěji užívanou psychostimulační látkou metamfetamin – pervitin, kdy převažuje injekční aplikace (intravenózní) nebo intranazální (Minařík, Kmoch, 2015).

Podle příručky drogové problematiky od kolektivu autorů SANANIM (2007) při pravidelném užívání psychostimulačních drog vzniká psychická závislost, po odeznění jejich účinku jsou fyzické následky zanedbatelné.

1.3.6. MDMA a taneční drogy

Skupina syntetických látek, které lze charakterizovat převažujícím kontextem užívání na akcích s elektronickou hudbou, kde hlavními zástupci těchto typů drog je extáze neboli (MDMA) a látky jí podobné. MDMA uvolňuje serotonin uložený v zásobních synaptických váčcích z presynaptického zakončení neuronu do synaptické štěrbiny, po odeznění účinku MDMA dochází k vyrovnání hladiny serotoninu a následně k opětovnému poklesu (Minařík, Kmoch, 2015).

1.3.7. Těkavé látky

Jedná se o skupinu organických rozpouštědel, u nás reprezentováno především toluenem. Nejčastěji se s touto drogou setkáváme u romské populace (Presl, 1995), což potvrzuje i Minařík s Kmochem (2015), kteří uvádí, že tato iniciační droga bývá vzhledem ke své ceně užívána především v sociálně slabších komunitách.

Aplikační cestou je téměř výhradně inhalace, vstřebávání přes plicní sklípky je rychlé a efekt nastupuje téměř okamžitě po užití, kdy intoxikace má podobu stavu jako v opilosti, počínaje excitací, následující krátkou euforickou fází s poruchami vnímání – živé, barevné zrakové halucinace. Stav přechází postupně ve spánek a po odeznění účinku nastupuje kocovina (Minařík, Kmoch, 2015).

1.3.8. Farmaka

Podle autorů Minaříka a Kmocha (2015) jsou nejčastěji zneužívány látky ze skupiny opioidů a benzodiazepinů, psychotropní efekt mají také psychostimulancia, antiepileptika, antidepresiva a anestetika. Závislost na těchto farmakách může být psychická i fyzická a vyvíjí se po delší dobu, bez ohledu na četnost a velikost přijímaných dávek. Kromě vlivu na kognitivní funkce, spočívá nebezpečí změn v emocionalitě (Fischer, Škoda, 2009).

1.4. Dopad drogové závislosti na jedince

Se závislostí na omamných prostředcích jsou spojena zdravotní a sociální rizika – ohrožují a podlamují zdraví, znamenají větší výskyt rakovin, selhání jater (infekce hepatitidy), ledvin a psychiatrické důsledky. Výskyt problémů a negativních dopadů spojených s užíváním návykových látek a závislostním chováním podle Rehma (2013) nemá dichotomický charakter (nemocný versus zdravý), ale vyskytuje se na spojitém kontinuu. Tudiž čím intenzivnější užívání, tím větší výskyt problémů, a právě intenzivní až problémové užívání je zodpovědné za většinu společenské zátěže.

Drogy tak mohou ohrozit sociální integritu osobnosti a její postavení ve společnosti; vedou k sociálnímu vyloučení nejvyššího stupně (Tomeš, 2011). Lidé užívající drogy jsou tak často spojováni se sociálními problémy jako je bezdomovectví, anamnéza fyzického a sexuálního zneužívání, nezaměstnanost, nízké vzdělání a chudoba (Gossop, 2006).

Jako škodlivé užívání návykových látek Nešpor (2011) uvádí tělesné nebo duševní poškození, ke kterému dochází v důsledku návykové látky, kdy trvání příznaků je nejméně 1 měsíc nebo se vyskytovalo opakovaně během dvanácti měsíců a nesplňuje jiná kritéria duševní poruchy nebo poruchy chování v souvislosti s návykovými látkami (kromě akutní intoxikace).

1.4.1. Stigmatizace

U legálních drog je míra stigmatizace a kriminalizace uživatelů nesrovnatelně nižší, přesto se i v oblasti legálních drog v poslední době diskutuje o tom, jaká míra sociálního tlaku na uživatele je žádoucí a eticky ospravedlnitelná tak, aby nedocházelo ke stigmatizaci uživatelů, jejich následnému sociálnímu vyloučení a k nárůstu individuálních a zdravotních rizik spojených s jejich užíváním (Williamson, 2015).

Podle Válkové (2012) bývá nealkoholový toxikoman stigmatizován již při prvním zjištění a společenská sankce se projevuje sociální distancí a spojením s deviantní kariérou, která je u těchto jedinců dávana do přímé souvislosti a vytváří blokádu přístupu těchto jedinců zpět k sociální normě, a tím je stabilizuje v jejich deviantním vývoji. Je zde silná tendence drogově závislé stigmatizovat a sociálně izolovat (Vágnerová, 2014). Jedinec, jehož osobnost je změněna v důsledku užívání drog, nebývá schopen překonat bariéru nedůvěry a odmítání (Vágnerová, 2014). Proto je v moderní drogové politice kladen větší důraz na dodržování lidských práv, kterými jsou právo na spravedlivý proces, na zdraví a zdravotní péči (Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2019). Destigmatizace je podle Broylese (2014) tak podstatnou a nedílnou součástí moderní politiky včetně používání odpovídajícího jazyka v odborných či strategických dokumentech. Příkladem podle Rehma (2013) tak může být intenzivní či „škodlivé užívání“ versus „narkomanie“.

1.4.2. Sociální prostředí a důsledky užívání drog

Sociální dopady a souvislost užívání drog představuje podle Mravčíka (2019) poměrně široké spektrum problémů od problémů s bydlením (bezdomovectví) přes nezaměstnanost a zadluženost, až k problémům ve vztazích a partnerství.

Vágnerová (2012) upozorňuje na to, že se mění vztahy závislého jedince s lidmi okolo. Chování závislého člověka je pro jeho okolí většinou nepřijatelné, protože se stává nespolehlivým, sobeckým a necitlivým k potřebám ostatních. Barnardová (2011) ve své knize popisuje případ rodičů závislého dítěte, kdy ve snaze o eliminaci rizik, financovali drogový návyk svého dítěte, spláceli dluhy drogovým dealerům a věřitelům, někdy svým dětem dovozovali, aby si drogy píchaly doma a omezily tak riziko předávkování nebo sdílení jehel a zmírnění abstinenčních příznaků.

O vztazích s rodinou se také zmiňuje Kalina (2003), kdy vztahy s původní rodinou uživatele jsou v různém stupni rozkladu, a čím je klient mladší, tím důležitější je vztahy k původní rodině restaurovat a získat možnost návratu, protože předčasné osamostatnění bez emočního dozrání může být vážným problémem pro budoucnost. Právě v dospívání hraje podle Hamanové a Csémyho (2014) největší roli sociální motiv v podobě společnosti vrstevníků. V prvním stádiu experimentování 71 – 81 % adolescentů nikdy neužívalo drogu o samotě. Podle některých studií měly faktory vztahující se ke škole a společnosti větší vliv, než ty z oblasti rodiny (Brooks, 2012).

U starších klientů, u nichž již separace pokročila, je příznivým ukazatelem „vyrovnání“ – smíření, dohoda o řešení případných dluhů, obnova komunikace a získání lidské podpory (Kalina, 2015).

Toxikomani obvykle špatně hodnotí své profesní uplatnění, ale vzhledem k životnímu stylu a stavům spojených s užíváním drog nechtějí, a mnohdy ani nejsou schopni, něco změnit, např. doplnit si vzdělání (Nožina, 2016). Proto je podle Fischera a Škody (2009) důležité hledět na závislostní chování a škodlivé užívání závislostních látek jako na nemoc z hlediska medicínského a psychologického vzhledem k jednotlivci, a rovněž jako na patologii (nemoc) celé společnosti ze sociologického hlediska.

Vyhraněnou formou sociálních následků v souvislosti s užíváním návykových látek může být sociální vyloučení, což je definováno jako stav extrémního znevýhodnění určité sociální skupiny, které vyplývá z nerovného přístupu ke kulturním, ekonomickým, občanským a sociálním zdrojům a právům (Mravčík, 2019).

Kriminální činnost

Podle Vágnerové (2012) závislý jedinec přestává respektovat příslušné normy, neplní svoje povinnosti, přestává chodit do zaměstnání nebo do školy, což potvrzuje i Nožina (2016), když uvádí, že lidé dlouhodobě zneužívající omamné a psychotropní látky mívají zpravidla potíže i s pracovní aktivitou, protože jejich hlavním celodenním problémem je obstarání drogy. Hodnota drogy je pro závislého člověka tak silná, že je pro její získání ochoten krást, prostituovat apod. (Vágnerová, 2012).

Podle Nožiny (2016) naprostá většina kriminálních toxikomanů praktikuje aspoň jeden z výrazně sociálně deviantních hypotetických životních stylů – nezodpovědný, nestálý, egocentrický, bezohledný a deprivovaný.

Proto je užívání drog zařazeno do oblasti sociální patologie a je považováno za sociální deviaci, způsobující škody nejen na životech, zdraví, ale i v ekonomické oblasti. Nejzávažnějším jevem je podle Válkové (2012) kriminalita spáchaná pod vlivem drog, neboť v této oblasti existuje velká latence. Podle stejné autorky není z prozatímních výzkumů průkazná časová koincidence abúzu drog a kriminálního chování, nebylo tedy dosaženo shody v tom, zda trestná činnost předchází zneužívání drogy nebo naopak (Válková, 2012).

Pachatelem trestného činu se může stát jak experimentátor, tak pravidelný nebo problémový uživatel drog a samozřejmě také osoba drogově závislá. U takové osoby lze předpokládat, že s přibývajícím frekvencí a intenzitou užívání se pravděpodobnost, že klient spáchá trestný čin, a bude z jeho páchaní obviněn, zvyšuje. Proto by se cílená práce s uživateli drog, kteří se dostali do konfliktu se zákonem, do budoucna měla stát nepostradatelným prvkem komplexního systému péče a léčby drogově závislých (Mullerová, 2003). Názory na tresty a způsoby trestání, postoj k pachatelům trestné činnosti a způsoby zacházení s nimi podle Válkové (2012) odráží kulturní a ekonomickou úroveň společnosti, včetně vztahů společnosti k jedinci a postoj k základním právům a svobodám a jsou obsahem konceptu sociální kontroly kriminality.

Příkaz k léčbě drogové závislosti a povinnému testování na drogy je trestem ve společenství, který je zaměřen na odstranění drogové závislosti a přerušování závislosti mezi zneužíváním drogy a trestnou činností (Válková, 2012). Hlavním účelem podle Válkové (2012) tak je, aby pachatel již nadále nepáchal trestnou činnost, a dlouhodobějším cílem je přestat zneužívat drogy. Cílem je také snížení nákladů spojených s drogovými trestnými činy.

Do systému péče o uživatele drog patří také péče o klienty, kteří se ocitají ve vězení a dostupnost takové péče je nesrovnatelně nižší než ve společnosti a některé typy služeb jsou pro klienty ve vězení zcela nedostupné, tudíž nelze hodnotit řešení drogové problematiky v českých věznicích jako uspokojivé (Nožina, 2016).

Za velký posun však můžeme podle Hály (2006) hodnotit znovuzavedení nejrůznějších specialistů do vězeňského systému (psycholog, speciální pedagog, sociální pracovník) a jejich zcivilnění v podobě nepoužívání uniforem.

1.4.3. Zdravotní problémy a negativní dopady

V roce 1946 přijala Světová zdravotnická organizace definici zdraví jako stav fyzické, psychické a sociální pohody a vymezila se tak proti redukcionistickému pojetí zdraví coby absence nemoci.

Konkrétně zneužívání opiátů je podle Csémyho a Chomynové (2014) provázeno řadou somatických obtíží, kdy poměrně mnoho případů je spojeno se zneužíváním substituční látky Subutex, kdy si velké procento uživatelů drogu aplikuje nitrožilně, což je spojeno s řadou komplikací, které mají infekční charakter nebo postihují orgány jiným způsobem. Takovým případem může být talkóza plic nebo zraňování pravostranných srdečních chlopní cizorodými látkami v droze - vlákna bavlny, přes které je droga filtrována (Csémy, Chomynová, 2014). Častým zdravotním problémem jsou také abscesy, ke kterým dochází při špatném vpichu jehlou a přenosu bakterií pod povrch kůže. Při hnisavých komplikacích Minařík a Řehák (2015) upozorňují zvláště na riziko flegmóny. Při vzniku tohoto bakteriálního zánětu tkáně může být člověk ohrožen na životě a bez účinné léčby může dojít k nutné amputaci postižené končetiny.

Opiáty reagují s opiátovými receptory na několika úrovních CNS a mají především tlumivý účinek. Tyto receptory jsou uloženy v šedé kůře mozkové, v limbickém systému a prodloužené míše, kde mohou tlumit vegetativní funkce (Csémy, Chomynová, 2014).

Faktory, které souvisejí se životním stylem a chováním uživatelů, jsou také podvýživa a nízký hygienický standard, který vede ke zvýšené kolonizaci kůže bakteriemi (Minařík, Řehák, 2015). Podle Minaříka a Řeháka vede stres a psychická traumatizace spojená s dlouhodobým užíváním a případnými asociálními aktivitami ke vzniku onemocnění. U dlouhodobých injekčních uživatelů dochází k nenávratnému poškození organismu opakovanými infekcemi. Vážné poškození cévního systému a vnitřních orgánů, častá chronická hepatitida, infekce virem HIV jsou zatím spíše výjimečné (Minařík, Řehák, 2015). Hlavním problémem u intravenózních uživatelů Subutexu je právě chronické onemocnění hepatitidou C, a to z toho důvodu, že látka buprenorfinu je metabolizována v játrech, proto by měli být tito pacienti po dobu substituční léčby pečlivě sledováni a zároveň důrazně poučeni o tom, že intravenózní aplikace je výrazně spojena s poškozením jater.

Výskyt HIV/AIDS v ČR sleduje státní Zdravotnický ústav od roku 1985. Počet nových případů rostl do roku 2016 (286), poté došlo k poklesu na 208 v roce 2018. Podle výsledků Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (2019) je prevalence HIV infekce mezi injekčními uživateli drog dlouhodobě nízká, pod 1 % a prevalence hepatitidy typu C se pohybuje v rozmezí 15-80 % podle charakteristiky souboru vyšetřených, střední hodnota je kolem 35 %. V roce 2018 bylo hlášeno celkem 1050 nových případů VHC, z toho 533 mezi uživateli drog (Státní zdravotní ústav, 2019).

Při dlouhodobé intravenózní aplikaci je povrchní žilní systém zdevastován, a tito lidé si nejsou již schopni napíchnout žílu, proto si aplikují drogu do svalů. Zkolabované žíly se již nikdy plně neobnoví, není-li krev schopná proudit volně, začne se srážet a tím dochází ke krevním sraženinám na vnitřní stěně žíly, které se mění v tkáňové jizvy ((Preston, Derricott, 2018).

Ochrana veřejného zdraví

Hlavní intervencí, která pomohla snížit přenos infekčních a pohlavních nemocí a smrt v důsledku předávkování, je především substituční léčba závislostí na opioidech a programy výměny jehel a stříkaček v rámci harm reduction programů (Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, 2018). Distribuci stříkaček, jehel a dalších parafernálií v roce 2017 realizovalo v ČR všech 108 nízkoprahových programů. Množství distribuovaného materiálu dlouhodobě rostlo, ale od roku 2014 se stabilizovalo přibližně na počtu 6,5 mil. kusů, což je průměrně 199 kusů injekčního náčiní na jednoho uživatele, který je v kontaktu s výměnnými programy (Mravčík, 2018). To je podle WHO v rámci prevence přenosu HIV v pásmu středního pokrytí (WHO, 2013).

Ochrana veřejného zdraví si klade za cíl omezení zdravotně škodlivých jevů v populaci, což se v oblasti závislostí soustřeďuje na to, aby se v populaci nešířilo závislostní chování, a zejména s tím spojené infekční choroby; o samostatného nositele zdravotního ohrožení se jinak příliš nezajímá (Kalina, 2015). Podle téhož autora se právě v tom liší veřejnozdravotní paradigma od širšího konceptu harm reduction, který sleduje nejen prospěch společnosti, ale i samotného klienta.

Abstinenční syndrom

Při dlouhodobém užívání opioidů hrozí rozvoj nejenom fyzické závislosti, ale i psychické, která je v tomto případě charakterizována především bažením po užívané látce (anglicky „craving“). Avšak není-li tato látka podána, nemusí se (ale mohou) abstinenční příznaky objevit (Slíva, Votava, 2011). Odvykací stav u buprenorfinu se dostavuje při alespoň měsíce trvajícím užívání látky, a v lehčích případech se projevuje neklidem, fyzickou nevolností a pocením. V těžších případech zvýšením tělesné teploty, poruchou spánku a řeči, nechutenstvím a dehydratací (Minařík, Kmoch, 2015). Neuroadaptační změny vyvolávané chronickým užíváním drog probíhají v místech primárního účinku látky nebo v následně ovlivněných mediátorových systémech (Slíva, Votava 2011). Je tedy zřejmé, že nejen počáteční nepříjemné až závažné somatické abstinenční příznaky, ale především přetrvávající výrazně zvýšené negativní emoce se základem v limbických oblastech (tenze, úzkost, strach, deprese, averze), a také prožitek nebo působení silně stresové situace, jsou významnými posilovacími prvky v urputném vyhledávání drog (Šustková, 2015).

Předávkování

Předávkování opioidy je podle Minaříka a Kmocha (2015) vážná, život ohrožující komplikace, která se týká především látek, které plně aktivují receptory (např. heroin, morfin, metadon). V roce 2018 bylo ve speciálním registru mortality ČR hlášeno celkem 88 přímých drogových úmrtí, z toho bylo celkem 20 případů identifikováno jako smrtelné předávkování opioidy (Mravčík, 2019). Existují přesvědčivé důkazy, z nichž vyplývá, že riziko úmrtí podstatným způsobem snižuje opioidová substituční terapie, pakliže jsou substituční přípravky podávány v dostatečných dávkách, a je zajištěna kontinuita léčby (Pierce, 2016). Vzhledem k tomu, že udržení v adiktologické léčbě funguje ve vztahu ke smrtelným předávkováním jako projektivní faktor, je v mnoha evropských zemích kladen důraz na zajišťování lepšího přístupu k léčebné péči a většího pokrytí terapeutickými službami obecně (Mravčík, 2019).

U Subutexu je riziko úmrtí malé, stavy předávkování se řeší symptomaticky, kauzální léčbou antagonisty – např. naloxonem (Minařík, Kmoch, 2015). Naloxon je léčivý přípravek působící jako opioidní antagonist a používá se celosvětově v rámci urgentní medicíny k odvrácení respiračního útlumu, k němuž dochází při předávkování opioidy.

Je veden na seznamu esenciálních léčiv Světové zdravotnické organizace a je k dispozici v injekční formě nebo také jako intranazální sprej (WHO, 2014).

V roce 2018 byl v ČR nově registrován léčivý přípravek Nyxoid s obsahem naloxonu (antidotum při předávkování opioidy) a v přípravě je pilotní program distribuce naloxonu v nízkoprahových programech (Chomynová, Mravčík, Rous, 2019).

1.4.4. Psychické problémy

Závislost je primárně chronická nemoc systému odměňování v mozku, paměti a dalších souvisejících funkcí. Poruchy těchto funkcí vedou k biologickým, psychologickým, sociálním a spirituálním projevům v patologickém chování jedince, který se charakterizuje neschopností abstinovat, postižením kontroly chování, bažením, sníženou schopností rozpoznávat či si připouštět výrazné problémy vznikající v důsledku vlastního chování a v mezilidských vztazích, stejně jako v dysfunkčních emočních reakcích. Pokud se takový jedinec nezapojí do ozdravných aktivit, stává se závislost progresivní a může vyústit v invaliditu nebo předčasnou smrt (American society for addiction medicine, 2012).

Nejčastější komorbiditou podle Torrense (2011) je deprese v kombinaci s poruchou z užívání návykových látek, jejíž prevalenční hodnoty se pohybují v rozmezí od 12% do 80% v závislosti na charakteristikách výběrového souboru. Podle některých hypotéz se na etiologii těchto duálních poruch podílejí různé neurobiologické mechanismy. Z klinických dat taktéž vyplývá, že lidé trpící depresivní poruchou vykazují vyšší náchylnost k rozvoji adiktologické poruchy a naopak, že existuje u osob s adiktologickou poruchou vyšší riziko rozvoje depresivní poruchy během života (Torrens, 2011).

U těchto pacientů se pak vyskytuje těžší klinický průběh a může hůře reagovat na léčbu (Hasin, Grant, 2004). Kromě deprese se u pacientů s komorbidními poruchami z užívání návykových látek často projevují nebo rozvíjejí další somatické, psychiatrické nebo adiktologické komorbidity, což léčbu dále komplikuje (Torrens, 2011). Prevalence úzkostných poruch u uživatelů opioidů se pohybuje v rozmezí 26-35 % (Fatséas et al., 2010).

Z úzkostných poruch jsou nejčastější panická porucha a posttraumatická stresová porucha, a z hlediska léčby je důležité rozeznat úzkostnou poruchu vyvolanou užíváním návykových látek od samostatně se vyskytující úzkostné poruchy (Torrens, 2011). Míra prevalence komorbidit psychóz a užívání opioidů je celkově nízká (4-7%) a tuto nízkou prevalenci lze vysvětlit antipsychotickým účinkem opioidů (Maremmanni et al., 2014).

Hlavními negativními účinky, se kterými se můžeme setkat u uživatelů opioidů při akutní toxicitě, jsou zmatenost, deprese dechu, kóma, zvracení, cyanóza, kdy silné předávkování může mít za následek smrt. Mezi vedlejší nejčastější patologické změny patří únavnost, apatie, podrážděnost a nespavost a často mizející potence (Slíva, Votava, 2011).

1.5. Sociální práce s uživateli drog

1.5.1. Sociální práce

Podle Kudy (2008) se u uživatelů návykových látek objevuje tak pestrá škála sociálně-právních problémů (dluhy, sociální dávky, trestní stíhání atd.), že má sociální práce nezastupitelnou roli při intervencích zaměřených na stabilizaci životního stylu závislých. Podle Pavlovské (2015) tak platí, že pomoc v této oblasti by měla být především praktická a sociální pracovník je neopominutelným členem terapeutického týmu.

V kontextu sociální práce s drogově závislými osobami je klient vnímán jako součást prostředí, ve kterém žije. Pozornost je podle Navrátila (2001) tak věnována nejen jemu, ale i interakcím, se kterými je v kontaktu, a proto intervence sociální práce směřují tam, kde nastávají problémy mezi klientem a jeho prostředím. Tyto nerovnováhy nastávají u klienta zejména proto, že prostředí má od klienta očekávání, kterých není schopen, nebo nemá zájem je naplnit (Sananim, 2017). Pokud bude nerovnováha nebo klientův problém v interakcích definován i s ohledem na očekávání či absentující zdroje podpory v jeho prostředí, mnohem jasněji také vyplyne, že pro možnost změny musí být i intervence směřovány nejen na samotného klienta, ale i na jeho prostředí (Sananim, 2017). Cílem léčby závislých podle WHO je změna, která přináší zlepšení zdraví a kvality života na nejvyšší možnou míru.

WHO definuje tři hlavní oblasti v léčbě a sociální rehabilitaci uživatelů drog:

- 1) snížení závislosti,
- 2) snížení nemocnosti a úmrtnosti způsobené užíváním drog,
- 3) podpora rozvoje tělesného, duševního a sociálního potenciálu klientů a jejich sociální integrace.

1.5.2. Case management a koordinovaná péče

Case management v rámci sociální práce pro osoby s návykovými poruchami se u nás vyvíjel samostatně a prokázal, že může zvýšit účinky léčby a zlepšit úroveň psychosociálního fungování osob s drogovou závislostí (Nepustil, 2013). Aplikace různých modelů case managementu prokazatelně zvyšuje pozitivní účinky, jako je zvýšení léčebné účasti a délky setrvání, větší využívání služeb a lepší výsledky spjaté s drogovou problematikou (Nepustil, 2013).

Tuto intervenci lze nejlépe charakterizovat na základě hlavních složek: posouzení situace, sestavení plánu, propojování klienta a služeb, zastupování klienta, obhajování jeho zájmů a monitorování situace (Nepustil, 2013). Tento druh případové práce je podle Libry (2015) nejvíce žádoucí u klientů dlouhodobě nebo těžce závislých a takových, kteří nejsou schopni své záležitosti zvládnout vlastními silami a došlo u nich k velkému sociálnímu propadu, zahrnujícímu často i problémy se zákonem. Tuto péči je potřeba koordinovat a vedle péče zdravotní či léčebné zajistit také péči sociální, popřípadě rehabilitační (Libra, 2015).

Koordinovaná péče je tak podle Tomsy (2016) nedílnou součástí klientské práce v sociálních službách, a v některých složitějších případech je třeba počítat s tím, že realizace může být běh na dlouhou trať. Proto je důležité klienta s touto skutečností seznámit, protože se může stát, že klient ztratí ke změně motivaci, zvláště u drogových klientů je to běžná praxe, proto je na klíčovém pracovníkovi, jak s klientem pracuje a zda jej dostatečně motivuje. Podle Kaliny (2015) je přiměřenost intervence a stavu motivace zásadním požadavkem při práci s klientem.

Terapeut musí časovat a dávkovat svoje intervence podle toho, v jakém stádiu změny a motivace se klient nachází, a musí umět pracovat s klientem ve všech těchto stádiích (Kalina, 2015).

1.6. Druhy léčby drogové závislosti

Zákon č. 64/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek a relativně obecně definuje odbornou péči o osoby s adiktologickou poruchou. Léčba může být ústavní i ambulantní, hospitalizace umožňuje zásadní změnu prostředí a izolaci od podnětů vyvolávajících nežádoucí jednání (Vágnerová, 2014).

Zapojení do léčebného programu se pokládá za důležitý prediktor úspěšnosti (De Leon, 2009), ale člověk užívající drogu se málokdy chce léčit, a to i v okamžiku, kdy už pociťuje negativní důsledky na svém zdraví. V takové chvíli spíše vyhoví nátlaku okolí, protože si není vědom, že je nemocen (Preslová, 2011). Dále Preslová (2011) uvádí, že i přestože naše psychologická a lékařská péče vychází z dobrovolnosti a léčba proti vůli závislého člověka je přesně a úzce vymezená zákonem, u závislých osob se odborníci velmi často musí vypořádat s etickým dilematem, zda klienta motivovat k léčbě znovu a přesvědčovat ho ve správnosti počínání, když on sám přesvědčený není a léčbu odmítá. Každé období léčby má své specifické problémy – od prvního období, kdy je největším problémem akceptování programu, deprese a nízké sebehodnocení či zápolení s cravingem, až po častou poslední krizi posledního období, v níž se spojuje zklamání z nedokončení, obavy z odpoutání a nepřipravenosti na realitu po ukončení léčby (Kalina, 2015).

Přestože je v posledních letech situace v oblasti protidrogové politiky mnohem příznivější, zejména pokud jde o koordinaci, léčbu a minimalizaci škod, nelze mluvit podle Csémyho (2014) o uspokojení z dosažených výsledků. Podle tohoto autora jde možná o důsledek koncentrace zdrojů na problémové uživatele drog a pomoc pro ně, zatímco aktivity prevence zůstávaly dlouhodobě na okraji.

Pomoc a poradenství předcházející léčbě jsou připraveny poskytnout různé instituce, např. kontaktní centra, avšak v případě, kdy se závislost snoubí s delikvencí, může být nařízena i povinná ústavní léčba (Fischer, Škoda, 2009).

V současnosti je k dispozici řada různých možností léčby, ať už lůžková bezdrogová léčba, ambulantní farmakologicky asistovaná léčba, včetně udržovacích detoxikačních režimů. (Verster, Bunning, 2007). Způsob, jakým klienti absolvují léčbu drogové závislosti, je charakterizován využíváním těchto různých typů různých služeb, opakovanými žádostmi o léčbu a různou dobu pobytu. Největší skupinu podstupující

specializovanou léčbu představují uživatelé opioidů, na něž také připadá největší procento dostupných zdrojů na léčbu, a to zejména v podobě substituční léčby (Monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, 2018). Vědecké důkazy ovšem ukázaly, že závislost na opioidech lze nejlépe vyléčit kombinací pokračující ambulantní terapií, medikací a sledování, s cílem udržet pacienty v léčbě pro maximalizaci a uchování plných přínosů léčby, což je v tomto případě právě substituční léčba (Verster, Bunning, 2007).

K substituci, jakožto léčbě, přistupuje Kalina (2015) tak, že navzdory jejím nepochybným přínosům, ji nemůžeme pokládat za úzdravu, protože mozek stabilizovaný na vhodné substituční látce vlastně uzdravený není, což může limitovat psychosociální úzdravu člověka a kvalitu jeho života.

1.6.1. Psychoterapie jako součást léčby

Gerra (2009) na základě neurovědeckých důkazů uvádí, že mozek poškozený drogovou závislostí se může normalizovat až po dvou letech abstinence, což se u nucené izolace v některých typech léčby nejeví jako terapeuticky produktivní, a proto je Kalina (2015) zastáncem toho, že je nutné u klientů spolu s farmakoterapií provádět již zmiňovanou psychoterapii. I podle Vágnerové (2014) je psychoterapie důležitou součástí léčebného postupu, kdy nemocný musí získat náhled, porozumět sám sobě, akceptovat změnu hodnot a nacvičit si potřebné způsoby chování a změnu životního stylu. Podle Vágnerové (2014) je také důležité, aby si člověk uvědomoval projevy bažení, porozuměl mechanismu vzniku závislosti v rámci vlastního příběhu, a dokázal akceptovat závislost jako trvalou součást své osobnosti.

1.6.2. Léčba bez odborné pomoci

Jedna z možností může být tzv. samoléčba, tedy překonání závislosti bez odborné pomoci. Na otázku, jakou mají zkušenost v tomto ohledu s klienty, reagoval MUDr. Jiří Dvořáček v časopisu Dekontaminace (2016) tím, že část lidí skutečně zvládne překonat závislost bez odborné pomoci a hlavním problémem odborníků je to, že snad kromě detoxikace nikdy nemáme přímé nástroje na změnu a všechny terapeutické postupy působí na člověka nepřímě a jsou v principu pravděpodobnosti – jsou postaveny tak, aby byla větší pravděpodobnost efektu, aby působily nejpravděpodobněji na většinu pacientů, tudíž nepřímé nástroje mající vyústit ve změnu života pacienta mohou být

u někoho snadno nahrazeny jinými nepřímými nástroji než „odborně terapeutickými“, a navíc se najde vždy skupina lidí, která na dané intervence reagovat nebude, a bude reagovat na jiné momenty mimo okruh oficiální odborné péče.

Největším zastáncem v tomto ohledu je autor knihy *Bez léčby to jde*, Pavel Nepustil (2014), který na toto téma napsal publikaci s rozhovory lidí, kteří abstinovali sami, bez odborné pomoci, zároveň ale v závěru své práce dodává, že *k tomu aby člověk dokázal přestat s dlouhodobým užíváním drog sám, potřebuje druhé, kteří mu to umožní.*

1.6.3. Ambulantní program

Ambulantní zdravotnická péče o uživatele drog je poskytována především v psychiatrických ambulancích, přičemž za specializované je možno považovat tzv. AT ambulance. V posledních letech narůstá počet nelékařských adiktologických ambulancí, tj. zdravotnických zařízení poskytujících péči ve zdravotnické odbornosti adiktologie, a dále také v ČR funguje řada ambulantních programů na bázi sociálních služeb (Mravčík, 2018). V posledních letech počet nelékařských adiktologických ambulancí narůstá – v roce 2017 jich bylo v ČR registrováno 24 (Mravčík, 2019).

1.6.4. Detoxifikace

Detoxifikační jednotky jsou určeny k zvládnutí odvykacích stavů a intoxikaci návykovou látkou, která nevyžadují intenzivní péči v jiném zařízení, a jsou určeny především těm klientům, u nichž by nebyla bezpečná detoxifikace v domácím prostředí, které se navíc u nás neprovádí ani tak často jako v jiných zemích (Nešpor, 2011).

Tato detoxifikační oddělení jsou specializovaná samostatná zařízení, funkčně provázaná s jinými zdravotnickými zařízeními, nebo se jedná o specializované části zdravotnických zařízení (nemocnice, psychiatrické léčebny, psychiatrické kliniky) určené k léčení přerušením nebo podstatným snížením návykové látky (Česká asociace adiktologů, 2013). Smyslem detoxifikace je zbavit organismus návykové látky a pomoci pacientovi překonat možné odvykací příznaky buď bez použití léků (detoxifikace), nebo za farmakologické podpory, a připravit tak pacienta na další léčbu (Nešpor, 2011). Jedná se o krátkodobou rezidenční léčbu s délkou trvání zpravidla do 3 týdnů (Česká asociace adiktologů, 2013).

1.6.5. Terapeutická komunita

Jedná se o specializované rezidenční zařízení s neformální a otevřenou atmosférou, zaměřenou na léčbu v rozsahu 6-18 měsíců a na sociální rehabilitaci (Kalina, 2008). Nový typ terapeutické komunity vnesl převrat do léčby drogových závislostí zejména díky odklonu od dosud uplatňovaného bio-medicínského k bio-psycho-sociálnímu modelu závislosti a odpovídajícímu komplexnímu přístupu v léčbě (Adameček, Radimecký, 2015).

Podle Nešpora (2011) je tato forma léčby nejvhodnější pro ty, u nichž závislost dosáhla již pokročilejšího stupně závislosti, jsou schopni tělesně a duševně takový pobyt zvládnout, nebo nemají dostatečné zázemí a přátelé, tudíž by kratší léčba byla spojena s vysokým rizikem recidivy.

Těmínová (2003) uvádí, že při společném soužití pacientů v každodenním bezprostředním styku, kdy jsou zajištěny různorodé činnosti a možnost diferencování rolí, poskytují vzájemné interakce, problémy a konflikty určitý materiál, na němž se pacienti učí poznávat svůj podíl ve vytváření, udržování a opakování svých životních problémů a konfliktů a zároveň si tak mohou osvojovat nové, diferencovanější a přizpůsobivější formy chování.

Problémovými pacienty mohou být naopak podle Minaříka (2015) klienti s duálními diagnózami. Tito klienti mají těžší průběh nemoci, závažnější zdravotní i sociální důsledky a tím pádem více obtíží a komplikací v léčbě. Millerová (2011) uvádí, že se takový klient během léčebného procesu „nezklidní“ a naopak jeho neklid narůstá s dobou abstinence, a mohou tak být obětními beránky pro ostatní klienty, protože jim vadí jejich odlišné chování. Z těchto důvodů představují duální diagnózy určité stigma, kde hraje roli nepropojenost systémů služeb pro uživatele návykových látek a klienty s jinými poruchami duševního zdraví, a v neposlední řadě i neochota či nepřipravenost odborníků a pracovišť s náročnou komorbidní klientelou pracovat (Kalina, Minařík, 2015).

1.6.6. Substituční léčba

Ve Standardu substituční léčby Popova a Záborského (2008) nalezneme 3 typy substituční léčby:

- 1) **Základní léčba** (nizkoprahové substituční programy), která poskytuje substituční látku a je doplněna somatickou léčbou a sociálním poradenstvím, které jsou zajištěny externě.
- 2) **Rozšířená substituční léčba** je kromě substituční látky doplněna somatickou léčbou, psychoterapií a sociálním poradenstvím.
- 3) **Komplexní substituce** probíhá na specializovaných pracovištích a zahrnuje kromě substituční látky i komplexní služby včetně rezidenční péče (např. skupinová psychoterapie, rodinná a pracovní terapie, následná péče).

Význam substituční léčby

Principem substituční léčby v adiktologii je náhrada užívané látky, a často i formy aplikace, za bezpečnější (Minařík, 2015). Z farmak je pro substituci v ČR registrovaný jen metadon ve formě roztoku a buprenorfin ve formě tablet, substituční léčbu však lze provádět jakýmkoliv opioidním agonistou (Minařík, Kmoch, 2015).

Substituční léčba je jedním z nejefektivnějších typů farmakologické terapie závislosti na opioidech (Bunning, Verster 2007) Vhodná je tam, kde je vytvořena fyzická závislost, a kde není dočasně nebo dlouhodobě možná léčba orientovaná na abstinenci (Nešpor, 2011). Substituční látka může být použita k léčbě abstinčního příznaku, k detoxifikaci, či v rámci udržovací terapie (Bunning, Verster, 2007). Z pohledu Minaříka (2015) je substituční léčba z pohledu jedince klíčovým pozitivním vlivem na kvalitu jeho života, z pohledu společnosti její ekonomická výhodnost, či pokles kriminality, a z pohledu léčby návykových nemocí zvyšuje šanci na zlepšení stavu onemocnění u pacientů, kde jiné možnosti selhávají.

Ačkoliv dlouhodobým cílem může být pomoci lidem přestat brát drogy úplně, krátkodobé cíle substituční léčby vycházejí z koncepcí veřejného zdraví a harm reduction, aby zlepšily tělesné, duševní a sociální zdraví pacienta (Bunning, Verster 2007).

Substituční léčba má právě v tomto ohledu pomoci závislým lidem řešit primární závislost na problémových typech opioidů, které mají za následek životní problémy jako je nízké sebehodnocení člověka, problémy v zaměstnání a ve vztazích v okolí člověka. Léčba má člověka směřovat do způsobu života nazvaného uzdravení (Samhsa, 2014). Přínos substituční léčby tak spočívá v příležitosti, kterou poskytuje závislým uživatelům drog při omezování jejich rizikového chování a při zdravotní a sociální stabilizaci předtím, než se začne řešit samotný problém závislosti na opioidech, proto je žádoucí, aby měli delší dobu působení neboli poločas vylučování než droga, kterou nahrazují, aby se oddálil nástup abstinenčních příznaků a snížila se četnost podávání, což umožňuje dané osobě soustředit se na normální životní aktivity, aniž by měl potřebu získávat a aplikovat si drogy (Verster, Bunning, 2007).

Potencionální výhodou buprenorfinu je to, že může být podáván jednou za dva až tři dny, aniž ztrácí svůj farmakologický účinek a z hlediska snížení míry užívání opiátů a udržení pacientů v léčbě je přinejmenším stejně účinný jako metadon a z důvodu bezpečnosti ohledně rizika předávkování (Gossop, 2006).

Předávkování opioidy je vážná, život ohrožující komplikace, proto při detoxikaci zahajovací substituční látka závisí na velikosti dávky užívané drogy, která se postupně redukuje (Kalina, 2015).

Motivace klienta v substituční léčbě

Za nedílnou součást substituční léčby považuje Kostínková (2008) psychosociální podporu klienta. Tou můžeme rozumět nefarmakologickou součást léčby v podobě psychoterapie, sociálního poradenství, poradenství týkající se volby vhodného zaměstnání, zvyšování kvalifikace apod. Individuální poradenství a psychoterapie probíhá 1-2 týdně u nestabilních klientů a u stabilizovaných individuálně, kdy se mohou zapojit i rodiny a partneři klientů. Podle Kaliny (2015) má psychosociální složka pomoci stabilizaci a integraci klienta do „normálního“ života a eventuálně zvládnutí komorbidních duševních onemocnění. Využití psychoterapeutických technik podporuje také Nešpor (2013) s tím, že vzhledem k dočasnému oslabení kognitivních funkcí většiny závislých je při psychoterapii vhodné používat jednoduché a snadno zapamatovatelné postupy a často je opakovat, což je prospěšné vzhledem k tomu, že kognitivní funkce bývají oslabeny nejen na počátku abstinence, ale také při bažení.

Kořínková dále (2008) uvádí, že všechno co souvisí s poskytováním péče klientům a koriguje jejich chaotický život, je nějak mění, ale vzhledem k tomu, že je centrum profilováno jako „vysokoprahové“ – tudíž má více nároků na klienty – neznámá, že jeho cílem je pouze dospět k abstinenci, obzvlášť v nějakém časovém horizontu. Vysokoprahovost služby potvrzuje i Kalina (2015) s tím, že je někdy velmi těžké motivovat klienty, pokud se nezmění něco v jejich životě a alespoň zpočátku funguje poněkud paradoxní motivace nedostupnosti látky v blízkém okolí, a proto jsou klienti nuceni plnit pravidla zařízení.

Léčba vedoucí k plné abstinenci spočívá podle Kaliny (2015) v detoxikaci, režimové léčbě a psychoterapii a především je nezbytné léčbu dokončit doléčováním. Proto je substituční léčba vhodná tam, kde klient není motivovaný či indikovaný k odvykací léčbě (Kalina, 2015). Se skutečně nemotivovaným klientem se ovšem podle Soukupa (2014) lze v praxi setkat spíše výjimečně, pravděpodobnější je to, že klient je velmi ambivalentní, na dané téma citlivý a na jakýkoliv návrh odborníka bude reagovat obhajobou – což může vyvolat dojem, že nemá motivaci ke změně. Skutečně nemotivovaný klient, tj. klient, který ještě vůbec neuvažuje o změně chování, na naše upozornění ohledně škodlivosti svého chování bude reagovat nejspíš překvapením, nikoliv odporem (Miller, Forcehimes, Zweben, 2011). Veškeré motivování může být ovšem marné za předpokladu, že pro klienta není dostupná vhodná léčebná metoda a specifická léčebná strategie je vybrána podle toho, čemu dává přednost terapeut, místo aby byla ušita na míru potřebám a preferencím klienta (Miller, 2003).

Historie substituční léčby

Koncem 80. let a na začátku 90. let 20. století považovali lékaři ve Skotsku buprenorfin za zdraví prospěšný lék pro léčení závislosti na heroinu a rozdávali jej v tak obrovském množství, že se droga stala vedoucí silou na skotské pouliční drogové scéně, překonala i heroin a zaujala i velké procento ve statistických údajích více než sta případů úmrtí na předávkování drogami (Tyler, 2000).

Poté co byl buprenorfin prezentován na významných konferencích, stal se atraktivním pro mnoho farmakologů, protože byl považován za účinný lék proti bolesti, který neměl vysoký potenciál zneužívání a měl také potenciál jako léčba drogové závislosti (Ahluwalia, 2019).

Oproti západním státům Evropy, kde se substituční léčby při závislosti na opiátech používaly již v 80. letech, se začal tento způsob v Česku zavádět o 20 let déle. Přesto se lékařům během relativně krátké doby podařilo zvýšit počet pacientů z několika set na několik tisíc, což je odhadem 30% klientů v substituční léčbě, avšak oproti zahraničním zemím je to stále nízké procento, jelikož např. Německo má 60% klientů v léčbě. (Kolářová, 2015).

V České republice se buprenorfin začal využívat v rámci substituční léčby od roku 2003, a jako první ho využívala Psychiatrické léčebna v Bohnicích. Od roku 2005 je dostupná substituční léčba buprenorfinem na lékařský předpis i mimo substituční centra.

Současný stav substituční péče

Při zahájení substituční léčby jakoukoliv látkou, která je uvedena ve Standardu je předepisující lékař povinen nahlásit pacienta do NRULISL, čímž si lékař ověří, zda pacient nepodstupuje substituční léčbu již jinde (Minařík, 2015).

Počet pacientů v opiátové substituční léčbě nahlášených do registru substituční léčby, tj. Národní registr léčby uživatelů drog (NRLUD), strmě rostl od roku 2000, kdy byla substituční léčba v ČR spuštěna jako standardní léčebná modalita, a zejména od r. 2007, kdy byla spuštěna webová aplikace registru, až do roku 2010. V roce 2011 došlo ke zpomalení nárůstu, a v letech 2011 – 2014 počet léčených v substituci stagnoval. V roce 2015 došlo poprvé k mírnému poklesu počtu pacientů v opiátové substituční léčbě, což lze ovšem podle odborníků hodnotit jako negativní jev (Mravčík et al., 2018). V roce 2018 nahlásilo své pacienty v substituční léčbě do Národního registru léčby uživatelů drog celkem 54 zdravotnických zařízení a bylo evidováno 2312 léčených osob, z nichž 1592 (69%) léčených buprenorfinem a 720 (31%) metadonem (Mravčík, 2019). Z výzkumu mezi lékaři a mezi klienty adiktologických služeb vyplývá, že významný počet pacientů v opiátové substituční léčbě není do tohoto registru vůbec hlášen, což je podle nich odhadem 1500 - 3000 lidí (Mravčík, 2019).

Jedním z důvodů je nerovnoměrná dostupnost substitučních programů a nedostatek lékařů spolu se sítí dostupných zařízení (Karbanová, 2015). Podle Mravčíka (2019) dalším problémem zůstává finanční dostupnost substitučních léčivých přípravků s účinnou látkou buprenorfin. Mravčík navíc poznamenává, že zdravotní pojišťovny v ČR nehradí zdravotní výkony spojené se substitucí, které jsou vykazovány jako psychiatrická péče a navíc je jednou z mála zemí, kde tak nehradí pojišťovna ani substituční preparát, proto náklady na léčbu mohou pacienta přijít až na více než 12 000 korun měsíčně (Mravčík et al., 2018). Proto je třeba spolupracovat se zdravotními pojišťovnami, aby hradily péči u substituovaného nemocného a aby návštěva lékaře, který preskribuje, byla hrazena. Kdyby lék byl levnější nebo byl hrazen z veřejného zdravotního pojištění, tak by systém mnohem lépe fungoval,“ uvádí Karbanová (2015) z Oddělení léčby závislostí Psychiatrické nemocnice Bohnice. Ze zdravotního pojištění je hrazen pouze kombinovaný léčivý přípravek Suboxone, ale v praxi je počet pacientů, kterým je tento přípravek hrazen, odhadován pouze na několik desítek (Mravčík, 2019). Přístup k léčbě mohou také komplikovat výdaje na dopravu do místa poskytování služby (Gilchrist, 2015).

Substituční léčba byla v roce 2016 v Evropské unii poskytována odhadem 636 000 uživatelů opioidů. V letech 2010 – 2016 byl zaznamenán významný statistický pokles (o více než 25%) ve 12 zemích EU (Španělsko, Nizozemsko a Portugalsko). Ostatní země pokračovaly v rozšiřování poskytování substituční léčby v rámci snahy o zlepšování dostupnosti léčby, přičemž 16 zemí hlásilo v těch samých letech nárůst počtu osob podstupující substituční léčbu, a to včetně Lotyšska (173%), Rumunska (167%) a Řecka (57%) (Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, 2018).

Novela zákona č. 387/2007 Sb., o léčivech, s účinností od 31. 5. 2017 zaplnila právní mezeru týkající se výdeje substitučních přípravků pro delší časový interval, tudíž zákon nově výslovně zakotvuje možnost vybavit pacienta v rámci poskytování léčby adiktologické poruchy substitučním přípravkem, resp. individuálně připraveným léčivým přípravkem s obsahem návykové látky (Mravčík et al., 2018).

Empirická část

2. Cíl práce a výzkumné otázky

Cílem práce na téma Život na Subutexu bylo zjistit zdravotní, sociální a další dopady na každodenní život uživatelů Subutexu.

2.1. Výzkumné otázky:

1. V čem shledávají uživatelé největší problémy spojené se závislosti na Subutexu?
2. V čem cítí největší limity v zapojení do každodenního života?

3. Metodika

3.1. Použitá metodika výzkumu

Pro tuto diplomovou práci jsem si zvolila výzkumnou kvalitativní strategii, která je tvořena polostrukturovanými rozhovory, které sloužily jako technika sběru dat, doplněnou o krátké kazuistiky jednotlivých informantů. Podle Hendleho (2016) je kvalitativní výzkum časově náročnější, ale důležitým aspektem je autentičnost (Reichel, 2009). Kvalitativní výzkum je jedinečný svou neopakovatelností a dynamikou (Miovský, 2006). Při tomto typu výzkumu upozorňuje Miovský (2006) také na to, že výzkumník spoluvytváří výzkumnou situaci tak, aby byl sledován žádoucí cíl, ale zachoval přesto rovnocennou pozici účastníků. Polostrukturovaný rozhovor, který jsem se svými informanty dělala, proto probíhal na přátelské a partnerské úrovni. Výhodou polostrukturovaného rozhovoru je možnost ho přizpůsobit daným podmínkám a okolnostem, proto měli informanti možnost volby, kterému tématu ve svých odpovědích chtějí věnovat nejvíce pozornosti.

Rozhovor byl rozdělen do tří částí. V první části se svých informantů dotazuji na počátek jejich drogové kariéry a to, zda mi mohou popsat cestu, jak se dostali k užívání Subutexu. Druhá část rozhovoru je zaměřena na konkrétní dopady užívání Subutexu, a co se změnilo od té doby, kdy začali Subutex užívat. Třetí část je věnována limitům informanti hovoří o tom, co jim Subutex dává nebo bere v jejich každodenním životě.

3.2. Popis výzkumné techniky

Rozhovory byly provedeny pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Takto připravený rozhovor obsahuje připravené otázky, které systematicky směřují k identifikaci výzkumných témat pomocí detailních odpovědí (Mišovič, 2019).

Jako pomůcka zde slouží také doplňující otázky, které podle Miovského (2006) výborně slouží k mnohem lepšímu uchopení problému, o který se ve výzkumu zajímáme. Doba jednoho rozhovoru byla 30 – 60 minut podle časových a dalších schopností jednotlivých informantů. Tempo a průběh rozhovoru jsem se snažila individuálně přizpůsobit každému klientovi podle jeho momentální nálady a jeho možnostem. V případě, kdy se mi zdálo, že je toho na informanty emociálně moc, dávala jsem během rozhovoru krátké přestávky. Jako další pomůcku uvádí Kubátová (2016) předem připravenou osnovu, která napomáhá dodržování struktury rozhovoru. Přesto jsem se snažila nechat

informanty mluvit volně bez přerušení a přesně k těm tématům, které oni sami považovali za důležité. Právě za důležitý bod rozhovoru považuje Hendl (2017) snažit se nechat informanta mluvit bez přerušení, či větších zásahů do rozhovoru. Proto měly mé předem připravené otázky co nejméně bodů. Snažila jsem se tím docílit co největší autentičnosti a fantazii osob, s kterými jsem rozhovor dělala. Otázky byly více otevřeného charakteru.

Celkem jsem sesbírala data z 10 rozhovorů. Výzkumný soubor tvoří 7 mužů a 3 ženy. Tento počet se ukázal jako dostačující vzhledem k tomu, že se jednotlivé odpovědi začaly opakovat a došlo k tzv. teoretickému nasycení vzorku. Po nasycení přestávají být sebraná data relevantní (Miovský, 2006). Záznamy rozhovorů byly uskutečněny pomocí audio záznamu na mobilním telefonu. Tyto záznamy byly později přepsány do textové podoby.

Za velkou výhodu v polostrukturovaném rozhovoru považuje Mišovič (2019) jeho flexibilitu a možnost využití hovorového jazyka během konverzace. Proto jsem s informanty komunikovala běžným hovorovým jazykem s pomocí různých slangových výrazů tak, abychom si oba rozuměli. Pozdější přepis rozhovorů byl proto doslovný, s použitím různých nespisovných výrazů.

3.3. Charakteristika a výběr výzkumného souboru

Pro rozhovory jsem si předem vytipovala a oslovila vhodné informanty na základě dobrovolnosti. Jednalo se o záměrný účelový výběr podle předem daných kritérií. Podmínkou pro uskutečnění rozhovoru byla plnoletost dotazovaného, jeho souhlas s poskytnutím rozhovoru a to, že konkrétní osoba je aktivním uživatelem přípravku Subutex, ať už na lékařský předpis či z černého trhu. Dalším kritériem pro uskutečnění rozhovoru byl slovní souhlas všech dotazovaných a zachování jejich anonymity. Účastníci výzkumu byli předem seznámeni s tím, k jakému účelu a za jakých podmínek budou rozhovory pořizeny, a především byli ubezpečeni o naprosté anonymitě jejich osobních údajů. Čas schůzky byl vždy předem domluven, a vzhledem k citlivosti tématu jsem vždy brala ohledy na to, v jakém mentálním stavu a rozpoložení se v době rozhovoru informant nachází.

Jednotlivé rozhovory se uskutečnily v prostorách Kontaktního centra v Písku, kde pracuji jako sociální pracovnice. Měla jsem proto dobrý přístup ke vhodným informantům, a zároveň jsem s každým z nich měla navázaný vztah založený na důvěře. Podle Miovského (2006) je právě osobní vztah s účastníky výzkumu předpokladem úspěchu, stejně jako to, kdo výzkum provádí, jak komunikuje a jak se chová. Proto považuji za obrovskou výhodu to, že jsem měla možnost dělat rozhovor právě s mými klienty, se kterými se již znám. Tento fakt mi umožnil provést velice otevřený rozhovor bez tabuizování některých citlivých témat. Výzkumný soubor tvoří 7 mužů a 3 ženy ve věku 30 – 51 let. Věkový průměr informanta je 40 let.

Rozhovory byly pořizeny v klidném prostředí konzultační místnosti bez přítomnosti dalších osob. Vzhledem k citlivosti tématu jsem na klienty centra v ničem nenaléhala a vzhledem k volnému typu rozhovoru jsem nechala čistě na jejich rozhodnutí a uvážení, kterému tématu se budou ve svých odpovědích nejvíce věnovat.

3.4. Způsob analýzy dat

V oblasti kvalitativního výzkumu vychází analýza z nestrukturovaných dat získaných rozhovory (Hendl, Remr, 2017). Pro analýzu dat byl v tomto výzkumu využit přístup označený jako zakotvená teorie (grounded theory). Podle Reichela (2009) se jedná o komplexní postup při práci s kvalitativními údaji, jehož cílem je hledání specifické teorie platné pro zkoumaný problém či vymezenou skupinu osob, kterou jsou v tomto případě drogově závislé osoby. Metodologie tohoto typu rozděluje interpretaci dat na dvě navazující fáze, kterou je v tomto případě teoretická část práce a posléze její ověřování získanými daty.

Za pomoci kódování jsou rozčleněny množiny a soubory ze získaných dat na dílčí celky, segmenty a následuje pojmenování a třídění, popř. klasifikování a kategorizování. Práce s datovými soubory dělí kódování na tři kategorie: **kódování otevřené**, které se provádí již při prvním analyzování souboru a rozčleňuje soubor do různých kategorií. Další fází je **axiální kódování**, které představuje hledání příčin a vztahů mezi jednotlivými kategoriemi a vzájemně je propojuje. (Reichel, 2009). Posledním krokem podle Reichela (2009) je **selektivní kódování**, jímž začíná integrace výsledků, a hledají se zde stěžejní témata, která se mohou stát základem vznikající teorie.

Tomuto kroku předchází přepis audio nahrávek do písemné podoby. Pro zachování autentičnosti jsou tyto rozhovory přepsány doslovně, tedy v hovorovém jazyce, popř. použití slangových výrazů.

3.5. *Etika výzkumu*

Hlavním kritériem pro uskutečnění rozhovorů byl souhlas všech dotazovaných, zachování jejich anonymity a vysvětlení účelu rozhovorů. Všichni účastníci výzkumu proto byli seznámeni s tím, kde práce bude prezentována popř. zveřejněna. Rozhovory proběhly v klidné a přátelské atmosféře bez vedlejších negativních komentářů, či hodnocení výroků dotazovaných, jelikož podle Miovského (2006) žádný výzkumník není zcela bez předsudků a nezátížený svými zkušenostmi.

4. Výsledky

Tato kapitola diplomové práce obsahuje sesbíraná data v rámci polostrukturovaných rozhovorů, které proběhly v Kontaktním centru v Písku. Rozhovory byly nahrány jako audionahrávky pomocí mobilního telefonu a posléze přepsány do textové podoby v programu MS Word. Jednotlivé části rozhovorů byly za pomoci kódů rozděleny do jednotlivých kategorií, které slouží jako jednotlivá témata následujících kapitol. Cílem výzkumu je zjistit sociální, zdravotní a další dopady na každodenní život uživatelů Subutexu. Výzkumnou otázkou je, v čem shledávají tito lidé problémy spojené se závislostí, a v čem cítí největší limity v zapojení se do běžného života.

V úvodní části jsou uvedeny krátké kazuistiky jednotlivých informantů. Jednotlivé anamnézy se týkají jejich pohlaví, věku, dokončeného vzdělání, sociální situace ohledně bydlení a práce, a jejich zdravotního stavu. Dále jsem stručně zmapovala jejich drogovou kariéru, věk prvního užití nelegální drogy a to, zda někdy v minulosti podstoupili léčbu drogové závislosti. Jako další důležitou informaci jsem zjišťovala to, jak dlouho užívají přípravek Subutex, jakým způsobem si ho aplikují a zda tomu předcházela zkušenost s jiným typem opiátu v minulosti, a také to, z jakého zdroje Subutex získávají. Pro větší přehled přikládám tabulku se základními informacemi o jednotlivých informantech. V následujícím textu budou uváděni informanti pod čísly 1 – 10 kvůli zachování anonymity.

Kazuistiky jednotlivých informantů

IN1 – žena, 43 let, má dokončenou střední školu s maturitní zkouškou. V době rozhovoru bydlí na ubytovně a má manuální práci na plný úvazek. Informantka je vdova, porodila dvě děti. První z nich v 16 letech zemřelo na předávkování a druhé v době rozhovoru podstupuje výkon trestu odnětí svobody. Informantka trpí depresemi a má pozitivní hepatitidu typu C.

Drogová kariéra: Od 36 let užívala Valoron, Neurol, Tramal a Rivotril na lékařský předpis. Od 41 let Suboxone bez lékařského předpisu a v posledním půlroce užívá nitrožilně Subutex z černého trhu.

Informantka nikdy nepodstoupila léčbu drogové závislosti.

IN2 - žena, 34 let, má dokončenou základní školu. Informantka nemá stálé bydlení ani zaměstnání, je registrována na ÚP. Léčí se s poruchou štítné žlázy, má diagnostikovanou úzkostnou poruchu a pozitivní hepatitidu typu C. Informantka má 3 děti, všechny jsou v pěstounské péči.

Drogová kariéra: Od 12 let užívá THC, od 13 let heroin, braun a morfin. Od 20 let do teď nitrožilně Subutex na lékařský předpis. Příležitostně užívá pervitin.

Informantka podstoupila celkem 5x léčbu drogové závislosti v různých léčebných zařízeních.

IN3 – žena, 49 let, má dokončenou střední odbornou školu s výučním listem. Bydlí ve squatu, je bez zaměstnání a je registrovaná na ÚP. Informantka má dvě děti, které jsou v péči otce. Informantka má vyléčenou hepatitidu typu C.

Drogová kariéra: od 25 let užívá pervitin, od 46 let nitrožilně Subutex z černého trhu, do té doby příležitostně braun a heroin.

Informantka nikdy nepodstoupila léčbu drogové závislosti.

IN4 – muž, 36 let, má dokončené základní vzdělání. Informant má vlastní bydlení a manuální práci na plný úvazek. Je svobodný a bezdětný. Má diabetes 1. typu a v době rozhovoru podstupuje léčbu hepatitidy typu C.

Drogová kariéra: Od 16 let užívá THC a heroin, posledních 10 let je v řádné substituční léčbě a užívá Subutex na lékařský předpis.

Informant absolvoval před 12 lety 2x léčbu drogové závislosti, obě dvě léčby nedokončil.

IN5 – muž, 36 let, dokončené základní vzdělání. Má nestálé bydlení a příležitostné práce. Informant je svobodný a bezdětný. Trpí epilepsií a má pozitivní hepatitidu typu C.

Drogová kariéra: od 13 let THC, od 14 let pervitin, od 20 let do teď Subutex na lékařský předpis.

Informant nikdy nepodstoupil léčbu drogové závislosti kromě substituční léčby Subutexem.

IN6 – muž, 30 let, dokončené základní vzdělání. Informant má stálé bydlení i zaměstnání. Se svou expřítelkyní mají dítě, které je v péči jeho matky. Podstoupil úspěšně léčbu hepatitidy C.

Drogová kariéra: od 15 let THC, od 18 let pervitin, od 23 let doteď Subutex na lékařský předpis.

Informant nikdy nepodstoupil léčbu drogové závislosti kromě substituční léčby Subutexem.

IN7 – muž, 42 let, dokončené střední vzdělání s maturitou. Od 30 let je v plném invalidním důchodu a má stálé ubytování na ubytovně. Informant je svobodný a bezdětný. Informant má diagnostikovanou schizofrenii a nyní u něj probíhá léčba hepatitidy typu C.

Drogová kariéra: Od 17 let THC, od 32 let pervitin nitrožilně, od 37 do teď Subutex nitrožilně z černého trhu a Rivotril na předpis.

Informant nikdy nepodstoupil léčbu drogové závislosti.

IN8 – muž, 40 let, dokončené střední vzdělání s výučním listem. Bydlí ve squatu s ostatními uživateli a vykonává sezónní manuální práce. Je svobodný a bezdětný. Má dosud neléčenou hepatitidu typu C.

Drogová kariéra: od 16 let THC, od 21 let do 30 let nitrožilně pervitin, heroin a extáze, od 30 let do teď Subutex nitrožilně z černého trhu.

Informant nikdy nepodstoupil léčbu drogové závislosti.

IN9 – muž, 38 let, dokončené střední vzdělání s maturitou. Nemá stále ubytování ani zaměstnání, pouze příležitostné brigády. Je svobodný a bezdětný. Má za sebou úspěšnou léčbu hepatitidy C.

Informant nikdy nepodstoupil léčbu drogové závislosti.

IN10 – muž, 51 let, dokončené střední vzdělání s maturitou. Informant má vlastní bydlení a je v invalidním důchodu 2. stupně. Je svobodný a bezdětný. Informant má zdravotní problémy se srdeční chlopní, zánět slinivky a trpí depresemi. Má doposud neléčenou hepatitidu typu C.

Drogová kariéra: Od 5 let na lékařský předpis Xantedryl jehož součástí byl efedrin, kodein, od 18 let nitrožilně pervitin, od 26 let nitrožilně heroin, od 39 let nitrožilně Subutex na lékařský předpis.

Informant nikdy nepodstoupil léčbu drogové závislosti kromě substituční léčby Subutexem.

Tabulka 1 Základní informace o informantech

	Pohlaví	Věk	Dokončené vzdělání	Děti
1	Žena	43	SŠ - maturita	ANO
2	Žena	34	ZŠ	ANO
3	Žena	49	SŠ – výuční list	ANO
4	Muž	36	ZŠ	NE
5	Muž	36	ZŠ	NE
6	Muž	30	ZŠ	ANO
7	Muž	42	SŠ - maturita	NE
8	Muž	40	SŠ – výuční list	NE
9	Muž	38	SŠ - maturita	NE
10	Muž	51	SŠ - maturita	NE

Zdroj: vlastní výzkum

V této tabulce je základní přehled jednotlivých informantů. Celkový počet tvoří 3 ženy a 7 mužů ve věkovém rozpětí 30 – 51 let. Průměrný věk dotazovaných je 39, 9 let. 4 informanti mají dokončené základní vzdělání, 2 mají dokončené střední vzdělání s výučním listem a 4 mají dokončené střední vzdělání zakončené maturitou. Informant č. 10 má nedokončené vysokoškolské vzdělání.

4 informanti mají děti. Z toho ani jedno z nezletilých dětí není v osobní péči jednotlivých osob. Děti informantky č. 2 jsou v péči biologického otce a jejich matka se s nimi nestýká. Děti informantů č. 3 a 6 jsou v pěstounské péči.

Tabulka 2 Drogová kariéra

IN	První droga	Délka závislosti na Subutexu	Předchozí užívání opiátů	Získávání subutexu
1	Pervitin	2 roky	Ano - tramal	Černý trh
2	THC	14 let	Ano – heroin	SL - předpis
3	Pervitin	3 roky	Ne - pervitin	Černý trh
4	THC	10 let	Ano - heroin	SL - předpis
5	THC	16 let	Ano - heroin	SL - předpis
6	THC	7 let	Ne - pervitin	SL - předpis
7	THC	5 let	Ne - pervitin	Černý trh
8	THC	10 let	Ano - heroin	Černý trh
9	THC	10 let	Ano - heroin	SL - předpis
10	Pervitin	12 let	Ano - heroin	SL - předpis

Zdroj: vlastní výzkum

V tabulce č. 2 je zaznamenána drogová kariéra jednotlivých informantů. V prvním sloupci je uvedena první nelegální droga, kterou jednotlivec užíval na počátku svého drogového experimentování. V druhém sloupci vidíme, jak dlouho v době rozhovorů užívá přípravek Subutex, a zda tomu přecházelo užívání opiátů, což je zobrazeno ve třetím sloupci. V posledním sloupci je uvedeno, odkud Subutex informant užívá, zda má Subutex legálně na lékařský předpis, či nelegálně z černého trhu. 4 z informantů si jsou nuceni obstarávat přípravek nelegální cestou z černého trhu. Zajímavostí je v tomto případě informant č. 6, který nikdy před užíváním Subutexu neužíval žádný z typu opiátů, a přesto je nyní v legální substituční léčbě buprenorfinem. Do substituční léčby se dostal po odjezdu do zahraničí a po návratu si zařídil substituční léčbu v ČR.

Cesta k užívání Subutexu podle jednotlivých informantů

V první části rozhovoru, která je zaměřena především na drogovou kariéru jednotlivých informantů jsem zjišťovala, kdy a jakým způsobem se dostali k užívání substitučního léku Subutex, který by měl být předepisován zásadně na lékařský předpis, a to na základě předchozí závislosti na droze opiátového typu. Jako startovací droga, kterou klienti nejčastěji uváděli, bylo THC, které bylo tak často přestupnou látkou k dalším typům drog.

Výjimku v tomto případě tvoří informantka č. 1, která uvedla jako úplně svou první zkušenost se závislostí ve spojitosti s užíváním léku na předpis opiátového typu (např. Valoron či Tramal) v kombinaci s Neurolem a Rivotrilem. S pervitinem, jakožto nelegální drogou, se setkala až později, kdy se dostala do složité sociální situace, kdy tragicky přišla o syna a později i manžela. Jako důvod užívání Subutexu tato informantka uvádí nelehkou sociální situaci, kdy byla bez domova a byla nucena spolu s druhým synem přespávat na noclehárně či venku a trpěla zimou a nemožností se zahřát. Její první dávku Subutexu jí dal tehdy její syn, který měl Subutex na lékařský předpis.

IN1 - *Tak mi dal 10 čárek a já jsem opravdu byla rozhicovaná, bylo mi teplo, poprvé jsem usínala.*

Informantka č. 3 má zkušenosti s opiáty již od 14 let, v této době si již vypěstovala závislost na injekční aplikaci. Subutex tenkrát dostala od svého kamaráda po tom, co se vrátila z léčení.

IN2 - *Ten byl už taky na subáči, tak mi dal prostě subáč a pak jsem si zařídila doktora.*

Informantka č. 3 neměla předchozí zkušenost s opiáty, byla uživatelkou pervitinu a svou první zkušenost se Subutexem prožila díky svým známým, a to z důvodu nedostupnosti pervitinu.

IN3 - *Pervitin ale pak nebyl, tak jsem dostala subo.*

Informant č. 4 byl před užíváním Subutexu od 15 let dlouholetým uživatelem heroínu. Kvůli finanční náročnosti ceny této drogy přešel díky začínající substituci v K-centru na substituční přípravek. Recepty tak měl legálně předepisované lékařem v tomto zařízení.

IN4 - *Shodou okolností tenkrát přišel do České republiky Subutex a K-centra jak strakonický, tak i písecký tenkrát řekli – pojd'te, vykašlete se na „ejdžovku“, pojd'te, my vám budeme psát Subutexy.*

Informant č. 5 se k užívání Subutexu podle jeho slov dostal přes tzv. „klepky“. Tímto výrazem slangově uživatelé nazývají nejrůznější typy léků. Po této zkušenosti následovalo užívání pervitinu do jeho 20 let, různých druhů opiátů a později se přes své známé dostal k užívání Subutexu.

IN5 - *Zajímavý je, že jsem začal óčkem přes subutex.*

Informant č. 6 má první zkušenost ze Subutexem ze zahraničí, kam odjel se svou partnerkou. Zde se poprvé setkal se substitucí tohoto přípravku a tím, že je hrazen pojišťovnou. Hlavním důvodem, proč přešel na Subutex je podle jeho slov snaha překrýt všechny ostatní závislosti na různých typech drog, které do té doby užíval. Po návratu do ČR si zařídil vlastní substituční léčbu, kterou nadále absolvuje.

IN6 - *Takže jsem si našel něco, co překreje všechny tyhle závislosti, a tím pádem jsem skončil na tom subáci.*

Informant č. 7 se k užívání Subutexu dostal v 27 letech, kdy mu ho nabídl kamarád místo pervitinu. Do té doby žádnou zkušenost s opiáty neměl, byl příležitostným uživatelem pervitinu. Postupně si tak vytvořil na tomto přípravku závislost a je nucen si obstarávat Subutex nelegálně z černého trhu.

IN7 - *Mám to z ulice, z černýho trhu, takže mi v Budějovicích řekli, ať si zařídím substituční program, abych nepodporoval černý trh.*

Informant č. 8 je aktivním uživatelem THC a bývalým uživatelem pervitinu a heroínu. Svoje stavy pod vlivem pervitinu popisuje jako nezvladatelné, kdy mu užívání pervitinu již nedělalo fyzicky a psychicky dobře, proto přešel díky substituční léčbě na Subutex. Ze substituce byl ovšem později sankčně vyřazen, proto si obstarává Subutex na černém trhu. Informant označuje svoje užívání Subutexu jako relaxační.

IN8 - *Ted'kom si dávám sem tam občas letmo. Jednou týdně si dám. Ted' nejsem v substituci, ale chci to dořešit.*

Informant č. 9 byl dlouholetým uživatelem heroínu. Jeho cesta k užívání Subutexu by se dala označit jako klasický model, kdy se jeho závislost na heroínu vymykala kontrole a dostávala informanta do ohrožené zdravotní a sociální situace. Je tak druhým informantem z této skupiny, který prošel klasickou cestou závislosti na opiátech k substituční léčbě.

IN9 - *Vzhledem k tomu, že jsem nechtěl žít na ulici, tak jsem skočil do toho subáče.*

Informant č. 10 byl také dlouholetým uživatelem heroínu, a stejně jako informant č. 9, poté přešel do substituční léčby kvůli ohrožení zdraví a rizikovému způsobu užívání heroínu. Do substituční léčby Subutexem se dostal díky své rodině, které přiznal po návratu domů problémy se závislostí.

IN10 – *Subač jsem získával od paní lékařky, normálně ofiko. Jsem oficiálně hlášený v databázi těchto závisláků ... modrej pruh.*

Kategorie **Cesta k užívání Subutexu** ukazuje přehled jednotlivých informantů a zmapování jejich drogové kariéry, která je přivedla k užívání přípravku Subutex. Důvody, proč nyní užívají Subutex se u jednotlivých informantů liší, přesto zde lze najít určité shody v odpovědích. Jednotlivé důvody jsem proto zaznamenala pomocí kódů, které jsem uvedla do následující tabulky. U informantů č. 2, 9 a 10 bylo důvodem předchozí užívání opiátů. Zároveň ale v tabulce č. 4 můžeme vidět, že první zdroj, od kterého získal informant č. 2, nebyl oficiální na lékařský předpis, nýbrž zdrojem byl někdo z okolí jeho známých. Oficiální zdroj potvrzuje pouze informant č. 9 a 10, kteří tak splňují ideální vzorec pro splnění řádné substituční léčby. Pro splnění řádné substituční léčby je ideálním případem předešlá závislost na opiátovém typu drog a užívání pouze Subutexu z legálního zdroje, kterým je v tom případě Subutex na recept od lékaře.

Tabulka 3 Důvody prvního užití Subutexu

	IN1	IN2	IN3	IN4	IN5	IN6	IN7	IN8	IN9	IN10
Předchozí závislost na opiátu		X							X	X
Vysoká cena heroínu				X	X					
Vysoká cena pervitinu										
Nedostupnost pervitinu			X				X			
Špatný stav na pervitinu								X		
Pocit zimy	X									
Překrytí ostatních závislostí						X				

Zdroj: vlastní výzkum

V této tabulce je uvedeno zdroj prvního získání Subutexu. Nejčastější odpovědi, která se shoduje u 5 informantů, je že svou první dávku Subutexu získali od někoho z okruhu svých známých.

Tabulka 4 Zdroj prvního Subutexu

	IN1	IN2	IN3	IN4	IN5	IN6	IN7	IN8	IN9	IN10
Člen rodiny	X									
Přátelé		X	X	X	X		X			
Substituční léčba či lékař						X		X	X	X

Zdroj: vlastní výzkum

V době rozhovorů, tedy v aktuální situaci, má 6 informantů podle tabulky č. 2 Subutex na lékařský předpis, zbytek je nucen si obstarávat tento přípravek z černého trhu. Zdroje obstarávání mají tak dopad na finanční situaci jednotlivých informantů. Kategorie *Finanční situace uživatelů Subutexu* vznikla v souvislosti s výzkumnou otázkou - *v čem shledávají uživatelé největší problémy spojené se závislostí na Subutexu* a zároveň se vztahuje i k druhé výzkumné otázce - *v čem shledávají největší limity v zapojení do každodenního života*, protože všech 10 informantů uvedlo, že špatná finanční situace vyplývající z užívání Subutexu je ovlivňuje v jejich každodenním fungování a má vliv na jejich životní standard. Z odpovědí informantů bylo vytvořeno několik hlavních kategorií, které jsem graficky znázornila pomocí obrázku č. 1.

V čem shledávají uživatelé největší problémy spojené se závislostí na Subutexu?

Cena Subutexu a finanční situace

Informantka č. 1 si stěžuje na celkově špatnou finanční situaci a dostupnost Subutexu, který je nucena obstarávat si z černého trhu.

IN1 - *Hlavně mi bere to, že věčně na to nejsou peníze. A i když máš třeba peníze, tak se to třeba nedá koupit, protože to není.*

Informantka č. 2 si stěžuje na zvyšující se cenu přípravku. Vyvolává to v ní každodenní stres z toho, zda bude mít na výběr receptu z lékárny. Je tak nucena obstarávat si peníze ve svém okolí a od svých známých a obchodovat se Subutexem na černém trhu.

IN2 - *Nemůžu ráno vstát jako každé jiné, aniž bych nemusela přemýšlet nad tím, jestli mám subáč, nebo nemám subáč, kde ho seženu, kdo mi dá peníze, kde já vezmu peníze na recepty a podobně. Jsou s tím problémy, mám podmínku za prodej.*

Informantka č. 3 jako jediná z dotazovaných neřeší svou finanční situaci ohledně ceny Subutexu, protože Subutex podle jejích slov má jako dárky od svých známých.

IN3 - *Ted' ten subáč mám jako dárky od někoho. Já jsem ty drogy nikdy nekupovala.*

Informant č. 4 si stěžuje na vysokou cenu přípravku Subutexu v ČR oproti jiným zemím v západní Evropě a na to, že v ČR není Subutex proplácen pojišťovnou. Podotýká, že pro něj možná přichází doba, kdy se cenově vyplatí opět heroin. Vysoká cena Subutexu mu tak stěžuje životní standard, a je složité výběry každý měsíc financovat, přestože má práci na plný úvazek. Je proto nucen obchodovat s recepty na černém trhu a nechat si psát u lékaře vyšší množství přípravku.

IN4 - *Jenomže je tak moc drahej, že to jde strašně těžko ufinancovat. Pro mě pro člověka, co pracuju, je to problém. Já, kterej vydělávám peníze, chodím do práce jako normální člověk, mám výplatu jako normální člověk, tak to stejně musím hrát na tu anonymitu, musím to strílet dál. Nechat si psát o to víc, protože potřebuju 5 krabiček pro sebe, tak si musím nechat napsat 10.*

Informant č. 5 si stěžuje na vysokou cenu Subutexu z černého trhu. Tento informant má následkem obchodování s tabletami na černém trhu negativní zkušenost s výkonem trestu odnětí svobody.

IN5 - *Dohromady jsem odseděl 3 roky. Všechno kvůli drogám.*

Informant č. 6 dříve dovážel Subutex ze zahraničí a obchodoval na černém trhu, aby tak zvýšil svůj životní standard. Nyní si v substituční léčbě v ČR stěžuje na vysokou cenu léku a snížení životního standardu, přestože má stejně jako informant č. 4, práci na plný úvazek, která ale nepokrývá všechny životní náklady.

IN6 - *Jednu dobu jsem si pomáhal tím, že jsem to sem přivezl a prodal. Jako přivýdělek to byl dobrej. Ted' to mám tak, že do Francie jezdit je nemožný, když jsem v práci, takže jsem si musel tady najít doktora. Když to srovnám s Francií, kde jsem to dostal a nemusel jsem řešit, kde na to vezmu a mohl jsem řešit jiný věci, jako třeba práci a takhle.*

Informant č. 7 si stěžuje stejně jako informant č. 5 na vysokou cenu na černém trhu. Přesto dává přednost Subutexu před pervitinem, protože Subutexu mu stačí menší množství.

IN7 - *Raději si dávám subáč, protože čtvrtka stojí stovku. Pervitin bych si koupil třeba za 200,- a koupil bych si ho tak málo, že by mi to ani nestačilo.*

Informant č. 8, který také není v substituci, si stěžuje na vysokou cenu na černém trhu. Kvůli pracovní vytíženosti není schopen prý dosáhnout substituce legální cestou.

IN8 - *Svým lékařovi jsem volal, ten na to nemá licenci, a do Preventu já si nemůžu dovolit jezdit, když dláždím.*

Informant č. 9 je ve stresu kvůli neřešitelnosti špatné finanční situace. Informant má velké množství exekucí a není podle jeho slov schopen tuto situaci řešit legální cestou. Nepracuje proto na řádnou pracovní smlouvu a bere práci navíc, aby si mohl zajistit základní životní standard a financovat výběry Subutexu. Přesto se několikrát kvůli špatné finanční situaci ocitl na ulici a nemá tak stálé bydlení.

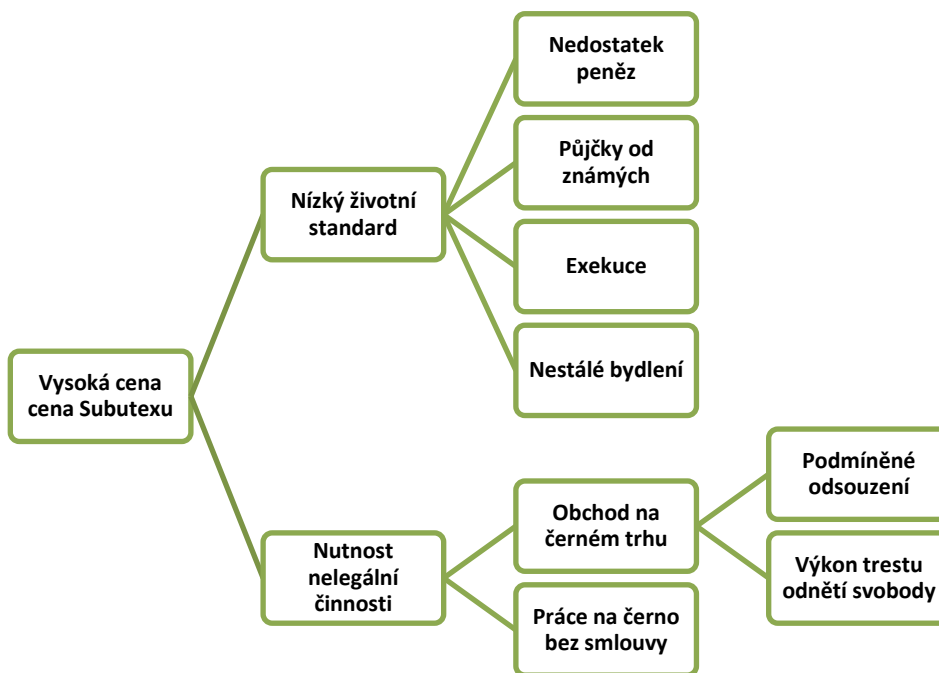
IN9 - *Jde o ty peníze, ta situace je neřešitelná, protože každý feťák má na krku hromadu exekucí a takhle se to nedá utáhnout, ne legální cestou. Nemáš peníze, tak skončíš stejně na ulici.*

Informant č. 10 má jako příjem pouze invalidní důchod ve výši 7 tisíc a náklady na Subutex tvoří 2 tisíce měsíčně. Stěžuje si proto na nízký životní standard, protože další finance ho stojí léky, které musí užívat kvůli zdravotním problémům se srdcem.

IN10 - *Z toho nevyžiješ.*

Jako hlavní problém, který informanti uvádějí v této kategorii, je příliš vysoká cena Subutexu. Pouze jediná informantka, která si na cenu Subutexu nestěžovala je informantka č. 3, která Subutex získává zadarmo jako pozornost od svých známých. Všem ostatním informantům se tak ve spojitosti se špatnou finanční situací a naopak vysokou cenou léčiva snižuje životní standard. V následujícím obrázku č. 1 jsem tak vyznačila vysokou cenu Subutexu jako samostatnou kategorii a jednotlivé kódy, které označují negativní důsledky plynoucí z vysoké ceny Subutexu. Vysoká cena léku má tak dopad na několik životních oblastí. V případě informantky č. 2 má za následek podmíněčné odsouzení jako následek obchodování s léčivem na černém trhu. V případě informanta č. 5 vyústil tento problém k výkonu trestu odnětí svobody. Několik informantů je tak nuceno pod vlivem špatné finanční situace přistoupit k nelegální činnosti. Všechny uvedené kódy jsou tak spolu jistým způsobem ve spojitosti, mají přímý dopad na jedince, a mohou v nejzazším případě vést až k úplnému sociálnímu vyloučení jedince ze společnosti. Tento jev je také jinak nazýván jako sociální exkluze.

Obrázek 1 Negativní důsledky plynoucí z vysoké ceny Subutexu



Zdroj: vlastní výzkum

Další kódy, které se vyskytly ve spojitosti s finanční situací informantů a vysokou cenou Subutexu uvádím samostatně.

- **Subutex neproplácí v ČR pojišťovna**
- **cena Subutexu se neustále zvyšuje**
- **vysoká cena Subutexu na černém trhu**
- **dojíždění pro recepty je finančně náročné**

Tabulka 5 Zdravotní stav

IN	Počet odvykacích léčeb	Prodělání hepatitidy C	Způsob aplikace	Psychické onemocnění
1	0	ANO	Nitrožilně	ANO
2	4	ANO	Nitrožilně	ANO
3	0	ANO	Nitrožilně	NE
4	3	ANO	Nitrožilně	NE
5	3	ANO	Nitrožilně	NE
6	0	ANO	Nitrožilně	NE
7	0	ANO	Nitrožilně	ANO
8	0	ANO	Nitrožilně	NE
9	0	ANO	Nitrožilně	NE
10	0	ANO	Nitrožilně	ANO

Zdroj: vlastní výzkum

V tabulce č. 5 je zaznamenán v prvním sloupci počet léčeb, které informanti za dobu své drogové kariéry podstoupili. Tento počet se netýká substituční léčby Subutexem. Pouze 3 informanti podstoupili léčbu v různých typech léčení zaměřených na léčbu drogové závislosti. V dalším sloupci je uvedeno, zda informant prošel nákazou hepatitidy typu C a jakým způsobem užívá přípravek Subutex. Všech 10 informantů má pozitivní nález tohoto typu žloutenky a všichni užívají Subutex injekčně, namísto doporučeného sublingválního užití tablety. Nitrožilní aplikace Subutexu se považuje za rizikový typ užívání této látky a má tak přímou spojitost s negativními zdravotními dopady.

Tuto kategorii jsem nazvala jako **Zdravotní stav a dopady na uživatele Subutexu.**

Informantka č. 1 uvádí, že kvůli nitrožilní aplikaci Subutexu a sdílení injekční stříkačky se svým synem, onemocněla hepatitidou typu C. Informantka si je vědoma rizikové aplikace, díky které ohrožuje stav svých cév a žil. Zároveň ale přiznává, že má závislost na jehle. Do budoucna by proto chtěla užívat Subutex bezpečnějším způsobem a zbavit se závislosti na injekční aplikaci. V budoucnu má především strach z možných abscesů při špatné injekční aplikaci.

IN1 - *Dneska jsem už chytřejší a chci se toho zbavit po kouskách a budu to cucat konečně. Žádná jehla. Myslím na to, že co bude dál, že budu mít velký záněty, nebo že si můžu dát špatně a ucpe se mi nějaká žíla a můžu dostat infarkt.*

Informantka č. 2 si stěžuje na občasné změny a výkyvy nálad při užívání Subutexu. Také zmínila svou závislost na jehle, kterou získala při užívání heroinu v minulosti. Žádné další zdravotní dopady po užívání Subutexu nepocítuje.

IN2 - *Tady jsou ty nálady vyhroceny. Bud' máš fakt dobrou náladu, nebo pak máš hodně špatnou náladu.*

Informantka č. 3 zmiňuje občasné žaludeční nevolnosti při počátečním užívání Subutexu, které se ale postupně časem zlepšují.

IN3 - *Dneska už z toho tolik nezvracím.*

Informant č. 4 pocítuje zdravotní dopady spíše po psychické stránce. Má zhoršenou náladu, kdy se nechce vídat s ostatními lidmi, komunikovat a uzavírá se sám do sebe. Díky Subutexu se také cítí méně aktivní a upřednostňuje pasivní odpočinek.

IN4 - *Místo abych šel na procházku, tak si radši lehnu k televizi, ať mi každé dá pokoj a nic po mně nechce.*

Informant č. 5 uvádí jako největší problém hepatitidu typu C, u které by rád podstoupil v budoucnosti léčbu, a celkové zhoršení zdravotního stavu. Jako další problém uvádí závislost na jehle, kterou podle něj ale mají všichni uživatelé Subutexu a neinjekčně si podle něj aplikují pouze ti, co mají žíly již natolik ve špatném stavu, že nejsou schopni. Informant ale zároveň uvádí, že stav jeho žil je natolik ve špatném stavu, že je nucen si nechat aplikovat pomocí důvěryhodné osoby do žil na krku.

IN5 - *Ted'ka nemít krční žíly, tak si taky už nešlehám. Prostě už jsem odkázanej na lidi.*

Informant č. 6 pocítuje celkové zhoršení zdravotního stavu, především v rámci zhoršení stavu zubů. Jako počáteční zdravotní problémy uvádí stejně jako informantka č. 3 problémy se zvracením po požití Subutexu. Také uvádí problém spojený se závislostí na jehle.

IN6 - *Co se týče zubů, ty se mi rozpadaj, to není dobrý úplně. Za poslední rok jsem přišel o 6 zubů.*

Informant č. 7 uvádí sníženou aktivitu při užívání Subutexu a jeho negativní vliv na sportovní výkony. Před pravidelným užíváním se cítil v lepší sportovní kondici. Dále má také pocit, že Subutex měl negativní vliv na zdravotní stav prostaty.

IN7 - *Ze sportu ... na plavání potřebuješ pravidelnost dechu a ty drogy ti to počítání naruší, takže se víckrát nalokáš. Není to jako za střízlivého stavu, kdy plaveš uvolněně a pravidelně dýcháš.*

Informant č. 8 přiznává závislost na jehle a problém se zhoršeným stavem žil. Jeho energie se postupně prý zlepšila po pravidelném užívání Subutexu, a nyní nepocituje žádné další zdravotní dopady ani v psychické oblasti.

IN8 - *Bere mi to žíly a dává mi to závislost na jehle.*

Informant č. 9 uvádí jako zdravotní problém závislost na jehle.

IN9 - *Jsem závislej na jehle, s tím mám v létě problém.*

Informant č. 10 přiznává rizikovou aplikaci jehlou, důsledkem čehož pocituje zhoršení stavu cév a žil.

IN10 - *Protože to nikdy nepřefiltruješ tak, abys to měl úplně čistý. Ono to prakticky nejde. Takže mě počítám, čeká bypass tady pod kolenem. Už teď na tu levou nohu napadám.*

V následujícím obrázku č. 2 jsou pomocí diagramu zaznamenány v rámci kódů nejčastější negativní zdravotní dopady, s kterými se uživatelé Subutexu setkávají. Největší dopad na jejich zdravotní stav má riziková nitrožilní aplikace Subutexu. Tento typ rizikové aplikace se tak pojí se 4 z 6 následujících zdravotních problémů.

- **hepatitida typu C**
- **závislost na jehle**
- **zhoršený stav žil a cév**
- **abscesy**

Obrázek 2 Nejčastější zdravotní dopady



Zdroj: vlastní výzkum

Další zdravotní dopady, které informanti uvedli:

- **snížení sportovního výkonu**
- **snížená aktivita v každodenních činnostech**
- **zhoršení nálady a komunikace s okolím**
- **zhoršený stav zubů**

Ve spojitosti se zdravotním stavem a negativními dopady informanti často mluvili o problémových stavech při abstinčních příznacích. Následující část je proto věnována kategorii s názvem **stav při abstinčním syndromu a překážky v abstinenci a léčbě**. Tyto kategorie se pojí s výzkumnou otázkou - **v čem shledávají uživatelé největší problémy spojené se závislostí na Subutexu**. Informanti se v tomto tématu vyjadřovali k problémům náročnosti abstinence od tohoto přípravku a důsledky toho, když nemají Subutex k dispozici. V první části jsou uvedeny nejčastější problémy spojené s abstinčním stavem v kategorii s názvem **Stav při abstinčním syndromu**.

Stav při abstinčním syndromu

Informantka č. 1 zmiňuje ve spojitosti s abstinčním syndromem zvýšenou únavu a potřebu spánku, a naopak sníženou aktivitu v každodenních aktivitách a při pracovním výkonu. Při tomto stavu pociťuje nechuť komunikovat se svým partnerem a okolím.

IN1 - *Když máš abstáák, tak nemáš náladu se s tím druhým bavit se tak, jak by ses bavila na tom Subutexu, i v tom vztahu je to znát, že jsme spíš sami do sebe uzavřeni.*

Informantka č. 2 má při abstáku pocit, že jí nikdo nerozumí a je jí fyzicky špatně.

IN2 - *Já když mám abstáák, tak mi nerozumí, je mi blbě.*

Informant č. 4 uvádí, že abstinence od Subutexu je mnohem horší než jeho dřívější zkušenost s abstinencí od heroinu.

IN4 - *A když se snažíš odabstinovat, tak říkám, první 2 dny se dají vydržet a třetí den přijde takovej abstáák, kam se na to sere celej herák.*

Informant č. 5 uvádí, že při abstinčním syndrom zažívá tak špatný fyzický stav, kdy je mu všechno jedno a napadají ho myšlenky na sebevraždu.

IN5 - *Mě to dává fakt zabrat, kdybych měl třeba v kriminále po 14 dnech abstinence subutexu někde u sebe žiletku tak se podříznu.*

Informant č. 6 nejhorší stav pociťuje v práci, kdy je v tomto stavu nepříjemný na své okolí.

IN6 - *Když přijde nějaký ten abstáák v práci, tak jsem i nervní na ostatní lidi a tak.*

Informant č. 7 při tomto stavu postrádá energii na každodenní aktivity a sport. Několik dní vůbec nefunguje a pociťuje silnou fyzickou nevolnost.

IN7 - Já když z toho tejden vylejzám tak mi trvá 3 dny, než se hodím zase do normálu.

Informant č. 8 si stěžuje na problémy s nespavostí a zvýšení dávek alkoholu a jiných typů drog.

IN8 - Nejhorší je ta nespavost. Kroutíš se hodinu tak, hodinu ležíš tak, hodinu tak. Pak na chvíli usneš takovým mikrospánkem.

Informant č. 9 nezmiňuje zhoršený stav, pouze uvádí to, že pokud si Subutex nedá, nemůže jít do práce.

IN9 - Když si to nedám, nepůjdu do práce.

Informant č. 10 se vyjadřuje, že bez Subutexu je „totálně v koncích“.

IN10 - Když mi to dojde, tak jsem úplně v prdeli.

Nejčastější negativní jevy při abstinčním syndromu uživatelů Subutexu

- **fyzická nevolnost a bolesti**
- **zvýšená únava x snížená aktivita v každodenních činnostech**
- **problémy ve vztazích a v komunikaci s okolím, v práci či s partnerem**
- **problémy se spánkem**
- **neschopnost jít do zaměstnání**
- **horší abstinční syndrom než při užívání heroinu**
- **sebevražedné myšlenky**
- **zvýšení dávek alkoholu a dalších náhražek za Subutex**

Z odpovědí informantů je patrné, že abstinční syndrom nemá negativní dopad pouze na samotného uživatele Subutexu, ale i na jeho okolí a vztahy. Např. informantka č. 1 mluvila o svém vztahu s přítelem, se kterým má v takové chvíli narušený vztah a komunikaci. Také informant č. 6 pociťuje negativní dopady v práci, kdy mu špatný stav při abstinčním syndromu narušuje fungování a komunikaci s jeho kolegy. Závislost na Subutexu a stav při abstinčním syndromu má tak přímý negativní dopad na jednotlivé informanty v širším kontextu.

Překážky v abstinenci a léčbě

Informantka č. 2 prozradila, že byla již na několika léčbách drogové závislosti, které ale nebyly úspěšné. Pouze po první léčbě, kdy absolvovala detox, léčbu a následnou doléčovací léčbu, dokázala poté rok abstinovat. Poté se ovšem vrátila k užívání Subutexu a nyní již nevěří v úspěch léčby.

IN2 - *Ty víš, že jsem byla na X léčení, které se už dávno miji účinkem.*

Informantka č. 3 také absolvovala několik léčeb, které byly ovšem neúspěšné a vždy se vrátila k užívání drog. Její pocity jsou nyní takové, že jí žádná léčba již nedokáže pomoci a abstinovat nedokáže.

IN3 - *Měla bych úplně abstinovat, jenomže já to nedokážu. Léčba mi nepomůže už.*

Informant č. 4 po 8 letech užívání Subutexu zjistil, že nedokáže abstinovat. Uvádí, že mnohem jednodušší bylo dostat se z drogové závislosti na heroinu. Má za sebou dva neúspěšné pokusy o léčbu v zařízeních, které se specializují na léčbu drogové závislosti, a třikrát se neúspěšně pokusil o samoléčbu doma. Má také obavy o svůj život při abstinenci. Sám nikdy prý nepoznal člověka, kterému by se podařilo úplně vyabstinovat ze Subutexu. Podle jeho názoru nemá již šanci na uzdravu.

IN4 - *Už ho беру tak dlouho, že ho budu brát asi do konce života, že už to nezvládnou odabstinovat. Už jsem vyzkoušel všechny možnosti, že už u mě není šance nějak přestat.*

Pro informanta č. 5 byla abstinence velkým tématem z důvodu brzkého nástupu do výkonu trestu. Tomuto tématu proto věnoval velký prostor. I podle tohoto informanta je nemožné trvale vyabstinovat ze Subutexu, protože stejně jako informant č. 4 nezná nikoho ve svém okolí, komu by se to povedlo. Abstinence od Subutexu je podle něj velice časově náročná oproti heroinu a jiným typům opiátu. Spolu s fyzickou bolestí poukazuje i na zhoršenou psychickou stránku. Podle informanta lze vyabstinovat pouze ve vězení.

IN5 - *Subutex je největší hajzlovina a sračka, kdo kdy vymyslel, protože z toho nejde jen tak vyabstinovat jako z heráku, jako z morfinu nebo braunu.*

Informant č. 6 shledává největším problémem nejen fyzickou závislost ale i psychickou závislost na jehle. Dalším problémem pro něj je jeho blok v hlavě a to, že se bez cizí pomoci nedokáže z této závislosti dostat. Stejně jako předchozí informanti zmiňuje náročnost abstinence Subutexu oproti heroinu a pervitinu.

IN6 - *Tohle je opravdu to nejhorší svinstvo, ze kterého se dostat nejde.*

Informant č. 8 tvrdí, že se ze závislosti již několikrát dostal svépomocí i přes velké útrapy, které tento proces provázely.

IN8 - *Já už jsem se z toho dostal kolikrát ze Subutexu jako. I když to bylo strašný trápení.*

Informant č. 9 pokus o abstinenci do budoucna vůbec neplánuje. Nemá k tomu nyní žádný důvod ani motivaci. Je si jistý, že by tuto závislost nahradil stejně jinou závislostí. Jako největší překážku uvádí silnou závislost na nitrožilní aplikaci.

IN9 - *Když je feťák závislej na jehle, tak je to na celý život. Takhle to mám prostě a žiju s tím roky. To se asi nepředělá.*

Stejně tak informant č. 10 do budoucna abstinenci ani léčbu neplánuje.

IN10 - *A já jsem zjistil, že to je úplně finální stanice, že tam za to vlak nejede, že to je to udělaný pro lidi, který nemají už jinou šanci.*

Nejčastější problémy spojené s abstinencí a léčbou

- **léčba byla neúspěšná a již nevěří v další pokus**
- **sám nedokáže abstinovat**
- **Subutex je těžší a zdlouhavější vyabstinovat než jiný druh opiátu**
- **neznají nikoho ve svém okolí, komu se to povedlo**
- **závislost na jehle**

Nejčastějším jevem, který informanti uváděli jako překážku spojenou s úspěšnou abstinencí, bylo několik neúspěšných pokusů o léčbu, ať již v některém typu zařízení nebo samoléčbou. Z tohoto důvodu tito informanti již nevěří v další úspěchy v pokusech o léčbu závislosti na Subutexu a pociťují v tomto ohledu demotivaci. Dalším důvodem, který se vyskytl u tří informantů, je ten, že neznají osobně nikoho ve svém okolí, komu by se podařilo vyabstinovat ze Subutexu.

Tím se u nich ještě více snižuje motivace se o to nadále vůbec pokoušet. Někteří z nich si proto myslí, že již nemají reálnou šanci se z této závislosti někdy vůbec dostat a považují Subutex za nejvíce návykovou látku, se kterou se kdy setkali.

Zde uvádím zbytek méně častých důvodů v nemožnosti abstinovat, které uvedl zbytek informantů.

- **nemá důvod či motivaci abstinovat**
- **substituční léčba je pro ty, co už nemají další šanci**
- **strach o život při abstinenci**
- **vyabstinovat lze pouze ve výkonu trestu odnětí svobody**

Výzkumná otázka č. 2. - v čem uživatelé Subutexu cítí největší limity v zapojení do každodenního života?

Ve vztahu k výzkumné otázce č. 2 byly vytvořeny následující kategorie:

- **stigmatizace**
- **vztahy a rodina**
- **pracovní život a vliv Subutexu**
- **pomoc a přístup pomáhajících organizací**

Stigmatizace

Informantka č. 2 pociťuje největší stigmatizaci a odsuzování z přístupu ostatních organizací a institucí, do kterých dochází. Největší negativní dopady pociťuje při jednáním s OSPODem ohledně péče o její děti. Podle názoru informantky nikdo z těchto organizací nechápe, že substituční náhrada Subutexem spadá do jedné z forem léčby drogové závislosti.

IN2 – *Netoleruji to, že jsem v léčbě, mám to prostě medikovaný. Ale já se léčím, a oni mě chtějí zavřít někam do pakárny.*

Informant č. 4 klade v osobním životě velký důraz na anonymitu ohledně užívání tohoto přípravku především v pracovní oblasti, protože se již v minulosti setkal s nepochopením a odsouzením ve své rodině i od svých známých.

IN4 - *Proč bereš prášky, když jsi zdravěj? Není důvod brát prášky, když je člověk zdravěj, natož si píchat něco. Proč si něco pícháš, když jsi zdravěj. Normální člověk to nedělá, to dělaj akorát feťáci. Ale když nechceš bejt odsouzená okolím, tak ho musíš zatajit okolí.*

Informant č. 5 se také potkal s nepochopením v rodině. Proto musel svému otci tajit, jak si Subutex vlastně aplikuje, a zatajil podstatu a důvod užívání tohoto léčiva.

IN5 - *On mi to ze začátku i kupoval, protože já jsem mu nakecal, že to jsou prášky proti drogám.*

U informanta č. 6 byla stigmatizace a odsouzení společnosti velkým tématem. Pocit stigmatizace pociťuje ze širšího okolí, dokonce i od předchozího předepisujícího lékaře. Z toho důvodu k němu přestal docházet a našel si jiného. Zmiňuje se také o kulturním rozdílu vnímání lidí užívajících Subutex tady v ČR oproti zahraničí. *Ve Francii si tohle nikdo nedovolí, tam tě berou jako nemocného člověka, který se z tý svojí nemoci potřebuje nějak vyléčit a léčí se zrovna tím blbým subáčem.* Veliké problémy spojené s nepochopením a odsuzováním pociťuje také v práci, kde se ostatní dozvěděli, že prochází substituční léčbou.

IN6 - *Jak mám těm lidem vysvětlovat, že to neberu proto, že bych to brát chtěl, že bych se zmašťoval, já to beru, protože to brát musím, abych byl schopnej fungovat a nějakým způsobem se z toho všeho nějak dostával.*

Informant č. 7 se dostává do problémů spojených se stigmatizací a odsuzováním kvůli lidem, se kterými se stýká. Jsou to totiž především lidi užívající také Subutex či jiné návykové látky.

IN7 - *Furt jsi mezi těma samýma lidma, jsou to většinou zlodějové a grázlové, jsem tak zařazenej mezi feťáky.*

Informant č. 10 bydlí v malé vesnici, kde se lidi navzájem znají, a proto pociťuje veliké stigma ve společnosti, které mu ostatní dávají negativně najevo.

IN10 - *Problém je v tom, že v týhleť naší prdeli to o mně ví každej, že si píchám, a je mraky lidí, který mě odsuzujou.*

V kategorii **stigmatizace** vznikly po rozkódování jednotlivých rozhovorů následující nejčastější problémy spojené se stigmatizací člověka užívajícího Subutex, ať již na lékařský předpis, či nelegální cestou.

- **odsouzení a nepochopení ze strany rodiny, přátel a známých a širšího okolí**
- **nepochopení a negativní předsudky ze stran pomáhajících organizací a institucí**
- **vnímání kulturního rozdílu a pojetí substituční léčby mimo ČR**

Vztahy a rodina

Kategorie **vztahy a rodina** vznikla na základě jednotlivých souvisejících kódů na téma rodinných, partnerských či přátelských vztahů v souvislosti s užíváním a závislostí na Subutexu. Tato kategorie reaguje na druhou výzkumnou otázku – v čem cítí největší limity v zapojení do každodenního života.

Informantka č. 2 nejvíce pociťuje omezení v intimním životě po sexuální stránce.

IN1 - *Třeba přítele to omezuje a většinu chlapů taky.*

Informantce č. 2 byly odebrány po narození děti kvůli drogové závislosti. Děti jsou nyní v kojeneckém ústavu a její možnosti, jak se s nimi vidět, jsou velice omezené. Musí podstupovat pravidelné testování na návykové látky.

IN2 - *Momentálně mě to nejvíc zasáhlo, protože mám dvojčátka a nemůžu je mít u sebe. Já mám zítra jet do Klokánku řešit, co bude s dětma a teď jsem měla absták, takže jsem si dala Subutex a teď kdybych šla na testy, tak tam budu mít opiát.*

Informantka č. 3 uvádí, že si kvůli své závislosti na Subutexu nemůže najít stálého partnera. Má pocit, že kdyby potkala ve svém životě vhodného muže, pomohlo by jí to dostat se ze své složité sociální situace a žít tak normální život. Podle jejího vyjádření se pohybuje ve stejném okruhu lidí, kteří stejně jako ona bojují se závislostí na různých návykových látkách.

IN3 - *Mě by z toho nějaký normální vztah vytáhl, ale já mám lidi kolem sebe, s kterými nejde mít normální vztah. Dva závislí spolu nemůžou být a je to jedno, jestli jsou to drogy nebo je to alkohol.*

Informant č. 4 pociťuje veliké zklamání z přístupu a netolerance jeho rodiny, se kterou není v kontaktu z důvodu jeho závislosti na návykových látkách a užívání Subutexu. Pokažené vztahy s rodinou se mu nikdy již nepodařilo napravit. *U mě byl jenom náznak, že bych mohl brát drogy a s celou rodinou byl konec, u nás se tohle určitě netolerovalo.*

Omezení pociťuje také v přátelských i partnerských vztazích. Má pocit, že kvůli užívání Subutexu je nemožné nalézt vhodnou partnerku, a že uživatele Subutexu nebude nikdo chtít. Pouze taková, která bude také drogovou uživatelkou.

IN4 - *Můžeš chodit jenom s člověkem, co taky bere. Jsem zrovna nedávno nad tím přemýšlel, jaký lidi okolo sebe mám. To nejsou žádní kamarádi. Možná i nějaké sociální odloučení to přináší.*

Informantovi č. 5 zasahuje užívání Subutexu do všech vztahových rovin. Má pocit, že kvůli své závislosti je nucen lhát svému okolí a zároveň ztratil důvěru ke všem lidem ve svém okolí.

IN5 - *Zničilo mi to veškerý vztahy. Rodinný i kamarádský i vztahový s partnerem. Veškerý vztahy, veškerou důvěru ke komukoliv.*

Informant č. 6 je již dlouhou dobu kvůli své drogové závislosti bez kontaktu s rodinou. V tomto ohledu cítí křivdu a nechápe důvody své rodiny.

IN6 - *Oni mě odsoudili, aniž by věděli opravdovou pravdu všeho, tak mě prostě odsoudila většina rodiny.*

Také informant č. 7 není v kontaktu se svou rodinou. Již od 17 let se s nimi podle jeho slov raději nevidá, nechce je prý zatěžovat. Sociální izolaci pociťuje i v širším kontextu mezilidských vztahů a fungování ve společnosti.

IN7 - *Jsem zařazený mezi feťáky, nemám ženu, nemám rodinu, děti. Nejsem společensky zařazený mezi normální lidi. Myslím si, že kdybych byl zdravější, tak mám normálně rodinu a děti.*

Informant č. 8 se zmiňuje o spoluzávislosti v jeho předchozím vztahu. Závislost jeho předešlé partnerky měla zásadní vliv i na jeho množství užívání.

IN8 - *To jsem zjistil, ne že bych já táhl ji do toho, to ona táhla mě. Na 80% ten subáč přestal, co jsem od H. pryč.*

V mezilidských vztazích pociťuje zúžený okruh svých známých, se kterými se vídá.

IN8 - *Většinou za mnou chodí lidi, který něco trápí. Většinou jsou to lidi, co berou subutex.*

Informant č. 9 má pocit, že díky užívání Subutexu nezapadá do většinové společnosti a nedokáže se společnosti okolo něj přizpůsobit. Cítí se tak sociálně vyloučen ze sociálního systému. *Když prostě chci žít normální život, chodit do práce a přizpůsobit se té společnosti a tomu systému, tak to prostě nejde.*

V partnerských vztazích zažívá neúspěch a odmítání žen. Má pocit, že nedokáže navázat zdravý partnerský vztah. Jeho zkušenosti se týkají především žen, které měly stejně jako on zkušenosti s drogovou závislostí.

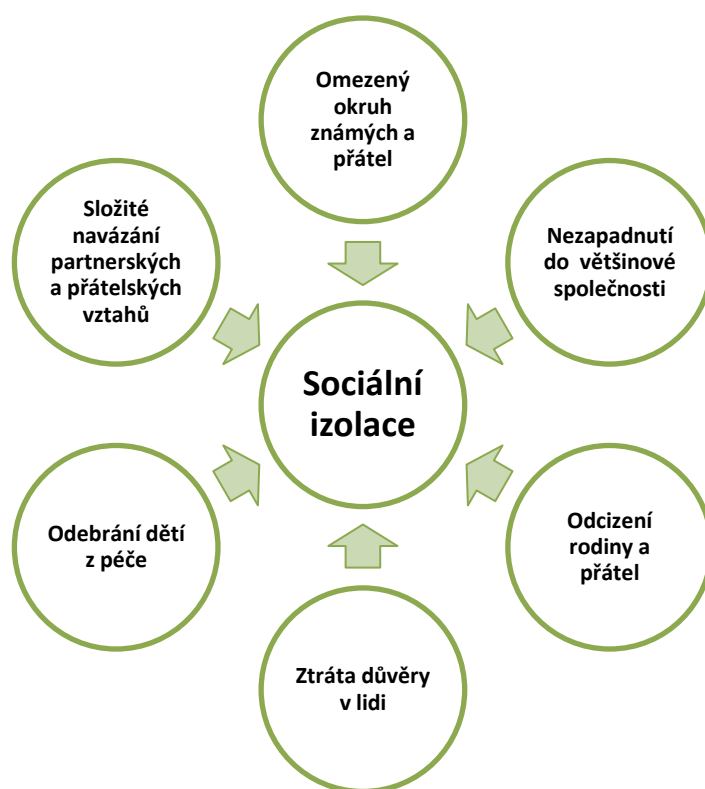
IN9 - *Jenomže, kdo si mě vezme s touhle zátěží, že jo. Nikdo se mnou nebude žít na týhle úrovni.*

Pouze klient č. 10 vnímá užívání Subutexu jako pozitivní jev v souvislosti s lidskými vztahy a komunikací. Pomáhá mu v lepší komunikaci s okolím a integraci do společnosti.

IN10 - *Jsem asociální člověk a toto mi pomáhá být aspoň trošku komunikativní a začlenit se do společnosti.*

V kategorii rodina a vztahy se po kódování rozhovorů v této oblasti vyskytly různé sociální jevy, které jednotliví informanti uváděli jako překážky, či problémy spojené se vztahy, ať už s rodinou, partnery, přáteli či nejbližším sociálním okolím. Jednotlivé kódy jsem zobrazila v obrázku č. 3. Všechny kódy mají přímou spojitost a následek v podobě sociální izolace člověka, která má tak přímý negativní dopad na jeho každodenní život a fungování ve společnosti. Přímou pojem *sociální odloučení* použil ve svém vyprávění informant č. 4. Jako jediný, který v této oblasti vnímá pozitivní změnu, je informant č. 10, kterému podle jeho sdělení Subutex pomáhá v zapojení se do společnosti a zlepšení komunikace se sociálním okolím.

Obrázek 3 Sociální izolace



Zdroj: vlastní výzkum

Za pozornost také stojí méně časté kódy informantů. Např. informantka č. 1 se zmínila o vlivu Subutexu na její sexuální život s partnerem. Její partner pocíťuje po pravidelném užívání Subutexu omezení po sexuální stránce. Má to tak přímý negativní dopad v jejich partnerském sexuálním životě. Informantka č. 3 se zmiňuje o složitosti navázat normální partnerský vztah, který je zahrnut v obrázku č. 3, ale zároveň poukazuje na problém v případě, kdy jsou partneři oba závislí na návykové látce. Takový vztah podle ní nemůže fungovat. O spoluzávislosti v partnerském vztahu se vyjadřuje i informant č. 8, který naopak pocítil zlepšení ve svém životě ve chvíli, kdy opustil svou závislou partnerku. Naopak informant č. 4 tvrdí, že v partnerství to může fungovat pouze tak, že jsou oba partneři uživateli návykových látek.

Zbylé vyskytující se kódy:

- **spoluzávislost ve vztahu**
- **omezení v sexuálním životě**

Pracovní život a vliv Subutexu

V kategorii pracovní život se vyjádřilo 5 informantů, kteří jsou v pracovním poměru. Informant č. 2, 3, 5 jsou v době rozhovorů bez zaměstnání a informanti č. 7 a 10 pobírají invalidní důchod. Z tohoto důvodu se všech pěti zbylých informantů tato kategorie vůbec nedotýká, a neměli tak potřebu se k tomuto tématu více vyjadřovat, či toto téma vůbec otevírat. Jediný informant č. 8 ve spojitosti vlivu Subutexu na pracovní život nepocituje žádné omezení či negativní dopady.

Informantka č. 1 uvádí, že bez Subutexu nedokáže v práci normálně fungovat.

IN1 - *Měla jsem samozřejmě práci a bez toho Subutexu jsem nedokázala fungovat, prostě to nešlo.*

IN2 – Bez zaměstnání

IN3 – Bez zaměstnání

Informant č. 4 pocituje špatné svědomí vůči svému zaměstnavateli, když musí lhát o tom, proč a na co potřebuje v práci dovolenou. Ve skutečnosti potřebuje volno na to, aby mohl navštívit lékaře, který mu předepisuje Subutex a následně vyzvednout přípravek z lékárny. *Takže vymejšlení u zaměstnavatele, proč se musím vrátit do Čech a takovýchle věci.* Nemožnost vybírání volna tak považuje za překážku, se kterou se v práci často setkává. Také má strach z následků, pokud si bude často žádat o dovolenou. *Jak dlouho ti to bude zaměstnavatel trpět, že každý úterý chybíš? Závislost na Subutexu a nutnost jeho užívání tak tohoto informanta ovlivňuje velkou měrou. Co se týče práce – práci si musíš zařídit podle ska, ne sko podle práce.* Informant také zmiňuje možnost úrazu při výkonu práce pod vlivem Subutexu. *Když máš nebezpečnou práci, tak je to i nebezpečný.* V neposlední řadě uvádí nemožnost jít bez Subutexu vůbec do práce.

IN4 - *To Sko ráno prostě mít musíš. Nemůžeš jít do práce bez ničeho, to nejde.*

IN5 – Bez zaměstnání

Informant č. 6 také zmiňuje nemožnost nástupu do práce bez Subutexu. Bez každodenního užití by podle jeho slov nezvládl zátěž v práci.

IN6 - *Bez subáce není člověk schopnej vstát z postele, jít do práce a fungovat.*

IN7 – V invalidním důchodu.

Informant č. 8 se nevyjadřuje v žádném negativním směru ohledně Subutexu ve spojitosti s prací.

IN8 - *Já prostě sbalím saky paky a práce musí bejt, do práce se musí prostě. Subutex nesubutex.*

Informant č. 9 si stěžuje na nutnost přijímat a vykonávat více práce, aby si mohl dovolit financovat své užívání Subutexu. *Stejně musím o víkendu ještě jezdit na melouch, abych si to mohl dovolit.* Stejně jako několik předchozích informantů si nedovede představit nástup do práce bez užití Subutexu.

IN9 - *Když si to nedám, nepůjdu do práce.*

IN10 – v invalidním důchodu.

4 informanti, kteří se v této kategorii vyjadřovali, uvedli, že nejsou schopni bez Subutexu vůbec jít do zaměstnání, popř. nejsou schopni podat maximální výkon. Závislost na Subutexu a nutnost jeho užívání je tak hlavním limitem v pracovním životě dotazovaných.

- **bez Subutexu nelze jít do práce**

Další překážky a limity v práci kvůli Subutexu podle informantů:

- **nutnost častého volna kvůli dojíždění pro recepty Subutexu**
- **nemožnost jezdit kvůli Subutexu k lékaři a vybírat recept na Subutex v lékárně**
- **výčitky svědomí kvůli lhaní zaměstnavateli**
- **strach ze ztráty zaměstnání kvůli časté absenci**
- **nutnost přijímání většího počtu pracovních zakázek kvůli financování Subutexu**
- **nebezpečí v práci a možnost úrazu**

Pomoc a přístup pomáhajících organizací a institucí

V této kategorii, se informantka č. 2 jako jediná vyjádřila k jinému tématu, než substituční léčbě. Zbýlých 6 informantů se vyjádřilo k nejčastějším překážkám a problémům spojených se substituční léčbou. Vznikly tak následující důvody limitů v každodenním životě ve spojitosti se substituční léčbou a užíváním Subutexu.

- **substituční léčba Subutexem jako překážka při péči o děti**
- **substituční léčba a její nedostatečná koordinace**
- **nemožnost dojíždět kvůli pracovní vytíženosti do substitučního centra a k lékaři**
- **Subutex jako největší omyl lékařů a jeho snadná dostupnost**

Informantka č. 2 pociťuje největší problémy při jednání s úřady, které mají na starosti řešení svěřených dětí do její vlastní péče. *Nemůžu je mít u sebe, protože je tady debilní sociálka.* Jako největší omezení uvádí jejich přístup k její vlastní osobě. *Cítím to nejvíc na přístupu tady těch organizací. Netolerují to, že jsem v léčbě. Co se týká Písku, co tady řeším s tím OSPODem, tak to nedokážou pochopit.*

IN2 - *Oni mě neviděli, neznaj mě a první co řeknou je, ať jdu na léčbu.*

Informant č. 4 pociťuje největší překážky ve spojitosti se substituční léčbou, jehož cílem podle jeho slov je začlenění člověka do funkčního sociálního systému. *Když tohle člověk udělá, tak stejně ten systém tomu člověku i když pracuje, tak hází klacky pod nohy.* Jako největší omezení uvádí nemožnost jezdit pravidelně pro lékařský předpis Subutexu kvůli pracovní vytíženosti. *Jenže já pracuju a nevím, kde za týden budu, kde a v jaký zemi.*

IN4 - *Ale jak říkám, lidi který pracujou, tak si nemůžou brát každej tejdén volno a běhat v Budějovicích k doktorce.*

Informant č. 5 považuje celý smysl substituční léčby a Subutexu za největší problém a omyl svého života. *Jsem na ulici díky Sku, kterej je na předpis, kterej by měl bejt jakoby náhražka, sociálně zařaditelný do systému a tak. Přitom to tak vůbec není.* Chtěl by proto v budoucnu nastoupit na klasickou léčbu drogové závislosti. *Právě proto jdu do léčebny, že doufám, že mě tam psychicky podrží.* Jako důvod své závislosti uvádí příliš snadnou dostupnost na lékařský předpis.

IN5 – *Sko ničí lidi a je největší omyl těch doktorů a lidí, co to vymysleli. Největší omyl a přešlap. Každý skončí na tom subáči, protože ten je nejvíc dostupnej, v Praze ti ho napíše každý.*

Informant č. 6 pocítuje stejně jako informant č. 5 problémy s dojížděním k lékaři pro recept Subutexu kvůli pracovní vyčerpání. *Ještě se mu vymlouvám, že jsem musel kvůli práci přijet ten den a ne ten druhý. On mi nebyl schopný ulevit ani kvůli té práci. Prostě nechápal. Odborníka tady hledáš těžko, a když už ho najdeš tamhle v Budějovicích, tak má taková pravidla, že tam musíš přijet v určitou hodinu v pondělí, jinak mě tam vyškrtnou.* Oproti informantovi č. 5 cítí zamezení přístupu k substituční léčbě. Jasným důvodem je to, že informant č. 5 nepracuje a má tak oproti tomuto informantovi dostatek volného času pro vyřizování těchto záležitostí. Nejvíce informanta mrzí přístup substituční léčby, která tak nebere v potaz možnosti pracujícího člověka.

IN6 - *Každý člověk je individuální ... takže nějaký kompromis pro toho člověka. Že když vidí, že tamhle člověk pořád dře, protože musí zaplatit insolvenční a bydlení, tak mu přece nebudou podrážet nohy.*

Podobnou situaci v případě substituce sdílí i informant č. 8, kterému nemůže předepsat Subutex jeho lékař z důvodu oprávnění a licence.

IN8 - *Svému lékaři jsem volal, ten na to nemá licenci, a do Preventu já si nemůžu dovolit jezdit, když dláždím.*

Stejně tak i informant č. 9 shledává problémy v substituční léčbě, která je podle jeho slov nedostatečná. Chybí mu více sociální podpory a koordinované péče. *Aby to nebyl furt jenom byznys. Tento informant již neví na koho se obrátit a jak řešit své finanční problémy v podobě velkého počtu exekucí. Jak jde o ty feťáky, jak jde o ten první krok, ta pomocná ruka, to je dobrý, ale jak potřebuješ nastartovat do toho života, tak tu oporu najednou ztratíš. Nevím na koho se obrátit. Jinak tě nikdo neposlouchá, nikdo s tím nic dělat nebude.* Informant postrádá větší podporu v ostatních aspektech a problémech spojených se závislostí.

IN9 - *A ta pomoc je o tom, že jakože lidem pomůžou, tak už to měli dotáhnout, aby to fungovalo, a aby to k něčemu bylo. Ne, aby to museli prodávat, aby kvůli tomu museli krást, a stejně se z té ulice nezvednou, takže je to úplně o ničem.*

5. Diskuze

Tato práce a její výzkum je zaměřena na uživatele Subutexu, přípravku na lékařský předpis, který je využíván v substituční léčbě drogové závislosti. Tato substituce by měla u klienta vyplynout ze situace, kdy má jedinec problémy a předchozí zkušenost se závislostí a nadužíváním návykové látky opiátového typu. Rozhovory potřebné k výzkumu byly provedeny s aktivními klienty Kontaktního centra v Písku. Toto nízkoprahové zařízení pracuje s aktivními uživateli drog a bylo proto nejvhodnějším zařízením, kde byla možnost získat dostačující počet vhodných informantů, na základě jejichž odpovědí byl zrealizován tento výzkum.

Cílem tohoto výzkumu bylo zmapovat především sociální a zdravotní situaci jednotlivých informantů, tj. aktivních uživatelů přípravků Subutex, a zjistit jeho největší negativní dopad v oblastech jejich života. Ke zjištění těchto poznatků byly vytvořeny dvě hlavní výzkumné otázky. ***V čem shledávají uživatelé největší problémy spojené se závislostí na Subutexu a v čem cítí největší limity v zapojení do každodenního života.***

Tato část práce je zaměřena na porovnání získaných poznatků s názory odborníků v oblasti závislostí a drogové politiky a odbornou literaturou vztahující se k tématu.

Výzkumná otázka č. 1 – V čem pocítují uživatelé největší problémy spojené se závislostí na Subutexu.

V tabulce č. 1 a 2 je zobrazen základní přehled informantů, jejich věk, vzdělání, informace o počtu dětí, typ první a zároveň předchozí užívané drogy před užíváním Subutexu a informace o tom, z jakého zdroje získávají Subutex. Zda je na předpis od lékaře, či ho získávají svépomocí z černého trhu, což je nelegální způsob získávání tohoto léku. V oblasti substituční léčby je z farmak dostupných pro ČR registrovaný pouze metadon ve formě roztoku a dále buprenorfin ve formě tablet (Minařík, Kmoch, 2015). Podle těchto autorů je substituční léčba vhodná především v případě, kdy klient není motivovaný ke klasické odvykací léčbě. V této oblasti považují motivaci a motivační rozhovory s uživateli návykových látek za klíčový nástroj ke změně rizikového chování v oblasti nadužívání drog spojeného s rizikovým užíváním. Tento názor se ztotožňuje s názorem odborníka přes motivační rozhovory Soukupa (2014), který motivační rozhovor s klienty považuje za vhodný komunikační přístup, který je zaměřený na hledání a rozvíjení vnitřní motivace uživatele k pozitivní

změně chování. Právě metoda motivačních rozhovorů vznikla v reakci na konfrontační způsoby léčby lidí závislých na návykových látkách a postupně se rozvíjela do dalších klinických oblastí.

Zdravotní dopady

V souvislosti s tabulkou č. 5, kde vidíme, že všech 10 informantů užívá přípravek Subutex nitrožilně místo sublingválního užití, vidíme jeden z největších problémů jednotlivých informantů. Tím je rizikové užívání tohoto přípravku a s tím spojené zdravotní problémy a komplikace jedním z největších dopadů na jedince v oblasti zdraví. Injekční aplikace s sebou přináší závažné negativní zdravotní dopady v podobě hepatitidy C, kterou jako zdravotní komplikaci uvedli všichni informanti. Další negativní zdravotní jevy, které informanti uvedli, se shodují s poškozením somatického zdraví, jak uvádí Vágnerová (2012). Podle ní nitrožilní aplikace vede k devastaci cévního systému, vpichy se mohou změnit v abscesy, dochází ke zničení zubů. Právě největší obavu z abscesů má informantka č. 1 a na špatný stav zubů si stěžoval informant č. 6.

I přes všechna zjevná zdravotní rizika, která s sebou tento rizikový typ užívání přináší, tito uživatelé nadále užívají tímto způsobem z důvodu závislosti na jehle. Toto potvrzuje i autor Orel (2012) s tím, že závislý jedinec pokračuje v užívání látky i přes jasné a zjevné problémy negativních důsledků. Důvody a motivace uživatelů k aplikování jehlou místo doporučeného způsobu užití vysvětluje i Nakonečný (2009) s tím, že tato motivace nemusí být jen aktuálně vystupující potřeba, ale je to očekávání určitého uspokojení, která souvisí s maximalizací příjemného. Tím je v tomto případě pocit uživatele a maximalizace prožitku, který nastoupí po aplikaci látky. Injekční uživatelé Subutexu totiž uvádějí, že nástup účinku látky buprenorfin nastupuje při nitrožilní aplikaci rychleji a zvyšuje tím pocit rauše, který zažívají. Tím je vyvolán v uživatelích silný pocit motivace, proč užívat právě tímto způsobem a vyvolává v nich silný pocit bažení po jehle, kterou mají spojenou s příjemným pocitem. Posilování důvodu, proč užívat tímto způsobem popisuje Nešpor (2013) jako příjemný pocit a z toho důvodu dochází k jeho posilování. Také Minařík a Kmoch (2015) poukazují na to, že přestože přípravek Subutex je primárně určen k sublingválnímu užití, je tento preparát aplikován injekčně a důvodem abúzu je úleva po injekční aplikaci, která je důležitější než vlastní efekt látky.

Dalším důvodem je také jejich předchozí užívání jiných opiátových typů látky, např. heroinu, který dlouhodobí uživatelé aplikují primárně nitrožilně kvůli maximalizaci účinků látky. V tabulce č. 2 vidíme, že zkušenost s užíváním heroinu mělo před užíváním Subutexu 6 informantů.

Výsledky Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti (2019), potvrzují, že míra injekčního užívání drog mezi problémovými uživateli je vysoká a tvoří dlouhodobě 90%. V dlouhodobém horizontu je podle výsledků jejich patrná klesající míra sdílení jehel a stříkaček mezi uživateli.

V tomto ohledu mají podle mého osobního názoru velkou zásluhu nízkoprahová zařízení, jako jsou např. kontaktní centra či terénní programy. Tvoří hlavní síť služeb, která poskytuje harm reduction služby, jejichž hlavním posláním je minimalizovat negativní dopady škodlivého užívání drog nejen na uživatele, ale i na jeho okolí. Součástí HR je výměna použitého zdravotního materiálu (tj. použitých injekčních stříkaček) za čisté, čímž se snaží minimalizovat možnost nákazy infekčního onemocnění, kterým se uživatelé drog nejčastěji nakazí při sdílení injekčního náčiní. V případě mých informantů se tak jedná především o hepatitidu typu C. Podle Janíkové (2015) v rámci harm reduction však nemyslíme pouze na zdravotní stránku užívání drog a možných poškození, ale zaměřujeme se zároveň na všechna možná rizika, přičemž nacházíme paralelu s bio-psycho-sociálně-spirituálním modelem závislosti.

Dopady na uživatele ve vztahu s vysokou cenou Subutexu

V kategorii negativní dopady spojeny se špatnou finanční situací uživatelů Subutexu a jeho vysokou cenou potvrdilo všech 10 dotazovaných informantů přímé negativní důsledky. Na obrázku č. 1 jsou zobrazeny nejčastější negativní důsledky plynoucí ze závislosti na Subutexu v ohledu na ekonomickou situaci uživatelů. Vysoká cena Subutexu měla u mých informantů přímý vliv na nízký životní standard, zadluženost a neschopnost splácet, exekuce a neschopnost financovat ostatní záležitosti jako je např. bydlení.

Několik z informantů se v této souvislosti potýká s nutností provozovat trestnou činnost (např. obchod na černém trhu, práce na černo), a dva informanti se kvůli nelegálním činnostem dostali do přímého rozporu se zákonem, což má u jednoho z nich dopad v podobě podmíněného odsouzení a u druhého dokonce výkon trestu odnětí svobody.

V případě substitučních přípravků jsou tyto následky spojeny s případem stavů především při rozvíjejícím se abstinčním příznaku. Podle autorky Gabrhelíkové (2015) se uvedené jevy řadí do ekonomicky motivované trestní činnosti, u které vycházíme z předpokladu, že užívání návykových látek je natolik finančně náročné, že může vést k páčání trestné činnosti za účelem financování vlastní drogové závislosti. Podle stejné autorky tak spadá trestná činnost obchod se Subutexem na černém trhu do kategorie systémové trestné činnosti a rozsah tohoto typu trestné činnosti je ovlivňován protidrogovou politikou státu. Tento bod ve strategii protidrogové politiky pro rok 2019-2027 se nazývá *efektivní regulace trhů s návykovými látkami*.

Kvůli vysoké ceně Subutexu a jeho financování jsou tak nuceni všichni informanti snížit svůj životní standard ve všech ostatních směrech. U některých informantů tento stav dochází do takové krajnosti, že si nemohou platit ani stálé bydlení, což pak nevyhnutelně vede k sociálnímu vyloučení jedince. Podle Zábranského a Mravčíka (2015) je sociální vyloučení multidimenzionální koncept. V případě našich informantů se tak jedná o ekonomické znevýhodnění chudobou a její následky jsou patrné ve špatných sociálních poměrech. Podle těchto autorů mohou mít faktory sociálního vyloučení s užíváním drog tři typy vztahů: mohou být přímým důsledkem užívání drog, mohou představovat faktory, které užívání drog způsobily, případně se mohou vyskytovat u týchž jedinců bez příčinné souvislosti. U informantů tohoto výzkumu se podle mého názoru vzájemně prolínají první dva uvedené faktory. V případě substituční léčby ovšem vysoká cena legálně předepisovaného přípravku hraje velice důležitou roli, která má vliv na životní standard uživatelů.

Abstinční syndrom a překážky v abstinenci

Další kategorie, která vznikla v reakci na největší problémy spojené s užíváním Subutexu, byl podle informantů silný abstinční syndrom, který Subutex po delší a pravidelné době užívání vyvolává. Pro informanta č. 4 a 5 byla tato kategorie obsáhlým tématem, kterému věnovali velkou pozornost. Oba tito informanti popisovali tyto stavy jako mnohem horší a silnější oproti abstinčním stavům na heroinu. Všichni informanti ovšem uvedli, že bez požití Subutexu nedokážou vůbec fungovat, fyzická výkonnost se u nich po několika dnech blíží k nule, což koresponduje se zkušeností Pavlovské a Minaříka (2015), kteří uvádějí, že jejich klienti si stěžují na obtížnost aktivizaci po ránu, diskomfort a pokles výkonnosti.

Většina mých informantů v rozhovorech uvedla, že si nedokážou představit jít bez Subutexu vůbec do zaměstnání. Většina informantů také uvedla, že při abstinčním příznaku pociťují silné fyzické bolesti a nevolnost, a jeden z informantů si stěžoval na poruchy spánku. Nejčastější příznaky se podle výpovědí informantů shodují s příznaky podle Minaříka a Kmocha (2015), kteří uvádějí jako nejčastější negativní abstinční jevy u uživatelů buprenorfinu, neklid, průjem, stesky na tělesné bolesti a pocení. Podle nich tyto stavy přirovnat k průběhu těžké chřipky a v závažnějších případech dochází k úporné nespavosti, poruchám řeči, třesům a nechutenství. Všechny tyto jevy se objevily ve výpovědích informantů.

V tabulce č. 5 je zobrazen přehled informantů a počet léčeb zaměřených na drogovou závislost. 4 informanti v minulosti podstoupili klasickou léčbu tohoto typu. V kategorii ***Překážky v abstinenci a léčbě*** všichni 4 informanti, kteří absolvovali odvykací léčbu drogové závislosti, se potýkají s pocity nezdaru a demotivace v této oblasti. Informantka č. 1, která v minulosti podstoupila již několik léčeb v různých typech zařízení, uvedla, že se všechny léčby v jejím případě již mívají účinkem.

Informantka č. 2 má pocit, že léčba závislosti, není v životě tím, co jí pomůže, důvodem je, že abstinovat prý nedokáže. Informant č. 4 také prošel v minulosti několika pokusy o léčbu, ale v případě Subutexu je prý abstinovat nemožné. Důvodem je příliš velká závislost na tomto přípravku. Stejný důvod uvádí i informant č. 5, podle kterého je závislost na Subutexu mnohem silnější než např. u heroinu. Takové tvrzení v případě těchto dvou informantů lze podložit názorem Kmocha a Minaříka (2015), že u odvykacího stavu není podstatné, jaká byla aplikace opioidu (v tomto případě injekční aplikace), ale jak byly dávky vysoké a pravidelné. U pravidelných a dlouholetých uživatelů Subutexu tak lze potvrdit to, že vyabstinovat z tohoto druhu opiátu je velice náročné, navíc v případě, kdy nejsou dostatečně motivováni a nejsou sami přesvědčení o tom, že by svou situaci chtěli změnit, jako je např. v případě informanta č. 9 a 10. Podle slov informantů č. 10 je substituční léčba pro ty, kteří již nemají jinou šanci. Což se ztotožňuje s definicí substituční léčby podle Kmocha a Minaříka (2015) s tím, že správně indikovaná a nastavená substituční léčba umožňuje stabilizaci uživatelů a podle definice je časově neomezená. V případě informanta č. 10 je tak substituční léčba jediným možným východiskem v jeho složité životní situaci vzhledem k předchozí dlouholeté závislosti na heroinu.

V případě užívání heroínu by tak dopady na jeho stav mohly být výrazně horší, a v hraničním případě by užívání tohoto typu opiátu mohlo vést k smrtelnému předávkování. Podle Pierce (2016) totiž existují přesvědčivé důkazy, ze kterých vyplývá, že riziko úmrtí právě podstatným způsobem snižuje opioidová substituční terapie, pokud jsou substituční přípravky podávány v dostatečných dávkách a je zajištěna kontinuita léčby. Podle Jeřábka (2015) je tak substituční léčba výhodnější než žádná léčebná strategie. Substituční léčba má tak v případě dlouholetých uživatelů opiátů svou nezastupitelnou roli a velký význam. Informanti č. č. 2, 4, 8, 9 a 10 jsou dlouholetí uživatelé Subutexu v rozmezí 10 – 14 let. Jako jediný informant, který nepociťuje problémy se svou závislostí je informant č. 6, který uvádí, že problém s užíváním Subutexu nemá a může ho kdykoliv vysadit. *Já už jsem se z toho dostal kolikrát ze Subutexu jako.* Podle Orla (2014) se tak ovšem může jednat o skrytou problematickou stránku racionalizace problému závislosti s uvědoměním si potřeby pomoci.

Podle Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti (2019) se v rámci celé Evropy podstatně zlepšuje přístup k opioidodové substituční léčbě, což je jeden z důležitých protektivních faktorů. Přesto podle Kaliny (2015), i přes všechny pozitivní přínosy substituční léčby, ji nemůžeme považovat za úplnou úzdravu, protože uživatel je i tak nadále limitován v psychosociální úzdravě, což má tak přímý vliv na kvalitu jeho života. Podle Standardu substituční léčby (Popov a Zábranský, 2008) v ČR je substituční léčba u nás dělena do 3 typů. Základní substituční léčba ovšem postrádá podpůrné nástroje v podobě sociálního poradenství a psychoterapie, které si klient musí zařídit externě. Hlavní pozornost je tak zaměřena pouze na medikaci přípravku Subutexu a somatickou stránku klienta. V tomto případě tak souhlasím s výše uvedeným výrokem Kaliny v tom, že klienti jsou nadále limitováni v dalších problémových oblastech svého života. Moji informanti jsou tak jasným důkazem toho, že péče o tyto klienty by měla být více komplexní a koordinovaná.

V souvislosti s tématem této výzkumné práce je to tak jeden z nejdůležitějších bodů ve strategii protidrogové politiky, jak pomoci odvrátit fatální následky a dopady na život rizikových uživatelů opiátů. Účelem protidrogové politiky je podle Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky koordinovaným přístupem předcházet negativním důsledkům spojených se závislostním chováním a snížit zdravotní, sociální a další škody způsobené závislostním chováním.

Jedním z důležitých bodů v protidrogové politice, která je zaměřena na strategii na rok 2019 – 2027, je zajištění kvalitní a dostupné sítě adiktologických služeb. V tomto případě by se tak mohlo zařízením a centřům, které jsou zaměřeny na substituční léčbu, dostat větší pozornosti. To by mohlo mít za následek větší efektivitu v koordinaci a kontinuitě léčebného procesu. Informant č. 9 se právě v tomto tématu vyjádřil výrokiem - *co se týče té substituce, tam se ti věnují ohledně mojí závislosti, ale není to dotažený z té stránky sociální, kdy ten feťák vůbec nic nemá. Oni mu pomůžou, že nebude mít absták., nebude mu zle, nemusí shánět drogy, ale co dál? Co bude jíst, kde bude bydlet, když bude chodit do práce, přijde ta exekuce, z čeho to zaplatí.* Podporuje tím tak tvrzení Pavlovské a Minaříka (2015), že substituční léčba by měla komplexním přístupem k léčbě člověka a podle Richterové (2008) zlepšením nejen somatického stavu, ale i stavu psychického.

Informant č. 9 se v této souvislosti také vyjadřoval především k problémům jeho finanční situace, protože má velký počet exekucí a v tomto ohledu pociťuje tenkou hranici úplného sociálního vyloučení na základě špatné sociální situace. Převažující problémy jako jsou (dluhy, sociální dávky, trestní stíhání atd.) u uživatelů návykových látek potvrzuje i Kuda (2008) s tím, že z tohoto důvodu má sociální práce nezastupitelnou roli při intervencích zaměřených na stabilizaci životního stylu závislých. Důležitost komplexní léčby potvrzuje i Orel (2012) s tím, že závislost se týká celého člověka – má aspekt biologický (daný působením psychoaktivní látky na buňky, tkáně a orgány), psychický, sociální i přesahový. Z výpovědí jednotlivých informantů bylo v rozhovorech jasně patrné, že jejich problémy související s užíváním Subutexu odpovídají všem aspektům holistického přístupu, který osobně považují při práci s drogově závislými jedinci za klíčový. Je proto důležité se zaměřit nejen na zdravotní dopady u uživatele, poskytnout mu správnou medikaci v podobě Subutexu, ale pracovat s nimi i nadále na všech problémových jevech, které u nich během užívání nastaly. Ztotožňují se tak s názorem Miovského (2011), že v případě klinického stavu závislosti nemusí být právě závislost hlavním a určujícím faktorem pro komunikaci s daným člověkem.

Je proto velice důležité provázat a sítovat všechna dostupná zařízení, které mají s drogovou závislostí a uživatelem spojitost. Jedině koordinovaná, souvislá a návazná péče tak může být předpokladem k úspěchu.

Ovšem podle Mravčíka (2011) v ČR v oblasti návaznosti v systému adiktologických služeb existuje převis kapacity programů léčby v neprospěch kapacity programů následné péče.

Výzkumná otázka č. 2 – V čem cítí uživatelé Subutexu největší limity v zapojení do každodenního života?

Stigmatizace

Podle Vágnerové (2012) je postoj české společnosti ke konzumentům drog odmítavější a více odsuzující než k lidem, kteří pijí alkoholu, a je zde silná tendence drogově závislé stigmatizovat a sociálně izolovat. Přesně s tímto výrokem autorky se ztotožňují výpovědi informantů, na základě kterých byla vytvořena kategorie stigmatizace. Podle informantů č. 6 je okolím vnímán i v rámci substituční léčby a užívání Subutexu na lékařský předpis jako klasický drogový problémový uživatel drog. Toto stigma pocítil dokonce od svého předešlého lékaře. Jeho pocit z takového přístupu je - *jsem hozenej do toho pytle jako feťák, aniž bych tím feťákem byl. Jenže já si myslím, že ten rozdíl mezi mnou a těma feťákama tam je*. Profesionální přístup nejen od lékaře, ale i od dalších pomáhajících zařízení či institucí je v tomto případě naprosto na místě. Přesněji řečeno, jak uvádí Miovský (2011) – morální hodnocení nepatří do profesionálního chování a moralistický přístup nevykazuje pozitivní výsledky při hodnocení efektivity intervence.

S nepochopením a negativním přístupem se setkala také informantka č. 2. *A taky to cítím na tom přístupu tady těch organizací. Netoleruji to, že jsem v léčbě, mám to prostě medikovaný*. Konkrétní problémy nejvíce pocítuje při jednání s úřady a soudy v rámci jednání o svěření dětí do vlastní péče. Těžkou roli matky – uživatelky potvrzuje Preslová (2015) jako velice zátěžovou situaci s řadou sociálních problémů, nejistotou a pocitem viny a proto je v takovém případě těžké najít motivaci k úplné abstinenci. Stejná autorka tak potvrzuje hrozbu stigmatizace v případě, že péči o děti a abstinenci nezvládne, je tak pro okolí automaticky špatnou ženou, která zklamala ve své roli matky, kde společnost očekává naprostou obětavost a zodpovědnost.

V případě rodičovství by se tak podle mého názoru měla dostávat nejen pozornost péči o děti, ale i samotnému uživateli. V tomto případě je tak koordinace a kontinuita v péči o klienty a jejich děti klíčovým bodem úspěchu.

Informant č. 4 se také nesetkává ve spojitosti se substituční léčbou s pochopením okolí. *Proč bereš prášky, když jsi zdravěj? Není důvod brát prášky, když je člověk zdravěj, natož si píchat něco. Proč si něco pícháš, když jsi zdravěj? Normální člověk to nedělá, to dělaj akorát feťáci. Když před někým řekneš, že bereš Sko, tak s tebou nechce mít nikdo nic společného.* Právě kvůli těmto důvodům se cítí informanti nepochopeni svým okolím a cítí se proto sociálně izolovaní.

Vztahy a rodina

Sociální izolaci pocítují nejvíce informanti ohledně rodinných a partnerských vztahů. Sociální izolace se tak stala největším limitem v zapojení do každodenního života uživatelů Subutexu. Důvody, které vedou u informantů k sociální izolaci, jsem znázornila v obrázku č. 3. Největší dopad v oblasti vztahů a rodiny cítí informantka č. 2, které kvůli problémovému užívání Subutexu byly odebrány hned po narození v porodnici její dvě děti. Sama se k tomu vyjadřuje slovy – *momentálně mě nejvíc zasáhlo to, že mám dvojčátka a nemůžu je mít u sebe.* Psychický stav informantky se po této události zhoršil natolik, že nedokáže ve svém každodenním životě normálně fungovat a její nadužívání Subutexu se ještě zvýšilo. Pocítuje naprostou demotivaci svou situaci řešit a má pocit nedostatečné podpory okolí.

Informantka č. 3 má pocit, že kvůli své závislosti na Subutexu nemůže navázat vztah s vyhovujícím partnerem. Stejně tak jako informant č. 4 a 9, který uvádí - *jenomže, kdo si mě vezme s touhle zátěží, že jo.* Pocítuje tak svou závislost, jako největší překážku v navázání vztahu se ženou.

Informant č. 7 pocítuje největší limity v tom, že okruh jeho známých se zúžil pouze na lidi, kteří také užívají návykové látky - *furt jsi mezi těma samýma lidma.* Podle Kaliny (2015) je právě nacházení přátel a partnerů mimo drogové skupiny a komunity důležitým ukazatelem změny, protože znamená obnovu a získání přirozených zdrojů sociální podpory.

V případě informantů č. 4 došlo k úplnému přerušení styku a komunikace s rodinou. *V rodině jsem si to posral už dávno kvůli heroinu a na Subutexu jsem to nedokázal už vrátit zpátky. U mě byl jenom náznak, že bych mohl brát drogy a s celou rodinou byl konec, u nás se tohle určitě netolerovalo.* Takovou reakci rodiny lze brát podle Vágnerové (2012) jako obrannou, kdy se rodina snaží kontrolovat konzumaci drogy a snaží se opakovaně přimět svého potomka k abstinenci. Po opakovaném neúspěchu se rodinní příslušníci postupně vzdávají iluze, že by mohli situaci změnit a rezignují ve chvíli, kdy se pro ně závislý jedinec stává přítěží (Vágnerová, 2012). Stejně pocity a zkušenosti ve vztahu s rodinou zažívá i informant č. 6 - *třeba dneska já se s rodičema 15 let nebavím. Oni mě odsoudili, aniž by věděli opravdovou pravdu všeho, tak mě prostě odsoudila většina rodiny.*

Vhodnou a doporučenou možností, která napomáhá k celkové úzdavě člověka se závislostí, a měla by být nedílnou součástí léčebného procesu, je práce s rodinou klienta. Z mé vlastní praxe i z praxe Pavlovské a Dolanské (2015) vyplývají často případy, kdy je obnova rodinných vztahů spíše kontraindikována a klient sám směřuje k odpoutání, protože podle jeho názoru přestane považovat urovnání těchto vztahů za nutné. Principům a funkcím rodiny, které se mohou přímo podílet na vzniku závislého chování, je proto podle Čtrnácté (2015) potřeba dobře rozumět a brát je v potaz v průběhu léčby závislé osoby. Jedním z limitů v práci s rodinou v léčbě závislého podle stejné autorky může být případ, kdy se rodina odmítá do léčby zapojit. V takovém případě může terapeut v práci s jednotlivcem i nadále pracovat s rodinným kontextem a zpracovávat pro klienta důležitá rodinná témata jiným způsobem.

Oblast práce versus pomoc a přístup pomáhajících organizací

5 dotazovaných informantů bylo v době pořizování rozhovorů v pracovním poměru, 3 informanti nepracují a 2 jsou v invalidním důchodu. 4 pracujících informantů uvedlo, že bez Subutexu nemohou vůbec jít do zaměstnání, popř. absence Subutexu velice snižuje jejich pracovní výkon a koncentraci. Informant č. 4 uvedl, že ve spojitosti Subutexu a hrozí nebezpečí v podobě pracovního úrazu.

Tyto dvě kategorie se spolu vzájemně překrývají, protože podle výpovědí informantů je právě zaměstnání nejčastější překážkou v absolvování substituční péče. Kvůli pracovní vytíženosti, nejsou pracující informanti schopni pravidelně dojíždět do substitučního centra, a tím pádem nejsou schopni plnit řádné podmínky pro setrvání v substituční léčbě a jsou proto často sankčně vyřazeni. Tuto skutečnost shledávají informanti jako největší překážku v jejich každodenním životě a cítí se tak být limitováni. Informant č. 9 pociťuje ohledně substituční léčby a péče nedostatečnou podporu v dalších oblastech svého fungování. K tomu tématu jsem se již vyjadřovala v kategorii léčby a potřeby lepší koordinace substituční léčby a lepší provázanosti a návaznosti dalších služeb, které mohou být vhodnými pro klienta s drogovou závislostí. Jako řešení a praktický nástroj tak Libra (2015) doporučuje v oblasti sociální práce s drogově závislými jedinci case management – mezioborový postup koordinované péče, užívaný u klientů s vícečetnými problémy v určitém období jejich života, případně u náročných klientů, kteří potřebují dlouhodobou péči více služeb současně. Více tento přístup popisují v teoretické části práce. Podle Libry (2015) ovšem case management v České republice stále čeká na pečlivější a podrobnější zpracování.

6. Závěr

Cílem této výzkumné diplomové práce bylo prozkoumat a zmapovat každodenní život uživatelů lékařského přípravku Subutex. Konkrétně pak zjistit jeho největší negativní dopady v sociální a zdravotní oblasti života uživatelů.

Teoretická část práce je zaměřena na nejdůležitější témata týkající se drogové závislosti, možnosti léčby, koordinovanou péči a větší část je věnována substituční léčbě, její historii a současnému stavu v České republice. Krátce jsou také představeny nejčastější typy drog na drogové scéně u nás.

V empirické části práce je popsána vhodně zvolená metodika výzkumu potřebná k tomuto typu práce, popis výzkumné techniky a výzkumného souboru a v neposlední řadě způsob analýzy získaných materiálů z polostrukturovaných rozhovorů, které jsem s informanty uskutečnila.

Náplní empirické práce a výzkumu jsou dvě výzkumné otázky, na něž v závěru této práce odpovídám shrnutím na základě získaných a zpracovaných odpovědí informantů.

První výzkumnou otázkou je, v čem shledávají uživatelé největší problémy spojené se závislostí na Subutexu. Z výzkumu této práce na základě rozhovorů s jednotlivými informanty vyplývá, že největšími problémy jsou především vysoká cena Subutexu, která má tak přímou souvislost se špatnou finanční a ekonomickou situací informantů a jejich nízkého životního standardu. Informanti jsou nuceni si často půjčovat z různých zdrojů peníze na financování své závislosti a dostávají se do dluhových spirál a pastí, ze kterých nejsou schopni vystoupit. Kvůli vysoké ceně Subutexu jsou často také informanti nuceni přistoupit k nelegální činnosti a páchat trestné činy. Často obchodují se Subutexem na černém trhu. U dvou informantů tento počin měl za následek podmíněné odsouzení a výkon trestu odnětí svobody.

V kategorii zdravotních dopadů je nejčastějším zmiňovaným problémem onemocnění hepatitidou typu C, kterou uvedlo všech 10 informantů jako největší problém v této oblasti. Následujícími častými problémy spojených s nitrožilní aplikací je špatný zdravotní stav žilního a cévního systému a časté abscesy vzniklé tímto typem rizikového užívání. Jako samostatný problém lze uvést i samotnou závislost na injekčním typu užívání Subutexu, který je primárně vyroben a určen k sublingválnímu užití.

V kategorii abstinence a léčby uvádějí informanti Subutex jako nejvíce návykovou látku, se kterou se ve své drogové kariéře setkali. Velkým problémem pro ně tak je z této látky vůbec vyabstinovat, protože abstinence se pojí s velkými fyzickými bolestmi. Hlavním demotivujícím faktorem je také to, že ani jeden z informantů nezná ve svém okolí nikoho, komu by se to úspěšně povedlo.

Druhá výzkumná otázka - v čem uživatelé Subutexu cítí největší limity v zapojení do každodenního života, vysvětluje výzkum především v podobě stigmatizace, se kterou se uživatelé setkávají ve svém sociálním okolí, a která je tak vysoce limituje v zapojení do většinové společnosti.

V oblasti rodiny, partnerských vztahů či ostatních mezilidských vztahů se jako nejčastější překážky objevily dysfunkční či úplně nefunkční vztahy s rodinou a případy, kdy někteří informanti jsou svou rodinou nepochopeni a definitivně zapovězeni. Jedna z informantek dokonce přišla kvůli své závislosti o možnost pečovat o své děti a mít je ve své péči. V oblasti partnerských vztahů je to nemožnost navázat plně funkční vztah s vyhovujícím partnerem, či problémy spoluzávislosti partnerů. Informanti také uvedli velmi omezený okruh přátel a známých pouze v drogové komunitě a celkovou ztrátu důvěry v ostatní lidi. Všechny tyto negativní jevy a důvody tak vedou u jedince k vysoké sociální izolaci, která je tedy hlavní odpovědí na výzkumnou otázku.

V případě, kdy se informanti vyjadřovali k limitům v pracovní oblasti, většina z nich uvedla, že bez Subutexu vůbec nejsou schopni nastoupit do zaměstnání, v krajním případě nedokážou ani ráno vstát z postele a fungovat. Spojenou překážkou je pak v této kategorii špatná dostupnost substituční léčby kvůli pracovnímu vytížení informantů a časovému omezení. Podmínky substitučních center jsou ovšem mnohdy velice přísně nastaveny a z důvodu absence tak může být klient sankčně vyřazen, což má tak přímý dopad na předchozí uvedenou schopnost fungování a schopnosti docházet pravidelně do zaměstnání. V tomto případě se tak jeví tento problém pro mé informanty jako zacyklený kruh bez možnosti řešení. Většina pracujících informantů tak považuje tento problém ohledně substituce a jejích podmínek za velice limitující v oblasti práce. Pojí se zde obava ze ztráty zaměstnání kvůli vysokým absencím nebo naopak vyřazení ze substitučního programu kvůli nesplnění podmínek.

Závěrem výzkumu je tak poznatek, že uživatelé se závislostí na Subutexu jsou v permanentním stresu z věčného koloběhu procesu shánění Subutexu, sháněním potřebných financí na tento přípravek a plnění požadavků zaměstnavatele, aby nepřišli o finanční zdroj obživy a zároveň splnili požadavky substituční léčby. Tento styl života má negativní vliv i na duševní zdraví všech dotazovaných informantů, jehož důležitost si podle získaných rozhovorů plně neuvědomují. Duševní zdraví a pohoda je důležitou součástí celkového zdraví jedince a měla by se mu tak podle mě věnovat větší pozornost. V části diskuze této práce jsou uvedeny možnosti na zlepšení koordinované péče o jedince s drogovou závislostí a věnování větší pozornosti case managementu v sociální práci s drogově závislými jedinci. Za další možnost na zlepšení v této oblasti osobně považuji věnování větší pozornosti drogové problematice v rámci studia na vysokých školách, a možnost kvalitnějšího vzdělávání sociálních a adiktologických pracovníků v rámci kurzů a seminářů zaměřených na tuto problematiku. Jako kontroverzní řešení se v budoucnu může jevit snížení počtu lékařsky předepisovaného Subutexu oplátkou za předepisování přípravku Suboxone, který díky svému obsahu látky naloxon, odrazuje od nitrožilního užívání tím, že vyvolává odvykací stav. Z pohledu rizikového užívání je tak vhodnější variantou při substituční opioidové léčbě. Suboxone je navíc finančně dostupnější, čímž by se vyřešil i ekonomická problém uživatelů.

7. Seznam literatury

1. ADAMEČEK, D., RADIMECKÝ, J., 2015. Terapeutická komunita v adiktologii. In: KALINA, K. et al., *Klinická adiktologie* Praha: Grada Publishing. s. 446-468. ISBN 978-80-247-4331-8.
2. AHLUWALIA, J., 2019. *Subutex, Suboxone and the history of Buprenorphine: Subutex, suboxone, and buprenorphine, oh my! What do all these names mean?* [online]. Workit health. [citace 2019-7-8]. Dostupné z: <https://www.workithealth.com/blog/subutex-suboxone-buprenorphine>
3. ARPA, S., 2018. Ženy užívající drogy: otázky, potřeby, řešení, výzvy a význam pro politiku a praxi. *Zaostřeno*. (3). Praha: Úřad vlády České republiky. 16 s. ISSN 2336-8241.
4. ASAM, 2011. *Definition of addiction*. [online]. American society for addiction medicine. [cit. 2019-6-11]. Dostupné z: https://www.asam.org/docs/default-source/public-policy-statements/1definition_of_addiction_long_4-11.pdf?sfvrsn=a8f64512_4
5. BAKER, T. E., STOCKWELL, T., BARNES, G., HOLROYD, C., 2011. Individual differences in substance dependence: at the intersection of brain, behaviour and cognition: Substance dependence. *Addiction Biology*. 16(3), 458-466, doi: 10.1111/j.1369-1600.2010.00243.x
6. BARNARDOVÁ, M., 2011. *Drogová závislost*. Praha: Triton. 202 s. ISBN 978-80-7387-386-8.
7. BLATNÝ, M. et al., 2010. *Psychologie osobnosti*. Praha: Grada Publishing. 304 s. ISBN 978-80-247-3434-7.
8. BROOKS, M. F., MAGNUSSON, J., SPENCER, N., MORGEN, A., 2012. Adolescent Multiple Risk Behaviour: An Asset Approach to the Role of Family, School and Community. *Journey of Public Health*. 3(34), 48-56, doi: 10.1093/pubmed/fds001.
9. BROŽA, J., 2008. Poradenství v terénní a kontaktní práci. In: KALINA, K. et al., *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, s. 215-224. ISBN 978-80-247-1411-0.
10. CREWS, F. T., VETRENO, R. P., 2011. Addiction, Adolescence, and Innate Immune Gene Induction. *Child and Developmental Psychiatry*. 2(19), 1-11, doi: 10.3389/fpsy.2011.00019

11. ČTRNÁCTÁ, Š., 2015. Rodinná terapie a práce s blízkými. In: KALINA, K. et al., *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, s. 492-509. ISBN 978-80-247-4331-8.
12. DE LEON, G., WEXLER, H., 2009. The Therapeutic Community for Addiction: An Evolving Knowledge base. *Journal of Drug Issues*. 39(1), 167-777, doi: 10.1177/002204260903900113
13. DVOŘÁČEK, J., 2016. Jde to bez léčby? *Dekontaminace*. (1). 10-12.
14. HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. 4. vydání. Praha: Portál. 438 s. ISBN 978-80-262-0982-9.
15. HENDL, J., REMR, J., 2017. *Metody výzkumu a evaluace*. Praha: Portál. 376 s. ISBN 978-80-262-1192-1.
16. Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost. *Evropská zpráva o drogách 2018*. Lucemburk: Úřad pro publikaci Evropské unie, 90 s. ISSN 1977-981X.
17. FATSÉAS, M., DENIS C., LAVIE, E., AURIACOMBE, M., 2010. Relationship between anxiety disorders and opiate dependence. *Journal of substance abuse treatment*. 38(3), 220-230. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2009.12.003>
18. FISCHER, S., ŠKODA, J., 2009. *Sociální patologie*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80247-2781-3.
19. GABRHELÍKOVÁ, P., 2015. Uživatelé návykových látek a trestná činnost související s drogami. In: KALINA, K. et al., *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, s. 569-584. ISBN 978-80-247-4331-8.
20. GILCHRIST, G., 2015. *Promoting a gender responsive approach to addiction*. (104,) 176-194.
21. HÁLA, J., 2006. *Úvod do teorie a praxe vězeňství*. České Budějovice. 183 s. ISBN 80-86708-30-6.
22. CHOMYNOVÁ, P., MRAVČÍK, V., 2019. Prevence smrtelných předávkování. *Zaostřeno*. (1), Praha: Úřad vlády České republiky. 20s. ISSN 2336-8241.
23. CHOMYNOVÁ, P., MRAVČÍK, V., ROUS, Z., 2019. Návykové látky v České republice v roce 2018. *Zaostřeno*. (6). Praha: Úřad vlády České republiky. 20 s. ISSN 2336-8241.
24. JANÍKOVÁ, B., 2015. Harm reduction. In: KALINA, K. et al., *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, s. 272-283. ISBN 978-80-247-4331-8.

25. JEŘÁBEK, P., 2015. Integrativní přístup v léčebném kontinuu. In: KALINA, K. et al., *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, s. 247-257. ISBN 978-80-247-4331-8.
26. KABÍČEK, P., CSÉMY, L., HAMANOVÁ, J., 2014. *Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví*. Praha: Triton. 343 s. ISBN 978-80-7387-793-4.
27. KALINA, K. et al., 2003. *Drogy a drogové závislosti 2 - mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky. 343 s. ISBN 80-86734-05-6.
28. KALINA, K. et al., 2015. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing. 696 s. ISBN 978-80-4331-8.
29. KALINA, K., 2008. *Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. Praha: Grada Publishing. 394 s. ISBN 978-80-247-2449-2.
30. KLÍMA, P. et al. 2007. *Kontaktní práce*. Praha: Česká asociace streetwork. 359 s. ISBN 978-80-254-4001-8.
31. *Koncepce sítě adiktologických služeb*, 2013. [online]. Společnost pro návykové látky nemoci ČLS JEP Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze. [citace 2019-7-1]. Dostupné z: https://snncls.cz/wp/wp-content/2013/06/Koncepce_site_AD_3.3_final_2013.pdf
32. KOOB, G., 2008. A Role for Brain Stress Systems in Addiction. *Neuron*. 59(1), 11-34, doi.org/10.1016/j.neuron.2008.06.012.
33. KOLÁŘOVÁ, Z., 2015. *Substituční léčba – šance na normální život pro závislé na drogách*. [online]. Praha: Media network. [citace 2019-7-5]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2015/06/substitucni-lecba-sance-na-normalni-zivot-pro-zavisle-na-drogach/>
34. KOSTÍNKOVÁ, L., 2008. Psychosociální podpora v substituční léčbě. *Adiktologie* 8(1), 64-72. ISSN 1213-3841.
35. KUBÁTOVÁ, H., 2006. *Metodologie sociologie*. Olomouc: Univerzita Palackého. 198 s. ISBN 80-244-1549-6.
36. KUDA, A., 2008. Sociální rehabilitace a následná péče. In: KALINA, K. et al., *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, s. 215-224. ISBN 978-80-247-1411-0.
37. LIBRA, J., 2015. Case management – prostor pro sjednocení zdravotní a sociální péče. In: KALINA, K. et al., *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, s. 634-647. ISBN 978-80-247-4331-8.

38. LIBRA, J., 2006. *Case management v kontextu nízkoprahových služeb pro uživatele drog*. Praha: Klinika adiktologie Univerzity Karlovy.
39. MAREMMANI, A., ROVAI, L., RUFANI, F., BACCIARDI, S. et al. 2014. Substance abuse and psychosis. The strange case of opioids. *European review for medici and pharmacological science*. 18(3), 287-302. Dostupné z: <https://www.europeanreview.org/wp/wp-content/uploads/287-302.pdf>
40. MARSDEN, J., GOSSOP, M., STEWART, D., ROLFE, A., FARRELL, M., 2000. Psychiatric symptoms among clients seeking treatment for drug dependence: Intake data from the National Treatment Outcome Research Study. *British Journal of Psychiatry*. 3(176), 285-289, doi.org/10.1192/bjp.176.3.285.
41. MILLEROVÁ, G., 2011. *Adiktologické poradenství*. Praha: Galén. 461 s. ISBN 978-80-7262-765-3.
42. MILLER, R., FORCEHIMES, A., ZWEBEN, A., 2001. *Treating addiction: A guide for Professional*. New York: Guilford. 464 s. ISBN 9781609186388.
43. MILLER, W., ROLLNICK, S., 2004. *Motivační rozhovory*. Tišnov: Sdružení SCAN. 332 s. ISBN 80-86620-09-3.
44. MINAŘÍK, J. et al., 2007. *Drogy: otázky a odpovědi*. Praha: Portál. 200 s. ISBN 978-80-7367-223-2.
45. MINAŘÍK, J., © 2009. Subutex®. [online]. Drogová poradna. [cit. 2019-01-15]. Dostupné z: [http://www.drogovaporadna.cz/opiaty/subutex-reg;- \(buprenorfin\).html](http://www.drogovaporadna.cz/opiaty/subutex-reg;- (buprenorfin).html).
46. MINAŘÍK, J., KMOCH, V., 2015. Přehled psychotropních látek a jejich účinků. In: KALINA, K. et al., *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, s. 49-83. ISBN 978-80-247-4331-8.
47. MIOVSKÝ, M., 2011. Komunikace a etika při jednání s osobami závislými na návykových látkách. In: PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing, s. 272-286. ISBN 978-80-247-3976-2.
48. MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
49. MIŠOVIČ, J., 2019. *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor*. Praha: Sociologické nakladatelství. 292 s. ISBN 978-80-7419-285-2.
50. MRAVČÍK, V., © 2015. Substituční léčba – šance na normální život pro závislé na drogách. [online]. Zdravotnický deník. [cit. 2019 – 01 - 15]. Dostupné z:

<http://www.zdravotnickyydenik.cz/2015/06/substitutcni-lecba-sance-na-normalni-zivot-pro-zavisle-na-drogach/>.

51. MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., JANÍKOVÁ, B., ČERNÍKOVÁ, T., ROUS, Z., TION LEŠTINOVÁ, Z., NECHANSKÁ, B., CIBULKA, J., FIDESOVÁ, H., VOPRAVIL, J., 2019. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2018*. Praha: Úřad vlády České republiky. 246 s. ISBN 978-80-7440-237-1.
52. MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., JANÍKOVÁ, B., ČERNÍKOVÁ, T., ROUS, Z., TION LEŠTINOVÁ, Z., KIŠŠOVÁ, L., NECHANSKÁ, B., VLACH, T., FIDESOVÁ, H., VOPRAVIL, J., 2018. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2017*. Praha: Úřad vlády České republiky. 275 s. ISBN 978-80-7440-219-7.
53. MRAVČÍK, V., PEŠEK, R., HORÁKOVÁ, M., NEČAS, V., CHOMYNOVÁ, P., ŠTASTNÁ, L., 2011. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010*. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. 160 s. ISBN 978-80-87401-18-5.
54. NEPUŠTIL, P., 2014. *Bez léčby to jde*. Brno: Masarykova univerzita. 121 s. ISBN 978-80-210-6754-7.
55. NEŠPOR, K., 2019. *Adiktologie pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Raabe. 136 s. ISBN 978-80-7496-410-7.
56. NEŠPOR, K., 2011. *Návykové chování a závislost*. 4. vydání. Praha: Portál. 170 s. ISBN 978-80-7367-267-6.
57. NEŠPOR, K., 2001. *Vaše děti a návykové látky*. Praha: Portál. 160 s. ISBN 80-7178-515-6.
58. NIELSON, D. A., UNTRANKAS, A. A., REYES, J. A., SIMONS, D. D., KOSTEN, T. R., 2012. Epigenetics of drug abuse: predisposition or response. *Pharmacogenomics*, 13(10), 1149-1160, doi: 10.2217/pgs.12.94.
59. NOŽINA, M., 2016. *Národní protidrogová centrála 1991-2016*. Praha: Národní protidrogová centrála. 130 s. ISBN 978-80-270-0640-3.
60. OREL, M. et al., 2014. *Psychopatologie*. Praha: Grada Publishing. 264 s. ISBN 978-80-247-3737-9.
61. PAVLOVSKÁ, A., DOLANSKÁ, P., 2015. Následná péče a sociální rehabilitace. In: KALINA, K. et al., *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, s. 469-479. ISBN 978-80-247-4331-8.

62. PAVLOVSKÝ, P., MALÁ, E., 2012. *Psychiatrie*. Praha: Portál. 468 s. ISBN 978-80-262-0247-9.
63. PEŠEK, R., VONDRÁŠKOVÁ, A., VESELÝ O., 2007. *Drogová závislost aneb rychlý běh po krátké trati*. Písek: PRE-PRESS ABBA. 80 s. ISBN 978-80-239-9405-6.
64. POPOV, P., ZÁBRANSKÝ, T. et al., 2008. *Standard substituční léčby*. Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky. Praha: MZ ČR.
65. PRESLOVÁ, I., 2015. Gender a drogy. In: KALINA, K. et al., *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, s. 559-568. ISBN 978-80-247-4331-8.
66. PRESLOVÁ, I., 2007. Drogově závislá klientka a žena pracující v protidrogových službách. *Adiktologie*. 7(3), 386-391. ISSN 1213-3841.
67. PRESTON, A., DERRICOTT, J., 2018. *Průvodce injekčního uživatele*. Praha: IMMOMEDICAL. 43 s.
68. REHM, J., MARMET, S., ANDERSON, P., GUAL, A., KRAUS, L., NUTT, D., ROOM, R., SAMOKHVALOV, A., SCAFATO, E., TRAPENCIERIS, M., WIERS, R., GMEL, G., 2013. Defining Substance Use Disorders: Do We Really Need More Than Heavy Use? *Alcohol and alcoholism*. 48(6), 633-640, doi: 10.1093/alcalc/agt127.
69. REICHEL, J., 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3006-6.
70. RICHTEROVÁ TĚMÍNOVÁ, M., 2008. Systém péče a jeho složky. In: KALINA, K. et al., *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, s. 215-224. ISBN 978-80-247-1411-0.
71. SANANIM, 2017. *Sociální práce a drogy*. Praha: Sananim. 72 s. ISBN 978-80-904536-6-1.
72. SEKRETARIÁT RADY VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY. 2019. *Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019-2027*. Praha: Úřad vlády České republiky. 55 s. ISBN978-80-7440-23-9.
73. SELIGMAN, M., 2014. *Vzkvétání: Nové poznatky o podstatě štěstí a duševní pohody*. Praha: Jan Melvin Publishing. 410 s. ISBN 978-80-87270-95-0.
74. SIMOJOKI, K. et al., 2008. A retrospective evaluation of patients switched from buprenorphine (subutex) to the buprenorphine/naloxone combination suboxone. *Subst Abuse Treat Prev Policy*.16(3), doi: 10.1186/1747-597X-3-16.

75. SLÍVA, J., VOTAVA, M., 2011. *Farmakologie*. Praha: Triton. 394 s. ISBN 978-80-7387-500-8.
76. SOUKUP, J., 2014. *Motivační rozhovory v praxi*. Praha: Portál. 152 s. ISBN 978-80-262-0607-1.
77. ŠVELA, K., ŠEVČÍK, P., 2002. *Akutní intoxikace a léková poškození v intenzivní medicíně*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-3146-9.
78. ŠVARC, J., 2008. *Substituce opioidových závislostí* [online]. Praha: Psychiatrická léčebna Bohnice. [citace 2019-7-10]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2008/04/13.pdf>
79. The facts about buprenorphine for treatment of opioid addiction, 2014. 2 vydání. [online]. Substance abuse and mental health services administration. [citace 2019-7-5]. Dostupné z: <https://store.samhsa.gov/system/files/sma14-4442.pdf>
80. TOMEŠ, I., 2011. *Obory sociální politiky*. Praha: Portál. 368 s. ISBN 978-80-7367-868-5.
81. TOMSA, P., 2016. Case management ve službách drogové prevence. *Sociální služby*. 18(11), 26-27. ISSN 1803-7348.
82. TORRENS, M., MESTRE-PINTÓ J., DOMINGO-SALVANY, A., 2017. *Komorbidity adiktologických a duševních poruch v Evropě*. Praha: Úřad vlády České republiky. 143 s. ISBN 978-80-7440-194-7.
83. TYLER, A., 2000. *Drogy v ulicích*. Praha: IŽ. 426 s. ISBN 80-237-3606-X
84. VÁGNEROVÁ, M., 2012. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 6. vydání. Praha: Portál. 870 s. ISBN 978-80-262-0225-7.
85. VÁGNEROVÁ, M., 2014. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. 816 s. ISBN 978-80-262-0696-5.
86. VÁLKOVÁ, H. et al., 2012. *Základy kriminologie a trestní politiky*. 2. vydání. Praha: C. H. Beck. 636 s. ISBN 978-80-7400-429-2.
87. VERSTER, A., BUNNING, E., 2007. *Buprenorfin: rozbor kritických otázek*. Praha: Úřad vlády České republiky. 52 s. ISBN 978-80-87041-11-6.
88. WEISS, P., 2011. *Etické otázky v psychologii*. Praha: Portál. 352 s. ISBN 978-80-7367-845-6.
89. WEST, R., 2013. *Models of addiction*. Lisbon: European monitoring centre for drugs and drugs addiction. 161 s. ISBN 978-92-9168-652-0.
90. WEST, R., 2016. *Modely závislostí*. Praha: Úřad vlády České republiky. 131 s. ISBN 978-80-7440-157-2.

91. WHO, UNODC, 2013. *Technical guide for countries to set targets for universal acces to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*. Geneva: WHO Document Production Services. 106 s. ISBN 9789241504379.
92. WILLIAMSON, L., THOM, B., STIMSON, G., 2015. Stigma as a public health tool: Implications for health promotion and citizen involvement – A response to Bayer and Fairchild. *Drug policy*. (26), 615-616, doi: 10.1016/j.drugpo.2015.04.004.

Seznam obrázků a tabulek

Obrázek 1 Negativní důsledky plynoucí z vysoké ceny Subutexu.....	61
Obrázek 2 Nejčastější zdravotní dopady	65
Obrázek 3 Sociální izolace	75
Tabulka 1 Základní informace o informantech.....	53
Tabulka 2 Drogová kariéra	54
Tabulka 3 Důvody prvního užití Subutexu.....	57
Tabulka 4 Zdroj prvního Subutexu.....	58
Tabulka 5 Zdravotní stav	62

Seznam zkratk

CAN – Child abuse and neglect – v překladu týrání a zanedbávání dětí

ČR – České republika

HR – Harm reduction – snižování a minimalizace škod v souvislosti s užíváním drog

MDMA – Methylendioxyamfetamin (extáze)

NRULISL – Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek

OSPOD – Oddělení sociálně právní ochrany dětí

ÚP – Úřad práce

WHO – Světová zdravotnická organizace