

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

ANALÝZA POTŘEB KLIENTŮ
NÍZKOPRAHOVÝCH ZAŘÍZENÍ
V KRAJI VYSOČINA

ANALYSE OF CLIENTS NEEDS OF LOW-TRESHOLD
FACILITIES IN THE VYSOČINA REGION



Bakalářská diplomová práce

Autor: **Barbora Augustýnová**

Vedoucí práce: **Mgr. Miroslav Charvát, Ph.D.**

Olomouc

2021

Na tomto místě bych ráda poděkovala všem, kteří se na této práci jakýmkoliv způsobem podíleli. Děkuji všem klientům, bez jejichž otevřenosti by tato práce nevznikla, kolegům ze všech kontaktních center za jejich ochotu a vstřícnost, paní Mgr. Pavle Chomynové a Národnímu monitorovacímu středisku za poskytnutí výsledků studie ESPAD 2019 za Kraj Vysočina a vstřícné jednání. A v neposlední řadě všem, kteří mi byli v průběhu oporou, zvláště pak panu PhDr. Vlastimilu Sojkovi, díky kterému jsem neztratila motivaci.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: „Analýza potřeb klientů nízkoprahových zařízení v Kraji Vysočina“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 27. 3. 2021

Podpis

OBSAH

Číslo	Kapitola	Strana
	OBSAH	3
	ÚVOD.....	5
	TEORETICKÁ ČÁST.....	7
1	Stádia užívání návykových látek.....	8
	1.1 Experimentátoři	8
	1.2 Příležitostní a rekreační uživatelé.....	9
	1.3 Pravidelní uživatelé	10
	1.4 Problémoví uživatelé	10
	1.5 Závislí	11
	1.6 Abstinenti	12
	1.7 Kontrolující se uživatelé.....	12
2	Dopady dlouhodobého užívání drog na člověka.....	14
	2.1 Somatické dopady	14
	2.2 Psychické dopady	17
	2.3 Sociálně-právní dopady	19
	2.4 Spirituální dopady	21
3	Specifické skupiny uživatelů drog	24
	3.1 Děti a dospívající	25
	3.2 Ženy	26
	3.3 Uživatelky drog – matky s dětmi.....	27
	3.4 Uživatelé drog ve výkonu trestu odnětí svobody	29
	3.5 Stárnoucí uživatelé drog	31
	3.6 Etnické minority	34
4	Charakteristika Kraje Vysočina.....	36
	4.1 Demografická a socioekonomická charakteristika	37
	4.2 Drogová epidemiologie Kraje Vysočina	38
	4.2.1 Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách.....	38
	4.2.2 Prevalenční odhad problémových uživatelů drog	39
	4.2.3 Smrtelná předávkování.....	40
	4.2.4 Léčba uživatelů drog	41
	4.2.5 Infekční nemoci mezi uživateli drog	43
	4.2.6 Drogová kriminalita	44
	4.3 Institucionální kontext	45
	4.3.1 Nízkoprahové služby pro uživatele drog.....	46
	4.3.2 Návazné adiktologické služby v Kraji Vysočina	48

5	Potřeby klientů nízkoprahových zařízení	52
5.1	Potřeby klientů nízkoprahových zařízení v České republice	52
5.2	Potřeby klientů nízkoprahových zařízení v Kraji Vysočina.....	57
	VÝZKUMNÁ ČÁST.....	59
6	Výzkumný problém.....	60
7	Design výzkumu a použité metody	61
7.1	Metodika Rapid Assessment Response	62
7.2	Metody získávání dat.....	63
7.2.1	Identifikace zdrojů dat.....	63
7.2.2	Nominační technika.....	64
7.2.3	Semistrukturované interview.....	64
7.2.4	Ohnisková skupina	66
7.2.5	Zúčastněné pozorování.....	67
7.3	Metody analýzy dat	69
7.3.1	Fixace a transkripce dat.....	69
7.3.2	Metoda analýzy dat	69
7.3.3	Techniky kontroly a zvyšování validity dat	70
7.4	Etické normy a pravidla výzkumu.....	71
8	Popis výzkumného souboru.....	73
9	Výsledky výzkumu	80
9.1	Informovanost o nízkoprahových službách.....	80
9.2	Využívání nízkoprahových služeb a zkušenost s nimi	81
9.3	Atraktivita nízkoprahových služeb	83
9.4	Spokojenost s nízkoprahovými službami	86
9.5	Spokojenost s přístupem personálu	89
9.6	Využívání dalších služeb	93
9.7	Analýza ohniskové skupiny s pracovníky nízkoprahových služeb	94
10	Diskuze	102
10.1	Diskuze nad výsledky výzkumu	102
10.2	Omezení a nedostatky výzkumu.....	105
10.3	Doporučení	106
11	Závěry.....	110
12	Souhrn	112
	LITERATURA.....	115
	PŘÍLOHY.....	127

ÚVOD

Na užívání drog je nahlíženo mnoha způsoby a pohledy. U každého člověka bude vzbuzovat jiné emoce. Znechucení, opovržení, strach, nenávisť, vinu, utrpení, stud nebo také naději, zájem, respekt či soucit. Jak uvádí Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (2019), vznik a rozvoj závislostního chování je komplexní a mnohovrstevný jev s řadou rizik pro samotného jedince i společnost. Zdravý vývoj jednotlivců i společnosti nepříznivě ovlivňují jeho negativní sociální, zdravotní, trestněprávní, bezpečnostní a ekonomické dopady.

Téma nízkoprahových služeb a jejich klientů je mi blízké, jelikož se v této oblasti pohybují již od roku 2009. Našimi klienty jsou lidé v různých stádiích užívání drog, jež se potýkají s různými potížemi, které jim užívání drog způsobilo. Tyto potíže jsou různorodé, víceméně odpovídající délce a frekvenci užívání návykových látek. Nežřídkou se setkáváme s naprostým životním debaklem, rezignací klientů a úmrtím klientů. Nejen v takových chvílích si kladu otázku, zda jsme pro klienta nemohli udělat víc, neměli reagovat jinak, a zda jsme klientovi poskytli skutečně to, co potřeboval. Tato zařízení také využívá spousta uživatelů drog tzv. zprostředkovaně a jen výjimečně se s nimi podaří navázat fyzický kontakt. V těchto momentech přemýšlím nad způsoby, jak tyto uživatele oslovit, z jakého důvodu nechtějí služby využívat a co všechno můžeme udělat proto, aby těchto služeb využívali. Jsem přesvědčená o tom, že nízkoprahové služby jsou uživatelům drog, v jakémkoli stádiu a s jakýmikoli potížemi, prospěšné.

Inspirací pro volbu tohoto tématu mi byly již provedené analýzy potřeb v Praze a ve Středočeském kraji. Oslovila jsem další dvě nízkoprahová zařízení, stejně tak i protidrogového koordinátora našeho kraje s nabídkou realizace analýzy potřeb zaměřené na naše nízkoprahová centra a jejich uživatele v celém našem kraji a ti ji přijali. Tato analýza si klade za cíl zjistit, zda to, co klientům nabízíme, skutečně odpovídá jejich potřebám, případně co by se mělo změnit, aby tomu tak bylo. Zda jsou tyto služby dostupné, zda je pokrytí nízkoprahovými službami Kraje Vysočina dostačující a také jak vnímají klienti atraktivitu těchto služeb či jakými způsoby jejich atraktivitu zvýšit.

Práce se v teoretické části zabývá stádiem užívání návykových látek, jednotlivými dopady dlouhodobého užívání drog na člověka, specifickými skupinami uživatelů drog,

demografickou a socioekonomickou charakteristikou Kraje Vysočina a popisem epidemiologických údajů týkajících se užívání drog.

V praktické části je popsán kvalitativní výzkum analýza potřeb klientů nízkoprahových zařízení. Získaná data polostrukturovanými interview s klienty jednotlivých zařízení a ohniskovou skupinou s pracovníky daných zařízení jsou v této části vyhodnocena a interpretována. Na základě zjištění je pak sestaven seznam doporučení.

Tato práce má sloužit především samotným zařízením poskytujícím nízkoprahové služby uživatelům drog v Kraji Vysočina, také však Krajskému úřadu Kraje Vysočina jako podklad pro tvorbu Strategie protidrogové politiky Kraje Vysočina na následující období. Věřím, že tato práce bude mít přínos také pro samotné klienty našich služeb.

TEORETICKÁ ČÁST

1 STÁDIA UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK

Kalina a kol. (2003; 2015) uvádí několik stupňů užívání návykových látek. Stejně tak Zábranský (2003) říká, že zneužívání drog má svá stádia a předstupně. Pokud je zneužívání drog zachyceno v nižším, časnějším a méně závažném stádiu, je pak snáze léčitelné a s menším počtem trvalých poškození. Také uvádí, že nižší stádium může, nicméně nemusí přejít do pokročilejšího.

Systematických členění stádií zneužívání návykových látek existuje celá řada. Pro potřeby této práce volíme členění uváděné Kalinou a kol. (2003; 2015), nicméně jednotlivá stádia doplňujeme i o poznatky jiných autorů. Celé členění je pak rozšířené o kontrolované užívání a abstinenci. A to z toho důvodu, že se na nízkoprahová zařízení mohou obrátit klienti ve všech níže uvedených stupních či stádiích užívání návykových látek. Stejně tak se na tato zařízení mohou obrátit klienti, kteří v minulosti návykové látky užívali a v současné době abstinují. I těm je možné v mnohém pomoci, ať už jde o poskytnutí podpory v abstinenci či v dalších oblastech. Domníváme se, že je podstatné si při práci s uživateli návykových látek uvědomit, ve kterém stádiu užívání návykových látek se nachází. V mnohém to vypovídá o jejich aktuálních potřebách, o aktuálním postoji k užívání návykových látek a motivaci zabývat se svojí situací či s nastalými obtížemi, ať už jsou z kterékoliv oblasti (zdravotní, sociálně-právní apod.).

1.1 Experimentátoři

Toto označení je nepřesně definované, nicméně v odborné mluvě používané označení pro osoby, které drogu zkouší. Jde o občasné a nepravidelné užívání různých drog, přičemž daná osoba může, ale nemusí mít problémy v jiných oblastech (Kalina et al., 2003). O neohraňovaný výraz se jedná, jelikož i jedinec závislý na heroinu může „experimentovat“ s halucinogeny či jinými látkami, nehledě na to, že se nejedná o pokusy ve vědeckém slova smyslu (Kalina et al., 2001).

Radimecký a kol. (2007) do této kategorie řadí jedince s jednorázovou zkušeností a ohraničuje toto stádium také celkovým počtem užití za život, které by se mělo pohybovat mezi jedním až třemi. Oproti tomu Zábranský (2003) uvádí a doplňuje, že experimentátor užívá drogy s dalšími lidmi, a to jen v případě, pokud je mu droga nabídnuta. V tomto stádiu užívání není narušeno zdraví, pracovní způsobilost ani výkonnost a nijak neovlivňuje ani finance dotyčného. Autor taktéž vymezuje počet užití za život, zde se však mírně rozchází s předchozím autorem, jelikož uvádí maximální hranici pěti užití.

1.2 Příležitostní a rekreační uživatelé

U těchto osob je užívání drog součástí životního stylu, nicméně frekvence užívání není častější než jednou za týden a jeho důsledkem nevzniká závislost a další problémy. Typickými drogami tohoto typu užívání jsou marihuana, LSD či extáze užívané na soukromých večírcích, hudebních festivalech apod. (Kalina et al., 2001; 2003).

Oba dva pojmy (příležitostné a rekreační) jsou v literatuře synonymně zaměňovány (např. Radimecký et al., 2007), ovšem jinde je doporučováno dávat přednost pojmu příležitostné užívání. Rekreační užívání může totiž vyvolávat dojem, že jde o užívání pro zábavu, a nebere v potaz možnou snahu zvládat negativní emoční stavy či jiné motivy (Kalina et al., 2003).

Zábranský (2003) tyto dva pojmy naopak rozlišuje. Rozdílnost vidí v četnosti, v obstarávání drogy a v účelu užití, přičemž příležitostné užívání je častější. Pokud jedinec užívá drogy rekreačně, drogy si přímo nekupuje, jejich nabídku však neodmítá a užívá je na večerních či společenských akcích. V případě příležitostného užívání si jedinec drogy již nakupuje a užívá je za určité situace, např. pro povzbuzení, získání odvahy, vyrovnání se s obtížemi apod.

Minařík a Řehák (2015) doplňují, že u této a předchozí skupiny uživatelů je málo častá somatická komorbidita. Nejčastější jsou komplikace akutního rázu spojené s účinkem drogy či nevhodným způsobem její aplikace. Grohmannová (2007) pak uvádí konkrétní bezprostřední rizika, jako jsou dehydratace v důsledku dlouhotrvajícího tance a nedostatečně větraných místností, dopravní a jiné nehody či rizika spojená s užitím tablet vydávaných za extázi, nicméně obsahujících jiné psychoaktivní látky.

1.3 Pravidelní uživatelé

Pravidelnost užívání obvykle zahrnuje nejen životní styl, ale i škodlivý účinek závislý na užívané látce. Pro výzkumné účely se ve vyspělých zemích frekvence užívání látky stanovuje nejméně jedenkrát týdně, nicméně jako pravidelné užívání může být chápáno i užívání nejméně jednou měsíčně či jednou za čtrnáct dní (Kalina et. al, 2001; 2003).

O pravidelném užívání můžeme hovořit jako o „škodlivém užívání“ dle MKN-10. Tedy jako o abúzu psychoaktivní látky – opakujícím se nadužívání psychoaktivní látky, v jehož důsledku dochází k somatickému (hepatitidy, poškození tělesných orgánů jako např. jater, periferních nervů, ledvin, aj.) nebo psychickému poškození (př. epizody sekundární deprese) (Kalina et. al., 2003; Orel et al., 2016).

1.4 Problémoví uživatelé

Problémové užívání drog je definováno jako „*užívání drog nitrožilně nebo dlouhodobé/pravidelné užívání opiátů, kokainu anebo amfetaminů*“ (EMCDDA, 2005, s. 60). Jak uvádí Kalina a kol. (2003) tento pojem nezahrnoval užívání extáze či konopí. V tomto ohledu došlo ke změně v roce 2013, kdy byla definice problémového užívání (nově *high-risk drug use*) Evropským monitorovacím centrem pro drogy a drogovou závislost (dále jen EMCDDA) revidována a rozšířena o další drogy užívané s vysokou frekvencí (u konopí denně či téměř denně, u ostatních drog alespoň jednou týdně) nebo způsobující uživatelům zdravotní či sociální problémy (Thanki & Vicente, 2013).

Z této tradiční evropské definice vychází také pojetí problémového užívání v ČR. Zde je tak označováno injekční užívání jakékoliv drogy a/nebo dlouhodobé či pravidelné užívání pervitinu a opioidů. Oproti tomu problémové užívání kokainu není v naší republice předmětem odhadů, a to vzhledem k nízkému výskytu uživatelů kokainu, kteří jsou v kontaktu s adiktologickými službami (Mravčík et. al., 2020).

EMCDDA (2005) dále rozděluje problémové užívání na dvě důležité podskupiny, a to na užívání heroinu a problémové užívání stimulantů, které převládá ve Finsku, Švédsku podobně jako v České republice, kde je většina problémových uživatelů drog primárními uživateli amfetaminu.

Radimecký (2007) také udává, že problémový uživatel může pociťovat vážné zdravotní komplikace, může se potýkat s problémy v oblasti vztahů s blízkými osobami a s potížemi

v souvislosti s fungováním v běžném životě. U dlouhodobých injekčních uživatelů drog se podle Minaříka a Řeháka (2015) objevují závažnější zdravotní poškození. Může jít například o nevratné poškození organismu opakovanými místními i celkovými infekcemi, podvýživu, poškození cévního systému a vnitřních orgánů. Častá je chronická hepatitida.

1.5 Závislí

Závislí jsou uživatelé splňující diagnostická kritéria syndromu závislosti dle MKN-10. Často, nicméně ne vždy jde zároveň o problémové uživatele (Kalina et al., 2003).

Závislost (dependence) a syndrom závislosti je definován jako soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití látky. Typicky zahrnuje projevy, jakými jsou silné přání užít drogu, porušené ovládání při jejím užívání, přetrvávající užívání látky i přes její škodlivé následky, upřednostňování drogy před ostatními aktivitami, zvýšená tolerance pro drogu a někdy také somatický odvykací stav (Kalina et al., 2001; ÚZIS ČR, 2019b). Průkazem může být také to, že návrat k užívání látky po období abstinence vede k rychlejšímu znovuobjevení syndromu. Definitivní diagnóza závislosti by se měla stanovit pouze tehdy, pokud během posledního roku došlo ke třem nebo více z výše uvedených jevů (Jeřábek, 2015).

Kudrle (2003a) definuje závislost jako chronickou progredující poruchu, rozvíjející se na základě přirozené touhy člověka po změně prožívání. Ať už jde o potřebu uniknout před bolestí, pocity samoty a izolace, či potřebu zintenzivnit prožitek radosti, euforie a slasti. Jde o vyústění abúzu, který se stal výlučnou činností a měl zajistit pocit uspokojení. Pozitivní zpětnou vazbou se fixuje celý komplex očekávání a postupně se vytváří závislost. Tento pozvolný proces je málokdy daným člověkem reflektován.

Jeřábek (2015) také uvádí centrální příznak závislosti, jak ho pojímá WHO, což je velmi silná touha užívat psychoaktivní látku (craving, bažení), jež má složku subjektivní (psychickou) a fyzickou. Syndrom závislosti může být přítomen pro specifickou látku, třídu látek či širší řadu různých látek. MKN-10 neodlišuje diagnostická kritéria syndromu závislosti na jednotlivých třídách psychoaktivních látek. Jistou specifikaci zavádí až DSM IV-R, na kterou navazuje klasifikace DSM V, ta ovšem nerozlišuje syndrom závislosti od škodlivého užívání a hovoří pouze o poruše užívání.

1.6 Abstinenti

Poněkud strohou definicí abstinentů uvádí Radimecký (2007), a to takovou, že jde o naprosté zdržení se užívání jakékoliv psychoaktivní látky. Kalina a kol. (2001) pojem abstinence rozvádí širěji. Uvádí, že jde o jednání, jenž vede ke zdržení se užívání alkoholu či jiné drogy, a to z různých důvodů (např. zdravotních, osobních, sociálních, náboženských, morálních). Abstinentem může být nazýván kdokoliv, kdo v současné době abstinuje. Pro výzkumné účely je někdy používán termín „současný abstinents“, jenž označuje osobu, která neužívá žádnou látku po určité období (např. 3, 6 nebo 12 měsíců). V některých studiích je jako abstinents klasifikována i osoba, která pije nebo užívá jiné drogy pouze jednou nebo dvakrát za rok. V epidemiologických studiích nesmí být přehlédnut podstatný rozdíl mezi celoživotním abstinentem a ex-userem. Hartl a Hartlová (2015) doplňují, že abstinence je stav, kdy se dotyčný jedinec zříká použití něčeho či nějaké činnosti vědomě a ze své vůle, ať už jsou důvody jakékoliv.

1.7 Kontrolující se uživatelé

Tomuto fenoménu se v ČR věnovali především dva autoři – Morávek a Nesládek. Morávek (2007a) zdůrazňuje, že vedle závislých, pravidelných či problémových uživatelů drog existuje i populace uživatelů, kterým se daří nepropadat závislosti a současně předcházet nepříznivým důsledkům, které s sebou užívání drog nese – tzv. kontrolující se uživatelé. Teorie kontrolovaného užívání vychází z myšlenky, že existují uživatelé, kteří berou drogy odpovědně. Vhodným chováním výrazně eliminují možná rizika a užívání návykových látek jim nebrání vést plnohodnotný a společensky aktivní život.

Nesládek (2013) říká, že tento způsob užívání není spojený se sociálně-právním, ekonomickým ani zdravotním poškozením. Stejně tak nesmí být spojeno s kriminální činností a mělo by umožňovat brát drogy v dlouhodobém časovém horizontu (až desítek let) udržitelně a bez zátěže pro společnost. Dílčí (např. zdravotní) poškození užívajícího jedince se ovšem připouští – „opotřebení“, vzniklé při tomto užívání, by však nemělo přesahovat míru běžného „opotřebení“ ze společensky akceptovaných aktivit.

Míra kontroly uživatele nad vzorci a negativními následky užívání drog závisí na několika faktorech: na droze samotné, na osobnosti a postojích uživatele, na prostředí, životní struktuře (určité zakotvenosti uživatele ve všedním životě) a dostupnosti drog (Morávek, 2007a). Oba autoři se shodují na tom (Morávek, 2007a; Nesládek, 2013), že se v České

republice stále jedná o málo prozkoumaný jev, i když jeho výzkum poodhaluje právě normy a vzorce chování regulující užívání drog s ohledem na snižování jeho negativních důsledků. Poznatky z výzkumů kontrolovaného užívání je tak možné aplikovat v řadě oblastí: ve formě harm reduction v kontaktních centrech a terénních programech, v substitučních programech, pro lepší pochopení obecného fenoménu braní drog a tím i pro lepší pochopení nekontrolovaného užívání, dále v prevenci nebo i v léčbě závislosti.

2 DOPADY DLOUHODOBÉHO UŽÍVÁNÍ DROG NA ČLOVĚKA

„Problémové užívání drog se nachází v jádru každé lokální, národní nebo globální drogové scény a především problémoví uživatelé jsou těmi, kdo v určitém okamžiku své drogové kariéry hledají pomoc a vstupují do kontaktu s pomáhajícími zařízeními. Jsou to také především oni, kteří jsou vystaveni zvýšenému riziku přenosu infekčních onemocnění nebo předávkování včetně smrtelných, kteří jsou ohroženi sociálním vyloučením a páchají trestné činy spojené se zaopatřováním drogy nebo prostředků k získání drogy“ (Mravčík, 2017, s. 2).

Mravčík (2017) uvádí, že jednotlivé návykové látky vykazují různou míru zdravotních i sociálních škod, které jsou spjaty s jejich užíváním, a to na individuální i populační úrovni. Míru těchto poškození ovlivňuje řada faktorů: na straně drogy samotné jde například o koncentraci či účinnou látku, dále míra a vzorce užívání, individuální psychická, biologická (genetická) predispozice uživatele, sociální kontext a prostředí užívání.

Tato kapitola kategorizuje a popisuje dopady problémového užívání drog na jednotlivce, nikoli na populaci. Kategorizace přitom vychází z celostního přístupu, který zahrnuje biologickou, psychickou, sociální i spirituální složku člověka.

2.1 Somatické dopady

Způsob života uživatelů drog vede ke zvýšenému riziku řady onemocnění infekční i neinfekční povahy. Užívání drog může také zhoršit již existující chorobné procesy nebo vyprovokovat k manifestaci jejich latentní formu. Aktivní užívání návykových látek s sebou nese zvýšené riziko otrav a úrazů, včetně úrazů dopravních (Minařík & Hobstová, 2003).

Somatická onemocnění vzniklá v důsledku užívání drog mohou být vážnější než závislost coby nemoc. Některá z nich jsou neléčitelná a je možné je pouze stabilizovat (infekce

HIV/AIDS), u dalších je obtížná léčba, náročná na adherenci klienta časově i finančně, u jiných mohou být postižení nevratná. Téměř vždy platí, že závislost zhoršuje prognózu onemocnění (Minařík & Řehák, 2015).

Minařík a Řehák (2015) uvádějí přehledně druhy somatických poškození spojených s užíváním nelegálních návykových látek, proto z tohoto dělení vycházíme.

Lokální komplikace – jejich nejčastější příčinou bývá injekční aplikace, nicméně k vážnějším lokálním poškozením vede také dlouhodobá intranazální aplikace a inhalace. Mezi lokální komplikace tak patří vpichy, poškození nosní sliznice či poškození čichu.

Hnisavé procesy – i zde je častá souvislost s injekční aplikací. Příčinou bývají bakterie běžně se vyskytující na kůži. Hnisavé záněty jsou provázeny zarudnutím, otokem, ztepláním, bolestí a poruchou funkce. Nejčastěji se setkáváme s abscesy, flegmónami a záněty žil. Komplikace těchto onemocnění mohou být místní i celkové, které mohou vést až k septickým stavům a celkovému selhání organismu.

Poškození kardiovaskulárního systému – aplikace nesterilních roztoků s nevyhovujícími fyzikálně-chemickými vlastnostmi mohou vést k tromboflebitidě, která se projevuje bolestivým zatvrdnutím postižené žíly. Poškozením žil na dolních končetinách mohou vznikat bércové vředy. Aplikací drogy do velkých povrchových žil může dojít k zasažení doprovázejících tepen a následnému tepennému krvácení či vzniku aneuryzmatu. S injekční aplikací je také spojen vznik bakteriální endokarditidy, při níž dochází k mechanickému poškození chlopní pevnými částicemi obsaženými v aplikované látce. Minařík a Hobstová (2003) také zmiňují vliv stimulancií na vznik různých postižení srdce, například infarktu myokardu nebo náhlého srdečního selhání.

Poškození dýchacího systému – k akutním či chronickým poškozením plic může dojít především vlivem intoxikace opiáty, stejně jako k případné zástavě dechového automatismu. Předávkování opiáty je někdy provázeno aspirační pneumonií často vzniklé vdechnutím žaludečního obsahu a následným natrávením plicní tkáně (Minařík & Řehák, 2015).

Orgánová poškození – vzácné, nicméně vážné infekční komplikace mohou poškodit i oční bulbus. Chronické užívání stimulancií může vést k šedému nebo zelenému očnímu zákalu. Poškození ledvin může vzniknout v souvislosti s užíváním tzv. tanečních drog, zejména MDMA, kdy dlouhotrvající nedostatek tekutin v kombinaci s extrémní fyzickou námahou vede k dehydrataci a sekundárnímu rozvoji šokové ledviny s poruchou jejich

funkce. Ke změně v rovnováze vylučování a zpětné resorpce ledvin dochází také při dlouhodobém injekčním užívání a opakovaných infekčních komplikacích (Minařík & Hobstová, 2003).

Poškození centrálního nervového systému – fyzikálně-chemický vliv toxické látky na CNS se projevuje nejvíce u zneužívání organických rozpouštědel. Při pravidelném užívání se v mozkové tkáni vytvářejí dutinky, může dojít k poškození mozečku a kognitivních funkcí. Užívání psychostimulancií vede k prudkému vzestupu krevního tlaku, což může způsobit krvácení do mozkové tkáně (Minařík & Hobstová, 2003).

Infekční choroby – krví přenosné infekční choroby patří k nejčastějším a zároveň k nejzávažnějším komplikacím injekční aplikace drog. Nejčastěji jde o infekce viry hepatitidy B a C a infekci HIV (Minařík & Řehák, 2015).

Hepatitida typu B – v případě uživatelů drog se virus přenáší sdílením injekčního náčiní a parafernálií. Přenos je možný i sexuálním kontaktem. K nejčastějším projevům patří výrazná únava, bolesti kloubů, tlak v pravém podžebří, tmavé zbarvení moče, popř. světlá stolice, může dojít až k jaternímu selhání. Do chronické formy přechází v 10 % a může vyústit v jaterní cirhózu. Účinnou prevencí je vakcinace. Již od roku 2001 se v České republice proti hepatitidě B očkují všichni novorozenci (Hobstová & Minařík, 2003).

Hepatitida typu C – má obdobný způsob přenosu jako hepatitida typu B. Na rozdíl od hepatitidy B je vzácný akutní průběh a spíše bývá diagnostikována jako chronická. Přechod do chronicity je uváděn v 70–80 %. U nemocných s chronickou hepatitidou C může opět vzniknout cirhóza jater. Následně je nemocný ohrožen vznikem rakoviny jater. Prevence očkováním není možná (Hobstová & Minařík, 2003).

Infekce HIV/onemocnění AIDS – vir je výrazně citlivý na zevní podmínky, hyne při teplotách nad 60 °C a při zaschnutí, zničí ho i běžné dezinfekční prostředky. HIV napadá buňky imunitního systému (lymfocyty) a tím způsobuje postupnou ztrátu imunity. AIDS je pokročilé stadium nemoci, ve kterém je nemocný náchylný k onemocněním řadou infekcí či nádorů. V neposlední řadě je poškozen i centrální nervový systém. Virus se přenáší obdobným způsobem jako hepatitidy B a C, nejčastějším způsobem přenosu je však nechráněný sexuální styk (Hobstová & Minařík, 2003).

2.2 Psychické dopady

Dlouhodobé užívání psychoaktivních látek postupně mění celou osobnost, přičemž změny mohou být různé. Takto popisuje změny v psychické oblasti Vágnerová (2014).

Změny emočního prožívání – uživatelé návykových látek bývají afektivně labilnější, dráždivější a úzkostnější. Mají sklon k extrémním emočním reakcím, které jsou nepřiměřené vyvolávajícímu podnětu, často se objevuje vztahovačné až paranoidní ladění, celková anhedonie a úzkostná či depresivní nálada.

Změny vnímání a uvažování – dlouhodobé užívání psychoaktivních látek zhoršuje koncentraci pozornosti, paměťové funkce, deformuje myšlení, omezuje schopnost správného rozhodování, mění se vnímání a zpracování informací. Vlivem inhalací organických rozpouštědel může dojít až k úbytku kognitivních schopností.

Změna motivace a hodnot – závislý jedinec má jinou hierarchii hodnot. Nemá dostatek vůle k překonání objevujících se potíží, nemá budoucnost, neplánuje ji, ani o ní neuvažuje. Je soustředěn na přítomnost.

Změna chování – užíváním psychoaktivních látek se mění aktivační úroveň člověka. Může být extrémně aktivizován, nebo naopak v útlumu, neschopen jakékoliv aktivity. Dochází ke zhoršení celkové výkonnosti.

Další poruchy duševního zdraví, které návykové látky působí (Nešpor, 2007, ÚZIS ČR, 2019b):

Intoxikace návykovou látkou – v blízké minulosti se dají prokázat jasné známky aplikace látky, příznaky jsou v souladu se známým účinkem látky.

Škodlivé užívání – dochází k tělesnému nebo duševnímu poškození v důsledku návykové látky, příznaky trvají nejméně 1 měsíc, nebo se vyskytují opakovaně během 12 měsíců.

Odvykací syndrom – ke stanovení této diagnózy je nutné nedávné vysazení nebo redukce látky po opakovaném či dlouhodobém užívání a to, aby příznaky byly v souladu se známými známkami odvykacího syndromu.

Odvykací stav s deliriem – odvykací stav je komplikován deliriem, objevuje se především u závislých na alkoholu.

Psychotická porucha po pervitinu – začátek nastal během užívání nebo nejpozději 2 dny po užití, psychotické známky trvají déle než 48 hodin, ne však déle než 6 měsíců.

Amnestický syndrom – tento syndrom je sdružený s chronickým výrazným zhoršením krátkodobé paměti, např. Korsakovova psychóza, při níž dotyčný nahrazuje výpadky paměti konfabulacemi.

Reziduální stav a psychotická porucha s pozdním začátkem (psychotická reminiscence neboli flashback) – začátek poruchy přímo souvisí s užíváním látky. Stav, při němž se opakují prožitky dříve vyvolané návykovými látkami, i když droga aktuálně nebyla požitá, jsou typické pro pervitin a halucinogeny. Vymizí při abstinenci nejpozději do jednoho až dvou let.

Duální diagnózy – pojem „duální diagnóza“ označuje souběh poruchy z užívání návykových látek a jiné psychické poruchy. Jde o specifický typ psychiatrické komorbidity, čímž se obecně rozumí výskyt dvou a více psychických poruch u jednoho klienta (Kalina & Minařík, 2015). Pojmy „komorbidita“ a „duální diagnóza“ se často zaměňují. EMCDDA (2004) přejímá definici komorbidity nebo duální diagnózy Světové zdravotnické organizace, podle níž se jedná o souběžný výskyt poruchy spojené s užíváním psychoaktivní látky a další duševní poruchy u jedné osoby. Jinými slovy jde o dočasnou koexistenci dvou nebo více duševních poruch osobnosti, z nichž jednou je problémové užívání návykové látky.

Jeřábek také zmiňuje autory Fox, Drake, Muesser et al. (2010, in Jeřábek, 2015), kteří dávají přednost pojmu „současně se vyskytující porucha“, jelikož původní vymezení pojmu „duální diagnóza“ napříč literaturou není jednotné a může tak být omezující. Výraz, který autoři používají, se může použít v souvislosti s jednou či více duševními poruchami ve spojení s jednou či více závislostmi.

Nešpor (2003) pak popisuje dva vztahy duševní poruchy a návykové nemoci. Prvním je, když se závislost na návykové látce objeví u klienta, který již předtím trpěl jinou duševní poruchou. U řady duševních poruch je výskyt návykových problémů vyšší než u běžné populace. Jedná se například o depresivní poruchy, poruchy osobnosti, poruchy příjmu potravy, sociální fobie či posttraumatické stresové poruchy ještě před vznikem problému s návykovou látkou. Druhý je vztah opačný, kdy se duševní nemoc manifestovala už u jedince, který návykové látky zneužíval či byl závislý. Týká se například také posttraumatické stresové poruchy, jež však v tomto případě vznikla až po rozvoji návykového problému, propuknutí schizofrenie nebo deprese u člověka, který dlouhodobě zneužívá drogy z konopí. Zároveň upozorňuje na zjednodušující příklad, jelikož jsou

v obou případech příznaky duševního onemocnění a návykové nemoci v interakci a vzájemně se ovlivňují.

2.3 Sociálně-právní dopady

Sociální dopady v souvislosti s užíváním drog představují široké spektrum problémů od potíží s bydlením (bezdomovectví), přes ztrátu zaměstnání či dlouhodobou nezaměstnanost, po problémy ve vztazích s blízkými osobami (Mravčík et al., 2020). Vyhraněnou formou je pak sociální vyloučení (*social exclusion*), což je stav extrémního znevýhodnění určité sociální skupiny, které vyplývá z nerovného přístupu ke kulturním, ekonomickým, občanským a sociálním zdrojům a právům (Mathieson et al., 2008).

EMCDDA (2003) uvádí faktory, které se podílejí na sociálním vyloučení. Patří sem problémy s prosazením se na trhu práce, nízká úroveň vzdělání, nízká životní úroveň, zadluženost, zdravotní problémy, příslušnost k národnostní menšině, nerovnost pohlaví, násilí nebo právě užívání návykových látek, přičemž užívání drog i další faktory lze považovat jak za příčinu, tak za následek sociální exkluze. Singer, Bulled a Ostrach (2012) pak zdůrazňují propojenost problémů, které se navzájem potencují a mají charakter vzájemně se ovlivňujících jevů.

Výše zmíněné pak potvrzují také data z České republiky (Mravčík et al., 2020). Významným zdrojem informací o socioekonomické situaci uživatelů drog v ČR je Národní registr léčby uživatelů drog (NRLUD), kam bylo v daném roce nahlášeno 15 325 klientů. U uživatelů nelegálních drog převažovalo základní vzdělání. Nejvyšší podíl nezaměstnaných byl pozorován mezi uživateli pervitinu, opioidů a konopných látek. Stejně tak byl mezi těmito uživateli nejvyšší podíl osob s nestabilním bydlením či bez domova.

Také průzkum *Multiplikátor 2019* potvrzuje zmíněná data. Nestabilní ubytování či bezdomovectví uvedly dvě třetiny respondentů, polovina pak uvedla nestabilní či nelegální příjem. Alarmující je zadluženost mezi uživateli drog. Dluhy v rámci průzkumu uvedlo 82 % klientů, přičemž výše dluhu se pohybovala v rozmezí 100 Kč – 9,1 milionu Kč (průměrná výše byla 573 tisíc Kč, medián 200 tisíc Kč). Zadluženost pro většinu uživatelů představuje zásadní bariéru údravy a sociální reintegrace a bez vnější pomoci se jedná pro většinu zadlužených o obtížně řešitelnou situaci (Mravčík et al., 2020).

Trestná činnost – již od roku 2007 EMCDDA doporučuje používání pojmu „*trestná činnost související s drogami*“. Tento termín by měl nahradit doposud používané pojmy,

včetně hojně používaného pojmu „drogová kriminalita“ v naší zemi. Důvodů ke sjednocení terminologie je hned několik, například reálnější hodnocení této problematiky či snaha o systémové dělení a jasné definice jednotlivých typů trestné činnosti související s drogami (Gabrhelíková, 2015).

Z této typologie pak vychází konceptuální model, který sestává ze čtyř typů drogové trestné činnosti, jež Carpentier (2007) popisuje takto:

- 1) **Psychofarmakologicky podmíněná trestná činnost** – jde o trestné činy, které jsou spáchány v důsledku akutního nebo chronického užívání, tedy pod vlivem psychoaktivní látky. Nejčastěji tento typ potencují látky jako alkohol, stimulancia a částečně opiáty. Jedná se o trestné činy ublížení na zdraví, loupeže, přepadení, sexuální napadení a další.
- 2) **Ekonomicky motivovaná trestná činnost** – páčání trestné činnosti za účelem získání peněz na financování užívání drog. Jde zpravidla o majetkovou trestnou činnost (např. krádeže, vykrádání aut, lékáren, falšování lékařských předpisů).
- 3) **Systémová trestná činnost** – trestné činy páchané v rámci nezákonných drogových trhů jako součást procesu nezákonné nabídky a distribuce. Vztahuje se zejména k násilným trestným činům, jako jsou napadení či vraždy. Rozsah této trestné činnosti je dán konkrétní drogovou politikou státu.
- 4) **Trestné činy porušující protidrogovou legislativu** – zpravidla se jedná o držení, přechovávání, pěstování, výrobu, dovoz návykových látek, výrobu a obchod s prekurzory. Řadí se sem i řízení pod vlivem návykových látek.

V praxi se jednotlivé typy mohou prolínat, může se objevit více typů trestné činnosti u jednoho pachatele v delším časovém období, ale i najednou. Důležité je také zmínit, že do vztahu užívání návykových látek a páčání trestné činnosti vstupují i další faktory, jako je osobnost, vzorec užívání návykových látek či socioekonomická situace uživatele (Gabrhelíková, 2015).

V naší zemi se standardně rozlišují a sledují tři druhy drogových trestných činů. Jde o tzv. primární drogové trestné činy (porušování paragrafů, v jejichž názvu nebo popisu se objevuje slovo „droga“, „omamná a psychotropní látka“ či její další synonyma, př. držení drog a nakládání s nimi), dále jsou to sekundární drogové trestné činy (k nim dochází za účelem obstarávání si prostředků na nákup drog, př. krádeže, loupeže) a terciální drogové

trestné činy (zde se uživatel drog stává obětí trestného činu, př. násilné trestné činy, sexuální trestné činy, vydírání apod.) (Zábranský, 2003; Zábranský & Mravčík, 2015).

Riziko páčání trestné činnosti související s drogami se týká uživatelů návykových látek ve všech fázích užívání, tedy včetně experimentátorů i příležitostných uživatelů, kteří s tímto rizikem obvykle nebývají spojováni. Nejvyšší riziko páčání této trestné činnosti je spojeno s problémovými uživateli a osobami závislými. Důležitým poznatkem je také to, že míra užívání návykových látek významně ovlivňuje rozsah a intenzitu konfliktu se zákonem. Oproti tomu abstinence riziko páčání těchto trestných činů významně snižuje, případně zcela omezuje (Gabrhelíková, 2015).

V důsledku páčání trestné činnosti související s drogami se řada klientů dostává do vězení, přičemž tam mohou, nicméně nemusejí abstinovat. Míra motivace nevrátit se k předešlému způsobu života je po propuštění z vězení různá. Existuje málo zařízení, která by se věnovala klientům vracejícím se z výkonu trestu odnětí svobody, zvláště pak specifické skupině uživatelů návykových látek, a nabízela jim cílenou a efektivní podporu. V omezené míře pomoc těmto klientům nabízejí Drogové služby ve vězení (Gabrhelíková, 2015).

Kalina (2000) uvádí, že následná péče by v sobě měla propojovat prvky postpenitenciární péče (otázky týkající se bydlení a zaměstnání) a následné péče ve smyslu léčebného kontinua (řešení drogového problému), jehož poslední fází je doléčování. Fox (2000) potvrzuje, že tato následná péče vězňených uživatelů drog výrazně snižuje míru recidivy a relapsů. Uvádí však, že pracovníci drogových služeb musí mít k vězňům přístup již v průběhu výkonu trestu odnětí svobody tak, aby podpořili jejich účast v léčbě a vytvořili plán pro výstup z vězení.

Abstinence po propuštění z výkonu trestu klade na klienta výrazně odlišné nároky. Objevuje se řada rizikových faktorů, počínaje přeceňováním vlastních sil a s tím spojené podcenění rizika relapsu. V případě, že k němu dojde, je pak vysoké riziko opětovného páčání trestné činnosti související s drogami (Gabrhelíková, 2015).

2.4 Spirituální dopady

Etymologicky je slovo spiritualita odvozeno z latinského spiritualis (duchovní), které pochází od spiritus (dech nebo duch). V křesťanské tradici odkazuje k působení třetí božské osoby na člověka, a hlavně pak k odezvě tohoto působení v jeho životě. Spiritualita

je tedy v tomto pojetí vnitřní život člověka, duchovní život, iniciovaný působením Ducha a prodchnutý Bohem (Vojtíšek, 2012). Psychologický slovník definuje spiritualitu jako „*duchovnost, vyhraněná zaměřenost na psychickou stránku člověka; důraz na co nejmenší závislost psychiky na faktorech tělesných*“ (Hartl & Hartlová, 2015, s. 556). Nešpor (2009) ve své publikaci uvádí, že spiritualita dává smysl minulosti, přítomnosti i budoucnosti, pomáhá rozlišovat hodnoty. Zahrnuje transcendenci čili zkušenosti s něčím, co přesahuje osobní Já. Spiritualita vede ke spojení se sebou, s druhými lidmi, tradicí, přírodou, Bohem, Vyšší silou nebo vesmírem.

Říčan (2006) upozorňuje na to, že v hodnotovém systému člověka poměrně vysoko stojí bytostně spirituální potřeba smyslu, na kterou upozornil již Carl Gustav Jung a na níž postavil své dílo Viktor Frankl. Tato potřeba, která je individuálně různě výrazná i strukturovaná u každého jedince a propojená s dalšími motivačními, kognitivními a emočními komponentami osobnosti, může být chápána jako jeden z dominantních integračních faktorů psychiky. Domnívá se, že poznání spirituality a práci s touto komponentou osobnosti bude hrát významnější roli především v psychoterapii.

V souvislosti s užíváním drog se setkáváme se spiritualitou spíše v modelech vysvětlujících vznik závislosti či při hledání hlubších kořenů závislosti. V rámci bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti chápe Kudrle (2003a; 2003b) spiritualitu jako vztah k tomu, co člověka přesahuje, k čemu se vztahuje jako k nejvyšší autoritě, řádu, ideji. Jako intimní oblast přímého prožitku toho, co je za každodenním úsilím, co mu dává smysl, co dává smysl životu vůbec. Při hledání hlubších kořenů závislosti pak nachází tři hlubší motivace a potřeby, z nichž jednou je potřeba transcendence utrpení v zážitku splynutí a/nebo sebezpřekročení, jednoty se sebou samým a s druhými, jednoty s Bohem. K této potřebě nalézá také korespondující drogy, které tyto prožitky umocňují. Jsou jimi psychedelika, látky zjevující cosi z nejhlubších úrovní lidské psychiky.

Podstatným předpokladem zneužívání drog může být, jak uvádí Kudrle (2003a; 2003b; 2008), absence smyslu života či duchovních hodnot, ale také nedostatek pokory, nevyvážené zaměření se na materiální zisky a rozčarování nad jejich pomíjivým uspokojením. Tvrdí, že jisté procento závislých lidí původně hledalo v užívání drog naplnění potřeby spirituality. Namísto vnitřní svobody však tyto lidé nachází fatální vazbu na drogu. Konstatuje, že čím větší je potenciál drogy pro naplnění rychlého uspokojení a tím i pro závislost, tím nižší je její potenciál spirituální.

Riesel (2017) vidí jako hlavní duchovní potřebu víru a vědomí, že lidský život má smysl. Ten však není zaměřen na konkrétní cíl, jde o hodnotu instrumentální, o cestu. Významná je také potřeba sebeúcty či zbavování se pocitu samoty, marnosti a odcizení. Jako důležitou vnímá potřebu přátelství a lásky v obecném slova smyslu. Mezi spirituální potřeby řadí také spravedlnost, ideály, zbavování se viny či smířlivý vztah ke konečnosti života.

Poškození v duchovní oblasti člověka důsledkem užívání drog se dle Riesela (2017) projevuje především v jeho prožívání, hodnocení a chování, které dokládají postupný úpadek osobnosti. Lidem závislým na návykových látkách postupně uniká smysl a hodnota života. Prožívají nudu a prázdnotu, objevují se poruchy nálady, životní prožitek a perspektiva jsou vztahovány pouze ze dne na den. Běžný život se stává zátěží. Úpadek duchovní oblasti lze sledovat nejen v oblasti psychosociální, se kterou je úzce spjatý, ale i v oblasti existenciální. S úpadkem spirituality bývá spojený úpadek identity člověka, čímž je myšlena hodnotová podstata člověka, jeho sebepojetí.

Mravčík (2017) konstatuje, že mapováním a kategorizací dopadů problémového užívání návykových látek se zabývalo několik prací přehledového charakteru. Ve své práci provádí výčet analýz, které se tímto tématem zabývaly. Jednotlivé studie zpravidla sestavují kritéria škod působených uživateli na individuální úrovni a působených na okolí. Škody působené člověku jsou pak rozdělovány do skupin, které zahrnují například somatické, psychické, sociální dopady či dopady v chování.

V žádné zmiňované kategorizaci nefigurují dopady problémového užívání drog na spiritualitu člověka. V rámci holistického přístupu je tak spirituální oblast zcela vynechávána. Možným důvodem je velmi úzká propojenost s oblastí chování a prožívání člověka, kde jsou změny ve spirituální oblasti pozorovatelné (jak se o ní zmiňuje Riesel), jenž je popisována prostřednictvím dopadů v psychické oblasti. Tato oblast zřejmě také není jasně definovaná, vždyť i pojetí spirituality není jednotné. V rámci holistického přístupu se podařilo definovat vliv spirituální oblasti na vznik závislosti. Hojně je však se spiritualitou pracováno v léčebném procesu. Pro příklad uveďme logoterapii, existenciální analýzu, 12krokový program využívaný především svépomocnými skupinami, jako jsou Anonymní alkoholici. Se spiritualitou pracuje také daseinanalytická psychoterapie, satiterapie či transpersonální přístupy. Nicméně tato oblast – dopady problémového užívání drog na spiritualitu člověka, by mohla být předmětem zájmu studií nebo lépe ukotvena v odborné literatuře.

3 SPECIFICKÉ SKUPINY UŽIVATELŮ DROG

Vymezit specifické skupiny uživatelů drog lze několika způsoby. Například Frouzová (2003) uvádí pohled, ve kterém bere v potaz procesy, do kterých drogy vstupují. Jde o zrání a rozvoj psychické struktury, socializaci a akulturaci či hledání dalších rozměrů lidské existence a jejího smyslu. Cílové skupiny pak jde charakterizovat krom jiného také specifickým zacházením s drogou a jejími následky či specifickými formami závislosti. Nepustil, Pančocha, Frišaufová, Kalivodová a Bártová (2012) uvádí, že samotné charakteristiky některých skupin jsou specifické, často tyto skupiny bývají opomíjeny ze strany poskytovatelů služeb, ale i výzkumníků či široké veřejnosti. Domnívá se, že nerespektování specifických charakteristik a potřeb vede k tomu, že tito lidé využívají existujících služeb ve velmi malé míře, a tím jsou jejich problémy dlouhodobě neřešeny. Považuje tyto jedince za zranitelné, přičemž si zasluhují stejnou, ne-li větší pozornost.

Zdá se, že specifické skupiny mají specifické potřeby a dle toho je vhodné k nim přistupovat. Nicméně Dvořáček (2018) však polemizuje s pohledem na specifické skupiny. Obecně myslí, „že cokoliv ‚specifického‘ je jen důsledkem snahy mozku o kategorizaci a nedostatkem této kategorizace“ (Dvořáček, 2018, s. 11). Pojímá specifickou cílovou skupinu jako umělý konstrukt a varuje, že dělení pestré reality do kategorií, do deskriptivních jednotek, je nikdy nekončící příběh, který se postupně bude více a více vzdalovat od původní podstaty reality. Spatřuje tak dva základní způsoby, jak přemýšlet o specifických potřebách klientů: vytvářet specifické programy nebo žádné takové programy nevytvářet. Sám se přiklání k druhému způsobu, k nevytváření kategorií, respektive k vytvoření jen jedné úrovně konečných kategorií, kterou je sám konkrétní klient.

I přes tento pohled přinášíme několik skupin, o kterých se domníváme, že specifické jsou. Setkáváme se s nimi v rámci nízkoprahových služeb, s některými z nich je obtížné navázat kontakt, s jinými je jiná, specifická práce. Jde o děti a dospívající, ženy, matky s dětmi, uživatele drog ve výkonu trestu odnětí svobody, stárnoucí uživatele drog a etnické

minority. Literatura uvádí i další skupiny, například skupinu uprchlíků a migrantů, gamblerů, lidí s jakýmkoliv druhem postižení či lidí z komunity LGBT. Těmto skupinám se následující text nevěnuje, jelikož s těmito klienty se v Kraji Vysočina příliš nesetkáváme.

3.1 Děti a dospívající

Skupina dětí a dospívajících není pouze okrajovou populací ohroženou užíváním návykových látek (Broža, 2003).

Aktuální výsledky realizovaných školních studií v ČR ukazují pokles prevalence kouření tabáku, užívání alkoholu i nelegálních návykových látek mezi dětmi a mládeží. Tím se čeští školáci dostávají na evropský průměr. Ze studie HBSC 2018¹ vyplynulo, že mezi patnáctiletými klesla v období 2010–2018 zkušenost s cigaretami někdy v životě, a to jak u chlapců, tak i u dívek. K poklesu došlo i ve zkušenosti s užitím konopných látek někdy v životě a v posledních 30 dnech užilo konopné látky shodné procento chlapců i dívek jako v roce 2014 (Mravčík et al., 2019).

Významným mezníkem z pohledu expozice návykovým látkám je přechod ze základní na střední školu, což potvrdila školní studie Katedry psychologie Filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci z roku 2018. Ke stabilizaci míry užívání návykových látek i jeho intenzivnějších forem pak dochází kolem 18. roku věku. Vyšší mírou užívání návykových látek jsou pak také ohroženy děti a mládež v institucionální výchovné péči (Dolejš & Skopal, 2015).

Specifické u skupiny dětí a dospívajících je, jak na ně návykové látky působí. Nešpor (2007) uvádí, že u této skupiny podstatně rychleji vzniká závislost na návykových látkách. To, co u dospělého může trvat roky či desítky let u dětí a dospívajících může být i řádově během měsíců. Existuje zde vyšší riziko těžkých otrav s ohledem na nižší toleranci, menší zkušenost, sklon k riskování a tím pádem vyšší riziko nebezpečného jednání pod vlivem návykové látky. Patrné je u dětí a dospívajících závislých na návykových látkách také zřetelné zaostávání v psychosociálním vývoji (vzdělávání, emoční vyzrávání, sebekontrola,

¹ Mezinárodní studie *The Health Behavior in School-aged Children* bývá v ČR realizována v pravidelných čtyřletých intervalech. Zaměřuje se na zdraví a životní styl žáků základních škol ve věku 11, 13 a 15 let. Realizátorem studie v roce 2018 byl Institut aktivního životního stylu Fakulty tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci ve spolupráci s Národním ústavem duševního zdraví a za podpory MŠMT, MZ a UNICEF ČR. Pro tuto studii bylo náhodně vybráno 227 škol ze všech krajů na území ČR, sesbíráno bylo celkem 13.377 validních dotazníků (Mravčík et al., 2019).

sociální dovednosti aj.). Tato skupina má také častější tendence zneužívat širší spektrum látek, přecházet od jedné ke druhé či užívat více látek současně. I to zvyšuje riziko otrav a dalších komplikací. V neposlední řadě pak návykové látky u dětí narušují vytváření sítí mozkových buněk.

Mezi rizikové faktory užívání drog dětmi patří porucha sebehodnocení spojená s chybějící sebejistotou při kontaktu s vrstevníky a nedostatkem důvěry ve vlastní schopnosti. Prožívaná aktuální krize, jako je selhání ve škole, zklamání v lásce či rozchod s partnerem. Zvláště ohrožení jsou děti a mladiství, kteří zažili přerušování vztahů, jako jsou odloučení od rodičů, onemocnění, nehody, úmrtí blízkého člověka, ale i méně dramatické události, jako jsou stěhování, změna školy či ukončení vztahů s přáteli (Göhlert & Kühn, 2001).

V rámci práce s uživateli návykových látek platí pravidlo, že s čím mladším jedincem pracujeme, tím více je potřeba do spolupráce zapojit i rodinné příslušníky. Hlavním cílem je motivace rodičů k aktivitě při navozování změny. Rodiče jsou v tomto období pro dítě stále nejvýznamnější osoby, což platí i v případě, že neplní své funkce dle společenských norem. Při práci s dětmi a dospívajícími je potřeba počítat s masivními obrannými reakcemi a odporem. Nejefektivnějším způsobem zpracování problému s užíváním drog dětí je rodinná terapie, ideálně s celým rodinným systémem (Broža, 2003).

3.2 Ženy

Statistická data i zkušenosti z praxe ukazují, že rozdíly mezi drogovou závislostí u mužů a žen jsou významné a mnohdy vyžadují odlišný přístup (Preslová, 2015). Na první pohled by se mohlo zdát, že to, co činí ženskou skupinu odlišnou od té mužské, jsou převážně specifické problémy spojené s těhotenstvím a mateřstvím, tedy že je rozdílnost spjata spíše s biologickými faktory. Tento pohled je samozřejmě legitimní, nicméně feministické hnutí, jež definuje specifickou ženskou skupinu na drogové scéně, upozorňuje na kulturní a sociální podtext tohoto problému (Vobořil, 2003). Podstatou specifčnosti je fenomén, který formulovala Ettorre (1992) jako tzv. „*dvojí deviaci*“, kdy je žena deviantní nejen pro své užívání návykových látek, ale také zklamává ve své ženské, případně mateřské roli. Společnost tak vyvíjí tlak, jenž s sebou nese reálná rizika bránící ženám vystoupit z anonymity (Vobořil, 2003; Preslová, 2015).

Vobořil (2003) vymezuje další specifikum, kterým je otázka komorbidit. Zmiňuje studie léčených žen s poruchami příjmu potravy, které upozorňují na vysoký výskyt užívání drog

a alkoholu u dané populace. Studie mezi ženami trpící bulimií pak ukazují na statisticky významně vyšší výskyt užívání kokainu a amfetaminů oproti běžné populaci. Další četné studie poukazují na časté fyzické týrání a s tím spojené psychické potíže. Nešpor (2007) doplňuje, že závislé ženy častěji trpí depresemi a úzkostí a naopak méně se u nich objevují poruchy osobnosti.

Specifika žen spočívají také v rychlejším vzniku závislosti a v průběhu užívání. Ženy mají menší játra, která ve větší míře metabolizují hormony. To, spolu s nižší hmotností, vyšším obsahem tuku v těle, nižší aktivitou příslušných enzymů a dalšími faktory, vede k tomu, že návykové látky u žen působí silněji (Nešpor, 2007). V anamnéze závislých žen je také častěji uváděno sexuální zneužívání, které se však objevuje až v průběhu delší psychoterapeutické léčby, kdy klientka nachází odvahu k „přiznání“ tabuizovaných témat či si díky léčbě uvědomí, že jisté chování vůči ní bylo násilné. Charakteristická tak pro tyto ženy je jakási neschopnost určení hranic a cítění osobního teritoria. Zneužívání nebývá spojeno pouze s obdobím dětství či dospívání klientky, ale často se s ním setkává i na drogové scéně. Ženy v drogovém světě přechází pod nadvládu dominantního až násilnického muže, vůči kterému nemají či neznají mechanismus obrany, anebo jim to připadá vzhledem k anamnéze normální (Preslová, 2015).

U žen se také častěji setkáváme s tématem prostituce, a to v přímém i přeneseném slova smyslu (tím, že s někým účelově žijí). Tyto klientky se v léčbě vyznačují značnou stydlivostí, problematickým vztahem ke svému tělu, nízkým sebevědomím, neschopností navazovat normální vztahy či najít hranice vůči druhému pohlaví. Zvláštním fenoménem je také odlišnost žen, které začaly užívat návykové látky, aby mohly dál vykonávat či snášet prostituci, čímž se dostaly do závislosti, a žen tzv. primárně závislých, které si prostitutí drogy obstarávaly (Preslová, 2015).

3.3 Uživatelky drog – matky s dětmi

Jak je nastíněno v předešlé kapitole, drogově závislé ženy vyžadují specifický přístup. Zvláště pak skupina žen těhotných a matek vyžaduje výraznější potřebu zvýšené péče. Specifičnost této klientely spočívá v tom, že hledáme ideální řešení minimálně pro dvě osoby. Matku a dítě. Vystává tak otázka priorit, komu vlastně pomáháme a jaký cíl sledujeme. Tyto klientky se ocitají v těžkém životním období, což je také důvodem, proč jim věnujeme zvýšenou péči. Celá situace pro ně představuje zátěž, která je může k drogám stále vracet (Preslová, 2003).

Drogově závislé ženy-matky, se také setkávají s celou řadou předsudků. Jde především o názory, že závislá těhotná žena automaticky změní svůj postoj k drogám a porodem si vytvoří mateřský vztah k dítěti, že pokud tato žena není motivována k léčbě, nemá žádný vztah k dítěti nebo že se tato žena nebude schopna starat o dítě ani v případě abstinence (Preslová, 2003).

Těhotné ženy a matky se do péče zařízení věnujícímu se práci s uživateli drog dostávají nejčastěji třemi různými způsoby. Může se jednat již o klientku nízkoprahového zařízení pro uživatele drog, která otěhotní. Je tedy možné s ní nadále pracovat. Jde v podstatě o nejvýhodnější způsob, jelikož s klientkou máme kontakt předtím, než otěhotní. Lze předpokládat, že je vybudována důvěra mezi klientkou a pracovníky zařízení. Může tak docházet k základní prenatalní péči, lze zamezit rizikům, pomáhat řešit sociální otázky, poskytnout základní podporu, probírat otázky substituční léčby, otázky týkající se abstinence, případných potratů, adopce a další citlivá témata. Druhým způsobem bývá, že žena užívající návykové látky porodí dítě s neonatálním abstinčním syndromem a z porodnice je kontaktován a informován příslušný odbor, následně pak adiktologické zařízení. V těchto případech záleží na mnoha faktorech. Na zájmu matky o dítě, ochotě matky podstoupit případné léčení, aktivitě a informovanosti příslušného pracovníka orgánu sociálně-právní ochrany dětí. V těchto případech je nezbytná spolupráce jednotlivých institucí. Poslední situací je, když žena užívající drogy má v péči dítě či děti a na situaci upozorní okolí, nejčastěji sousedé, škola nebo další rodinní příslušníci. Tyto případy bývají nejméně nadějně. Problém s užíváním trvá dlouho, setkáváme se zde se zanedbáváním péče o dítě. Rodina tímto způsobem žije delší dobu a zásah zvenčí bývá přijímán velmi obtížně (Preslová, 2003).

Užívání drog rodičů také negativně ovlivňuje vytváření pevných emocionálních vazeb dětí k rodičům (Kerwin, 2005). Pevná citová vazba alespoň na jednoho z rodičů má pro rozvoj a výchovu dětí zásadní význam (Bowlby, 1969). Životy dětí mohou být užíváním drog ze strany jejich rodičů značně negativně poznamenány, pokud jsou odsunovány do pozadí a jejich potřeb si z větší části nikdo nevšímá, nebo je zcela ignoruje. Skrytá újma spočívá v negativním dopadu na jejich emoční a sociální vývoj (Barnardová, 2011).

Děti uživatelů drog jsou také častěji ve styku s trestnou činností a současně tak vystaveny riziku, že jeden, nebo oba rodiče půjdou do vězení. Drogové kariéry rodičů trvají většinou mnoho let, během nichž i děti ulpívají ve vzorci nepředvídatelnosti a chaosu. Střídavě procházejí periodami stability a zmatku se svými rodiči. Periody užívání drog stabilitu

domácnosti podkopávají a v těchto dobách bývají potřeby dítěte podřízeny potřebám vyvolávaným drogovým problémem a stávají se tak zranitelnými zejména vůči zanedbání, týrání a zneužívání (McKeganey, Bernard, & McIntosh, 2002; Bernard & McKeganey, 2004;).

Zvláště problematické je určení dlouhodobého vlivu užívání drog matky na dítě s ohledem na jeho další psychický vývoj. Přetrvávající drogové problémy rodičů se odrážejí v nestabilitě péče a v pravidlech rodinného soužití vůči dětem. Rodina se často dostává do sociální izolace, popírá celý problém a vztahy mezi jednotlivými členy rodiny bývají narušeny (Preslová, 2003). Z některých dostupných výzkumů však již vyplývá, že mnohé z těchto dětí mají potíže v dospívání a rané dospělosti, ke kterým patří i pravděpodobnost, že samy začnou s problémovým užíváním drog (Clark, Cornelius, Wood, & Vanyukov, 2004; Clark, Cornelius, Kirisci, & Tarter, 2005).

Výjimečnost by tyto klientky měly nacházet především ve snadnějším přístupu k léčbě, což zastává většina evropských zemí, kdy je v případě léčby těhotných závislých žen proklamován rychlejší a nekomplikovaný přístup k terapii. Jedním z úkolů bude také systematické sledování generace dětí těchto matek a jejich další somatický a psychický vývoj (Preslová, 2003).

3.4 Uživatelé drog ve výkonu trestu odnětí svobody

Pachatelem trestného činu se může stát experimentátor, pravidelný nebo problémový uživatel a stejně tak i osoba drogově závislá. Je možné předpokládat, že s přibývajícím frekvencí a intenzitou užívání se pravděpodobnost, že klient spáchá trestný čin a bude obviněn z jeho spáchání, zvyšuje (Müllerová, 2003).

Účelem výkonu trestu odnětí svobody je zabránit odsouzenému v dalším páchání trestné činnosti a soustavně dotyčného vychovávat tak, aby vedl řádný život občana (Jargus, 2003). Od října roku 2017 jsou v ČR pouze dva typy věznic, a to s ostrahou a se zvýšenou ostrahou. V ostraze je dále vytvořen systém tří oddělení diferencovaných podle stupně zabezpečení: oddělení s nízkým, středním a vysokým stupněm zabezpečení (Vězeňská služba ČR, 2021a).

Do systému péče o uživatele drog patří také péče o ty, kteří se ocitají ve vězení. Dostupnost adiktologických služeb je zde však mnohem nižší než ve společnosti. Některé typy služeb jsou klientům zcela nedostupné (př. výměnný program) a jiné mají natolik

omezenou kapacitu, že je pro většinu klientů zcela nedostupná (dlouhodobé terapeutické programy) (Jargus, 2003).

Vězení je specifické sociální prostředí, kde se dostáváme do kontaktu s lidmi na čas izolovanými od běžné společnosti. Postupně se u nich rozvíjí proces tzv. prizonizace osobnosti. S touto postupnou proměnou v člověka adaptovaného na vězeňské podmínky a hůře přizpůsobitelného na běžný život se musí počítat, pokud má být péče o uživatele drog ve vězení smysluplná a úspěšná (Jargus, 2003).

Uvěznění člověka dlouhodobě užívajícího drogy znamená většinou pro něj samotného i jeho nejbližší okolí výrazný životní zlom. Je vytržen z každodenních vztahů, ve kterých se do té doby pohyboval, a umístěn do prostředí, kde má velmi omezené možnosti svobodně se rozhodnout s kým a jak bude trávit čas. Jde o silný zásah do identity jedince, který často vede k obecným otázkám po dalším životním směřování. Důvodem pro více či méně vágně formulované rozhodnutí přestat brát drogy může být nucená abstinence či vnímaná těsná souvislost mezi užíváním drog a uvězněním. Toto rozhodnutí bývá podporováno i rodinnými příslušníky a blízkými, kteří mu připomínají, jaké negativní důsledky jeho užívání drog mělo. Zdálo by se tak, že abstinence je po výstupu z vězení společným cílem jedince i jeho okolí, že jde o ideální výchozí pozici pro úspěšné zvládnutí drogového problému. Existuje však celá řada obtížně zvládnutelných překážek k tomuto cíli, což ukazuje vysoká míra drogové i kriminální recidivy. Samotný pobyt ve vězení a soužití s vězeňskou subkulturou vedou spíše ke vzdálení se jedince od většinové společnosti (Škvařilová, Nepustil, Jargus, & Zábranský, 2006).

Někteří sociologové (Foucault, 1999; Bourdieu, 1997) si všimli, že vězení prohlubuje a neustále stvrzuje delikventní identitu, vyvolává sociální exkluzi. Výrazné komplikace přináší také samotný výstup z vězení. Goffman (1961) popisuje tzv. výstupní úzkost („anxiety of release“), která se projevuje pocity dezorientace, zmatku, nejistoty a může vést k drogovému relapsu. Jedinec navíc opouští prostředí, které utvářelo rozhodnutí abstinovat a navrací se tam, kde je takové rozhodnutí irelevantní, mezi uživatele drog, kde navíc může díky svému pobytu ve vězení získat určitou prestiž.

Delikventní identita je i po výstupu udržována a zviditelňována prostřednictvím rejstříku trestu, verbálního projevu, povinností navštěvovat určité instituce, úřady a významnou komplikací jsou také finanční dluhy, které ve vězení často ještě narůstají. Původní optimismus je tak vystřídán skeptickým postojem (Škvařilová et al., 2006).

Nelze se domnívat, že vězení jsou vůči drogám uzavřena a že odsouzeným nezbyvá nic jiného než abstinovat. Idea bezdrogových vězení je stejně nereálná jako idea bezdrogové společnosti (Cranstoun Drug Services, 1997). Distributoři, stejně tak i sami uživatelé drog dokážou být v tomto ohledu velmi kreativní (Škvařilová et al., 2006).

Užívání návykových látek spolu s hraním hazardních her je ve vězeňské populaci v ČR pravidelně zjišťováno prostřednictvím průřezové dotaznické studie, již realizuje Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti ve spolupráci s Vězeňskou službou ČR a agenturou ppm factum research. Probíhá od roku 2010 vždy ve dvouletých intervalech na reprezentativním vzorku odsouzených vězňů, kteří jsou náhodně vybíráni ve všech věznicích ČR. Do studie nejsou zahrnuté osoby stíhané vazebně (Grohmannová, 2017).

Poslední vlna této studie, realizované v roce 2018, ukazuje, že míra zkušeností s nelegálními látkami je v populaci odsouzených vězňů poměrně vysoká. Někdy v životě užilo nelegální drogu více než 57 % dotázaných, přičemž se nejčastěji jednalo o konopné látky, pervitin či extázi. Aktuální zkušenost s nelegální drogu, tedy v posledním roce, uvedlo 23 % a v posledním měsíci 12 % dotázaných. Zkušenost s injekčním užitím drogy alespoň jednou v životě uvedlo 30 % dotázaných, ve vězení pak drogu injekčně užilo 7 % respondentů. Za problémové uživatele drog lze označit 28 % odsouzených. Někdy v životě během pobytu ve vězení pak užilo nějakou návykovou látku 21 % odsouzených. Nejčastěji se jednalo o alkohol vyrobený ve věznici, léky bez lékařského předpisu či konopné látky (Mravčík et al., 2019).

3.5 Stárnoucí uživatelé drog

Problematické užívání alkoholu a drog v populaci starších lidí se nevěnuje příliš pozornost, bývá podceňována. Problémové užívání alkoholu a závislost této skupiny lidí může unikat pozornosti z důvodu stereotypního vnímání starých lidí nebo kvůli nejistotě při hledání způsobu řešení takového problému, nedostatečné víře v efektivitu léčby a diskriminaci starších lidí (Millerová, 2011). Také EMCDDA (2008) upozorňuje na často opomíjený problém nadužívání alkoholu u starších dospělých a seniorů, ale také na užívání nelegálních drog a na nadužívání léků, často benzodiazepinů a opioidních analgetik v této skupině.

Nešpor (2007) odhaduje, že závislosti ve vyšším věku spolu s jejich léčbou budou nabývat na významu úměrně tomu, jak ve většině vyspělých zemí stárne populace. S tím souhlasí

také Skopalová (2014), která se domnívá, že vzhledem k aktuálním demografickým trendům lze očekávat stále častější zastoupení seniorů a starších dospělých mezi klientelou využívající adiktologické služby.

V diskusi o zneužívání návykových látek mezi staršími osobami se objevují dva základní vzorce užívání, resp. uživatelské skupiny. První skupinou jsou lidé s dlouhou historií užívání návykových látek, kteří nadále užívají i v pozdějším věku. Druhá skupina zahrnuje jednotlivce, u kterých se návyk vyvíjí v pozdějším věku (EMCDDA, 2008).

Téma užívání návykových látek mezi seniory či mezi staršími dospělými nebylo v prostředí České republiky specificky mapováno. Z dostupných dat týkajících se prevalence a dalších indikátorů užívání návykových látek v české populaci je však možné se domnívat, že se tato problematika nevyhýbá právě ani populaci starších osob. A to jak užívání s časným počátkem pokračujícím do pozdějšího věku, tak užívání s pozdním počátkem (Černíková, 2017).

Mravčík et al. (2020) potvrzuje pokračující trend v nárůstu průměrného věku klientů nízkoprahových programů. V roce 2019 dosáhl 33,4 roku, což představuje nárůst o 7,0 roku od r. 2008.

Proces stárnutí je často spojován s řadou sociálních, psychických a zdravotních problémů. Mnohé z nich jsou na jedné straně rizikovými faktory vedoucími k užívání návykových látek u starších osob, na straně druhé mohou být i užíváním těchto látek dále prohlubovány (EMCDDA, 2008). Také Nešpor (2007) uvádí specifika působení návykových látek ve vyšším věku, kam spadá například pokles odolnosti vůči nim, což zvyšuje riziko těžkých intoxikací. Lidé ve vyšším věku se častěji léčí s dalšími onemocněními (př. krevní tlak, diabetes, onemocnění srdce) a užívané léky tak mohou vstupovat do interakcí s návykovými látkami a působit další zdravotní komplikace. EMCDDA (2020) vyjmenovává další potíže starších uživatelů drog, jako jsou časnější nástup degenerativních poruch, výskyt oběhových a respiračních problémů, zápalů plic, dušnosti, hepatitid nebo cirhózy jater. V souvislosti s užíváním drog jsou také vystaveni vyššímu riziku infekcí, předávkování a sebevražd.

Problémem u starších uživatelů opioidů je i nedostatečná léčba bolestivých stavů kvůli zvýšené toleranci k opioidním analgetikům. Při absenci pokynů pro účinnou léčbu bolesti těchto uživatelů hrozí zvýšené riziko nedostatečné medikace, nebo naopak riziko předávkování, a to i v případě podávání benzodiazepinových léků (EMCDDA, 2017).

Psychické problémy seniorů mohou zahrnovat deprese, pocity osamělosti, úzkost, problémy s pamětí, snížení kognitivních schopností, demenci a zmatenost (EMCDDA, 2008). Dow a Gaffy (2015) doplňují tyto potíže o zranitelnost ke zneužívání, ať už psychickému, finančnímu, fyzickému či sexuálnímu.

Sociální síť těchto lidí se skládá ze starších uživatelů drog a pod vlivem předčasných úmrtí se zmenšuje. Vytváření nových vztahů je pro ně obtížné a stigma a ageismus přispívají k sociálnímu vyloučení a izolaci od rodin a přátel. Jejich zdravotní podmínky snižují kvalitu života a omezují je v každodenních aktivitách. Všechny tyto faktory přispívají k depresi a osamělosti. Stigma a pocity studu, které zažívají kvůli tomu, že ve starším věku užívají drogy, mohou bránit vyhledání jakékoli pomoci a zdravotní péče. Velká část problémových uživatelů drog vyššího věku žije o samotě, často bydlí v nevyhovujících podmínkách a jsou nezaměstnaní, ekonomicky neaktivní (EMCDDA, 2020).

K řešení zdravotních, psychických a sociálních potřeb starších uživatelů drog jsou nutné multidisciplinární a inovativní přístupy. V reakci na potřeby problémových uživatelů drog vyššího věku vznikl ve Spojených státech Program geriatrické adiktologické péče (Geriatric Addiction Program). Jedná se o komunitní program, jehož prostřednictvím jsou poskytovány adiktologické intervence v domácím prostředí. Jejich součástí je zhodnocení stavu klienta a doporučení či zprostředkování kontaktu na služby specializující se na péči o osoby vyššího věku. Ageismus a stigmatizaci, kterým jsou tito lidé vystaveni, je možné minimalizovat podporou ze strany starších osob působících v adiktologických službách. Tato „peer“ podpora může přispět k vyššímu sebevědomí, může posílit pocit, že je druzí akceptují a rozumí jim, a vyvolat v nich pozitivní pocity ve vztahu k budoucnosti (EMCDDA, 2020).

Nezbytnou podmínkou je také existence bezpečného a vhodného bydlení. Zde by mohly být užitečné modely typu „Housing First“, které spočívají v co nejrychlejším zajištění bydlení, a teprve poté je věnována pozornost řešení drogového problému daného jedince (EMCDDA, 2020).

EMCDDA (2020) pak shrnuje, že pro poskytovatele služeb jsou v této oblasti klíčovými tématy komorbidita, chronické zdravotní potíže, smrtelná předávkování, předčasné stárnutí organismu, opuštěnost a izolace. Na tyto potřeby je možné reagovat úpravou služeb a rozvojem specializovaných služeb, které se budou zaměřovat na zdravotní i sociální aspekty péče. Zdůrazňuje, že mezi adiktologickými službami a službami poskytujícími

zdravotní a sociální péči musí fungovat přehledné komunikační kanály a systémy zajišťující návaznost péče.

Nepustil a kol. (2012) také doporučuje realizovat výzkumnou studii, která by mohla identifikovat specifika dlouhodobých uživatelů drog, kteří přecházejí do seniorského věku, ale také zjistit, jaké místo má ve službách pečujících o seniory téma užívání drog, a v neposlední řadě také zjistit, jak jsou u seniorů subjektivně vnímány drogy a závislosti.

3.6 Etnické minority

Nejpočetnější etnickou menšinou, se kterou adiktologické služby v České republice pracují, jsou Romové. Cizinci a další národnostní menšiny jsou v kontaktu se službami spíše ojediněle (Mravčík et al., 2020).

V roce 2020 byla publikována analýza dotazníkového šetření zaměřená na užívání látek u romské populace v kontaktu se sociálními pracovníky v ČR. Z této studie vyplývá, že míra užívání návykových látek u Romů, a to včetně denního kouření a pravidelného nadměrného pití alkoholu, byla ve srovnání s běžnou populací 2-6krát vyšší. Užití nelegální drogy v posledních 12 měsících uvedla třetina respondentů, přičemž nejčastějšími látkami bylo konopí a metamfetamin (Chomynová, Kozák, & Mravčík, 2020b).

Specifická práce s romskou klientelou se odráží především v jejich nedůvěřivosti vůči programům či v obavách ze strukturovanější a intenzivnější práce. Časté jsou také potíže s vrácením použitého injekčního materiálu, opakované používání injekčních stříkaček či sdílení jehel. Mezi Romy je běžné vícegenerační užívání, zpravidla nízký věk prvních zkušeností s nelegálními drogami i problémové užívání (Mravčík et al., 2020). Kořínek (2010) ve svém kvalitativním výzkumu zabývajícím se vztahem Romů k drogám také upozorňuje na výraznou důležitost rodiny v průběhu celé drogové kariéry, kdy zřídka dochází k exkomunikaci člena rodiny, uživatele, ale naopak se užívání drog týká všech členů rodiny. Jde o typický jev v komunitě olšských Romů. Mravčík a kol. (2020) uvádí další specifika jako je nízká informovanost o charakteristikách návykových látek a zásadách bezpečnějšího užívání. Nízká je také poptávka po léčbě. Dlouhodobě se osvědčuje spolupráce s indigenními pracovníky, kteří snáze navazují kontakty se skrytou populací, stejně jako kontaktní práce na bytech a sekundární výměny.

V případě cizinců se adiktologické služby častěji zaměřují na tzv. agenturní zaměstnance, mezi kterými je pozorováno nadužívání alkoholu i užívání pervitinu a konopných látek. Mezi tyto cizince patří nejčastěji lidé z Ukrajiny, Bulharska či Rumunska. V Praze je například realizován terénní program zaměřující se na práci se specifickými skupinami, mezi něž patří i cizinci. Programy v Praze uvádí dlouhodobě klesající počty uživatelů drog ze zemí bývalého východního bloku, aktuálně jsou nejpočetnější skupinou uživatelé drog původem z Gruzie užívající především buprenorfin (Mravčík et al., 2020).

Specifická je také skupina uživatelů drog z vietnamské komunity, která je označována za velmi uzavřenou, a tak obtížně přístupnou adiktologickým službám (Mravčík et al., 2020). Díky výzkumu Nepustila, Zajdakové a Šlesingerové (2007) se podařilo získat výpovědi tří vietnamských uživatelů drog a tří dalších lidí obeznámených s děním v komunitě, kteří popisovali vzorce užívání drog velmi odlišné od majoritní společnosti. Typické je kouření heroínu přes alobal v uzavřeném prostředí vietnamské komunity. Uživatelé drog zpravidla nejsou z komunity vyloučeni. Počátky užívání souvisí s neúspěchem podnikání v naší republice, anebo navazují na předchozí drogovou kariéru ve Vietnamu.

Nepustil a kol. (2012) stanovuje některá doporučení vůči etnickým skupinám. Například rozšiřování informací o drogách a způsobech snižování rizik užívání drog a o drogových službách, a to informační kampaní, která by měla být citlivá ke kulturním specifikům, s využitím jejich jazyka a jednoduché formy sdělení. Takovouto kampaň doporučuje realizovat ve spolupráci se členy dané skupiny. U skupin s vyšším stupněm nedůvěry považuje za podstatné zdůrazňovat podstatu drogových služeb, jejich anonymitu a to, že nejsou navázané na represivní složky. Další možnosti práce vidí ve formě komunitního setkávání, ve spolupráci drogových služeb s organizacemi, které v komunitě poskytují jiné služby, či v zapojování členů komunity do všech procesů, které dění v komunitě ovlivňují.

4 CHARAKTERISTIKA KRAJE VYSOČINA

Kraj Vysočina v České republice zaujímá centrální polohu. Sousedí se čtyřmi kraji – Jihočeským, Středočeským, Pardubickým a Jihomoravským. Pro tento kraj je charakteristická členitost území, vyšší nadmořská výška a řídké osídlení (75 obyvatel na km²). Území Kraje Vysočina se nedotýká státní hranice České republiky, nicméně její nejnižší část je vzdálena přibližně 4 kilometry od státní hranice s Rakouskem (ČSÚ, 2020; 2021).

Svojí rozlohou 6 795,75 km² se kraj Vysočina řadí mezi regiony nadprůměrné velikosti, rozlehlejší jsou pouze čtyři kraje v republice. Povrch území je tvořený pahorkatinami Českomoravské vrchoviny, kudy prochází historická zemská hranice Čech a Moravy. Region je atraktivní poměrně nízkým znečištěním ovzduší, nacházejí se v něm i vodohospodářsky významné vodní plochy a zdroje vody (ČSÚ, 2020; 2021).

Území kraje je administrativně členěno na 5 okresů (Jihlava, Pelhřimov, Třebíč, Žďár nad Sázavou a Havlíčkův Brod), 15 správních obvodů obcí s rozšířenou působností (ORP) a 26 obvodů pověřených obecních úřadů (POÚ). V kraji je 704 obcí. Obec na Vysočině má v průměru 724 obyvatel, což je nejméně ze všech krajů České republiky. Nejčteněji jsou zastoupeny obce s méně než 500 obyvateli. Status města má 35 obcí kraje, což je vzhledem k velikosti regionu mírně podprůměrné (ČSÚ, 2020; 2021).

Ekonomická výkonnost kraje za celorepublikovým průměrem zaostává. Ve tvorbě hrubého domácího produktu na obyvatele zaujímá Vysočina mezi ostatními kraji 10. místo. Regionální podíl na celostátním HDP se v posledních letech pohybuje pod úrovní 4 %. Průměrná hrubá mzda v kraji v roce 2019 činila 31 147 Kč, čímž za celorepublikovým průměrem zaostávala o bezmála 3 tisíce korun (ČSÚ, 2020; 2021).

Tradiční a významné postavení v kraji má zemědělství. Z průmyslové výroby má v Kraji Vysočina význam především strojírenské, kovodělné, dřevozpracující a potravinářské

odvětví a energetika. Průmyslovými centry jsou převážně bývalá okresní města (ČSÚ, 2020; 2021).

Kraj Vysočina má stabilizovanou síť základních škol a dostatečnou kapacitu škol středních. V kraji působí deset vyšších odborných škol a pouze jedna vysoká škola: Vysoká škola polytechnická v Jihlavě, která v akademickém roce 2018/2019 měla 2,2 tisíce studentů. Většina studentů vysokých škol tak studuje mimo území kraje. Zdravotní péče je koncentrována v 6 nemocnicích s 2,7 tisíci lůžky (tj 5,3 lůžka na tisíc obyvatel). Ambulantní péče je zajišťována 237 ordinacemi praktických lékařů pro dospělé, 91 ordinacemi dětských lékařů a 237 ordinacemi stomatologů (ČSÚ, 2020; 2021).

K pozitivům Kraje Vysočina patří dlouhodobě nízká kriminalita a nízká sebevraždnost ve vztahu k počtu obyvatel. Počet zjištěných trestných činů v roce 2019 byl celorepublikově druhý nejnižší, v přepočtu na tisíc obyvatel pak třetí nejnižší. Z celkového počtu registrovaných trestných činů bylo v roce 2019 objasněno téměř 63 %. Nejvíce zjištěných trestných činů vykazuje okres Jihlava nejméně pak okres Pelhřimov. V přepočtu na tisíc obyvatel je kriminalita nejvyšší opět na Jihlavsku, nejnižší v okrese Žďár nad Sázavou (ČSÚ, 2020; 2021).

4.1 Demografická a socioekonomická charakteristika

V Kraji Vysočina žije celkem 509 813 obyvatel (ke konci roku 2019). Nepatrně vyšší zastoupení mají ženy, a to 50,3 %. Počet obyvatel kraje v posledních letech vzrostl, a to především vlivem migračního přírůstku. Populační růst v posledních letech je zapříčiněn především zahraniční migrací. I přesto je v kraji evidován relativně nízký počet cizinců. Na území celé České republiky bylo ke konci roku 2019 evidováno 593 366 cizinců, přičemž v Kraji Vysočina se jednalo o 11 921 cizinců a spolu se Zlínským krajem tak patří k regionům s nejmenšími počty cizinců (ČSÚ, 2020).

V kraji je dlouhodobě relativně nízká úmrtnost. V roce 2019 v kraji zemřelo 5 636 osob, mezi nimiž mírně převažovali muži. Příčina úmrtí se dlouhodobě nemění (nemoci oběhové soustavy a zhoubné nádory). V posledních letech byla úmrtnost v kraji nižší než porodnost, jedinou výjimkou byl právě rok 2019. I v tomto kraji pokračuje proces stárnutí obyvatelstva. Průměrný věk obyvatelstva se v roce 2019 zvýšil na 42,9 let. Stárnutí populace dokládá i tzv. index stárí, který vyjadřuje kolik osob ve věku 65 a více let připadá

na 100 dětí ve věku 0–14 let. Koncem roku 2019 tak na Vysočině na 100 dětí připadalo více než 131 osob ve věku 65 a více let (v celé ČR 124) (ČSÚ, 2020).

Pracovní síla v roce 2019 představovala v Kraji Vysočina celkem 256 tisíc osob, což je 60 % z celkového počtu obyvatel ve věku 15 a více let. Z toho 58,7 % osob bylo zaměstnaných. Úřady práce v kraji ke konci roku 2019 evidovaly celkem 9 642 uchazečů o zaměstnání. Příspěvek v nezaměstnanosti poskytovaly úřady práce 46,7 % všech osob vedených v evidenci. Dlouhodobě nezaměstnaných, tj. déle než jeden rok, bylo 1 772 osob, oproti předešlému roku se tak jejich počet snížil o 31,8 %. Dlouhodobá nezaměstnanost byla dříve výrazným problémem zvláště na Třebíčsku, nicméně v posledních letech je zhruba na stejné úrovni jako na Havlíčkobrodsku či Žďársku (ČSÚ, 2020).

4.2 Drogová epidemiologie Kraje Vysočina

4.2.1 Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách

Největší celoevropskou studií zaměřenou na zjištění rozsahu užívání návykových látek a dalších forem rizikového chování u mládeže ve věku 15-16 let je Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD). Studie je realizována ve čtyřletých intervalech již od roku 1995, v roce 2019 tak proběhla sedmá vlna této studie. Jedním z hlavních cílů této studie je podání přehledu o rozsahu užívání legálních i nelegálních drog mezi šestnáctiletými studenty a porovnání se situací v ostatních evropských zemích. Sběr dat proběhl v období březen–červen na vybraných 255 školách po celé České republice. Do studie se zapojilo celkem 34 evropských zemí (Chomynová, Csémy, & Mravčík, 2020a).

Výsledky studie potvrzují pokračující pokles výskytu užívání návykových látek včetně jeho rizikových forem. Potvrdila také již dříve sledovaný pokles míry pravidelného a denního kouření, konzumace alkoholu i aktuálních zkušeností mládeže se všemi sledovanými nelegálními drogami. Tento pokles je dáván do souvislosti s nárůstem on-line komunikace a užívání nových (mobilních) technologií. (Chomynová et al., 2020a).

Dále dochází k vyrovnávání zkušeností s návykovými látkami mezi pohlavími, nejsou pozorovány statisticky významné rozdíly mezi chlapci a dívkami. U většiny ukazatelů se naopak projevují rozdíly mezi studenty podle typu studované školy – nejnižší výskyt rizikového chování byl pozorován mezi gymnazisty, nejvyšší míru pak uvádějí studenti odborných učilišť, ale také žáci 9. tříd základních škol. Řada výzkumů však upozorňuje na to, že přelomovým mezníkem je v případě užívání návykových látek také přechod ze

základní na střední školu. Pozitivním zjištěním je postupný posun prvních zkušeností, experimentování i intenzivních forem konzumace návykových látek do vyššího věku (Chomynová et al., 2020a).

Alkohol v životě pilo 95 % studentů, z čehož lze 42 % považovat za pravidelné konzumenty alkoholu. Alespoň jednu zkušenost v životě s užitím nelegálních drog uvedlo celkem 29 % dotázaných studentů. Nejčastěji se jednalo o konopné látky. Ty alespoň jednou v životě zkusilo celkem 28 % studentů, přičemž u téměř 18 % se jednalo o opakované užívání. Užití jiných nelegálních drog vyjma konopných látek uvedlo téměř 8 % studentů. Po konopných látkách byla nejčastěji užívána extáze, následovaná LSD spolu s dalšími halucinogeny a halucinogenními houbami. Užití pervitinu v životě uvedlo 1,5 % respondentů, podobně jako kokainu (1,6 %). Heroin či další opiáty, stejně jako anabolické steroidy, užilo méně než 1 % dotázaných. Zkušenost s těkavými látkami pak mělo téměř 5 % studentů (Úřad vlády ČR, 2020).

Jako znepokojující se ukazuje užívání psychoaktivních léků bez lékařského předpisu, případně v rozporu s doporučením lékaře. Užití sedativ či hypnotik v životě, a to za účelem dostat se do nálady, uvedlo téměř 7 % studentů, 4 % dotázaných užila za tímto účelem léky proti bolesti. Nové syntetické drogy užilo téměř 3,5 % dotázaných studentů, přičemž všichni tito užili také alkohol, konopné látky a/nebo stimulancia (Úřad vlády ČR, 2020).

Nepublikované výsledky této studie pro Kraj Vysočina hovoří o jistých odlišnostech. V rámci tohoto kraje se studie účastnilo celkem 403 studentů, oproti celkovému zastoupení byl v kraji vyšší počet žáků základních škol a chlapců. Nad republikovým průměrem se ocitají hodnoty související s užíváním E-cigaret v posledních 12 měsících, s užitím alkoholu v posledních 30 dnech, užíváním těkavých látek v životě i v posledních 12 měsících a hraním hazardních her v provozovnách. Naopak pod průměrnými celorepublikovými výsledky jsou hodnoty týkající se kouření cigaret (v životě a denní kouření), užívání léků a sedativ předepsané lékaři, ale i bez lékařského předpisu, užívání konopných látek, užití jakékoliv nelegální návykové látky a hraní hazardních her přes internet (NMS, 2020).

4.2.2 Prevalenční odhad problémových uživatelů drog

Prvním vybraným popisným indikátorem je počet osob užívajících drogy rizikově. V roce 2019 bylo v České republice odhadnuto 45,1 tisíc problémových uživatelů drog. Z toho 34,6 tisíc uživatelů pervitinu, 10,5 tisíce uživatelů opioidů, 5,7 tisíc uživatelů buprenorfinu,

3,2 tisíce uživatelů heroinu a 1,55 tisíc uživatelů jiných opioidů. Počet problémových uživatelů drog se tak meziročně zvýšil a týká se především počtu uživatelů pervitinu a opioidů. Odhadovaný počet osob užívajících návykové látky injekčně dosáhl 40,8 tisíc. Prevalence problémového užívání drog v ČR dosáhla 6,57 osob na 1000 obyvatel ve věku 15–64 let (Mravčík et al., 2020).

Počet problémových uživatelů v Kraji Vysočina tvoří 2,2 % z celkového počtu problémových uživatelů v ČR – viz Tabulka 4.1. V posledních pěti letech se podíl počtu problémových uživatelů v rámci republiky pohybuje od 2,13 % – 2,52 %. Průměrný počet klientů v tomto pětiletém období je 960. V roce 2018 byl zaznamenán nárůst na 1 100 osob, v dalším roce následuje mírný pokles.

Tabulka 4.1 Prevalence problémových uživatelů drog v letech 2015-2019 v Kraji Vysočina a v České republice (Mravčík et al., 2020)

	Kraj Vysočina	ČR
2015	900	42 200
2016	900	40 800
2017	900	41 700
2018	1 100	43 700
2019	1 000	45 100

4.2.3 Smrtná předávkování

Druhým indikátorem jsou smrtná předávkování na návykové látky. V České republice jsou povinně prováděny pitvy u všech náhlých a násilných úmrtí (včetně úrazů a otrav). V roce 2019 bylo zjištěno 84 přímých drogových úmrtí, tedy smrtelných předávkování nelegálními a těkavými látkami a psychoaktivními léky, a to jak sebevražedná předávkování, tak i náhodná či bez zjištěného úmyslu. Z toho polovina případů byla smrtná předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami, druhá polovina případů byla předávkování psychoaktivními léky. Ve většině případů předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami bylo identifikováno smrtné předávkování opioidy (19 případů), následně smrtné předávkování pervitinem (12 případů) a těkavými látkami (8 případů). Evidováno bylo také jedno smrtné předávkování MDMA, jedno kokainem a v jednom případě také smrtné předávkování kanabinoidem. V případech smrtelných předávkování psychoaktivními léky se ve většině jednalo o benzodiazepiny a zolpidem (Mravčík et al., 2020).

Data o smrtelných předávkování způsobených návykovými látkami v Kraji Vysočina ukazují stabilní tendenci – viz Tabulka 4.2. V průměru jde o 4 zemřelé ročně. V letech 2015-2018 je znát, stejně jako v rámci celé republiky, že většinu smrtelných předávkování tvoří případy způsobené psychoaktivními léky. V roce 2019 jde rovněž o polovinu smrtelných předávkování psychoaktivními léky. Vysočina se každoročně pohybuje v počtu smrtelných předávkování pod průměrem počtu úmrtí na kraj.

Tabulka 4.2 Smrtná předávkování v Kraji Vysočina a v České republice (Mravčík et al., 2016, 2017, 2018, 2019, 2020)

	Kraj Vysočina		Česká republika	
	Celkem	Psychoaktivní léky	Celkem	Psychoaktivní léky
2015	5	5	104	60
2016	3	2	94	62
2017	4	2	92	50
2018	3	3	88	49
2019	4	2	84	42

4.2.4 Léčba uživatelů drog

Léčba uživatelů drog je v České republice poskytována sítí služeb různých typů. Současný systém péče o uživatele zahrnuje jak státní, tak nestátní instituce. Tvoří je instituce provozující terénní programy, nízkoprahová zařízení, ambulantní ordinace a centra, denní stacionáře, střednědobou a dlouhodobou léčbu, doléčovací centra, substituční léčbu a další programy pro specifické skupiny (Grohmannová, 2007).

V roce 2015 byl spuštěn Národní registr léčby uživatelů drog (dále jen NRLUD), který stále nepokrývá celou síť adiktologických služeb, nicméně jeho pokrytí se postupně zvyšuje. Údaje o léčených klientech v roce 2019 nahlásilo celkem 137 programů a bylo evidováno celkem 15 325 klientů, z čehož u 6 904 klientů se jednalo o první léčbu v životě. Ze 137 programů jich 63 % poskytuje ambulantní léčbu, 20 % tvoří lůžková zdravotnická zařízení, 13 % kontaktní centra a terénní programy a 4 % terapeutické komunity (Mravčík et al., 2020).

V Kraji Vysočina bylo v roce 2019 celkem 13 programů hlásících údaje o léčených klientech – 8 programů zajišťujících ambulantní péči, z toho 1 substituční léčba, 2 kontaktní centra a terénní programy a 3 lůžková zařízení (Mravčík et al., 2020).

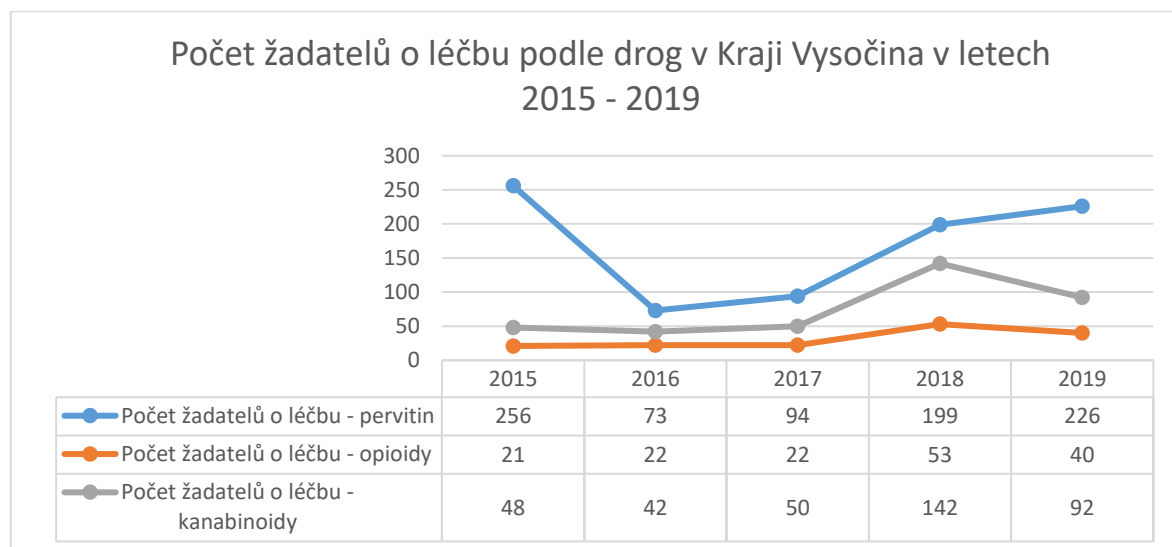
Z uvedených dat v Tabulce 4.3 vyplývá, že od roku 2016 dochází k postupnému zvyšování hlášení všech žadatelů o léčbu, stejně jako prvních žádostí o léčbu. ÚZIS ČR (2017) upozorňuje na to, že z roku 2015 na rok 2016 došlo k poklesu evidovaných žádostí. Důvodem mohly být počáteční technické potíže, se kterými se registr potýkal, související s přechodem na nový systém hlášení, a i přes následující zlepšení datového rozhraní v registru chybí data z významné části léčebné sítě za rok 2015 i rok 2016.

Tabulka 4.3 Incidence a prevalence uživatelů drog – žadatelů o léčbu v Kraji Vysočina a v České republice v letech 2015-2019 (ÚZIS ČR, 2016, 2017, 2018, 2019b; Mravčík et al., 2020)

	Kraj Vysočina		Česká republika	
	Počet všech žadatelů	Počet prvožadatelů	Počet všech žadatelů	Počet prvožadatelů
2015	401	121	7 641	1 895
2016	224	84	7 198	2 128
2017	303	142	8 647	3 513
2018	1 057	560	14 167	6 240
2019	1 299	713	15 325	6 904

Žadatelé o léčbu z nelegálních návykových látek jsou dlouhodobě nejčastěji zastoupeni uživateli pervitinu, následně uživateli konopných látek a nejméně pak uživateli opioidů – viz Obrázek 4.1. Počet žadatelů o léčbu uživatelů pervitinu je však od roku 2017 převyšován žadateli o léčbu uživateli alkoholu.

Obrázek 4.1 Prevalence uživatelů drog – žadatelů o léčbu podle primární drogy v Kraji Vysočina v letech 2015-2019 (ÚZIS ČR, 2016, 2017, 2018, 2019b; Mravčík et al., 2020)



4.2.5 Infekční nemoci mezi uživateli drog

Významným faktorem podílejícím se na šíření infekčních onemocnění mezi uživateli drog je injekční užívání, což je dominující způsob aplikace mezi uživateli opioidů a pervitinu. Toto potvrzuje NRLUD, kde injekční aplikaci v roce 2019 uvedlo 67 % uživatelů heroinu, 59 % uživatelů pervitinu a 55 % uživatelů buprenorfinu. Registr sleduje také ukazatel sdílení stříkaček a jehel, v případě, že je u klienta zaznamenána injekční aplikace. Z platných odpovědí uvedlo 7 % injekčních uživatelů sdílení v posledních 30 dnech, 17 % klientů uvedlo sdílení v posledních 12 měsících a 36 % klientů uvedlo sdílení někdy v životě (Mravčík et al., 2020).

V roce 2019 byl realizován průzkum *Multiplikátor 2019*², kterého se zúčastnilo 38 kontaktních center ze všech krajů ČR. V Kraji Vysočina se této studii zúčastnily 3 programy a počet respondentů představoval v rámci kraje 6,4 %. Ve studii uvedlo 7,2 % respondentů, že při poslední aplikaci použili nesterilní injekční stříkačku a 28,5 % respondentů použilo již použité injekční náčiní, vodu či nádobku k přípravě drogy v posledních 30 dnech. Výsledky v průzkumech *Multiplikátor* od roku 2010 však naznačují zvyšující se míru používání sterilních nástrojů k injekční aplikaci drog (Mravčík et al., 2019, 2020).

Injekční uživatelé drog jsou typickou skupinou, v níž je dlouhodobě vysoká prevalence infekce způsobené virem hepatitidy C (VHC). Infekce virem hepatitidy B (VHB) je pak u uživatelů drog méně častá (Hygienická stanice hlavního města Prahy, 2019).

Virová hepatitida B pro uživatele drog představuje určité riziko. V roce 2018 se na počtu případů akutní VHB injekční uživatelé podílí z 9,3 %. U chronického onemocnění virovou hepatitidou B bylo zaznamenáno 269 případů a podíl injekčních uživatelů jsou 3 %. V Kraji Vysočina se v daném roce nevyskytl žádný případ akutní formy onemocnění. Chronická forma VHB se v kraji vyskytla v 5 případech, v žádném z nich nesouvisela s injekčními uživateli (Hygienická stanice hlavního města Prahy, 2019).

Virová hepatitida C je nejčastějším infekčním onemocněním v evropské populaci injekčních uživatelů drog. V České republice přetrvává trend vysokého podílu injekčních uživatelů drog, jenž přesahuje 50 % všech nemocných VHC. Počet evidovaných osob s VHC v celé republice kolísá kolem jednoho tisíce. V roce 2018 bylo 1 050 nemocných.

² Studie *Multiplikátor* je realizována každé dva až tři roky Národním monitorovacím střediskem ve spolupráci s agenturou ppm factum research.

V Kraji Vysočina bylo v roce 2018 evidováno 23 osob s VHC, z toho se ve 12 případech jednalo o injekční uživatele drog, což představuje 52,2 % (Hygienická stanice hlavního města Prahy, 2019).

Národní monitorovací centrum v roce 2018 realizovalo celorepublikovou studii *Séroprevalence VHC u injekčních uživatelů drog*³, jejímž cílem bylo zjištění výskytu VHC mezi aktivními injekčními uživateli a identifikování faktorů, které jej ovlivňují. Výsledná hodnota séroprevalence VHC mezi injekčními uživateli v daném roce byla 37,1 %. V rámci Kraje Vysočina bylo provedeno celkem 15 testů (n = 709), z nichž 2 výsledky byly reaktivní. Hodnota séroprevalence v Kraji Vysočina byla 13,3 % (Mravčík et al., 2019).

Závažným dopadem v souvislosti s injekčním užíváním drog je také výskyt HIV infekce. V roce 2018 došlo v České republice k poklesu počtu nově zachycených případů infekce HIV, a to pod hodnoty zjišťované od roku 2012. Dlouhodobě přetrvává nízký podíl přenosu prostřednictvím injekčního užívání drog (Hygienická stanice hlavního města Prahy, 2019).

V roce 2019 bylo Národní referenční laboratoří pro AIDS evidováno 222 nových případů infekce HIV, přičemž pouze v jednom případě šlo o přenos prostřednictvím injekčního užívání drog. V relativním vyjádření připadá na Kraj Vysočina 0,39 případů na 100 000 obyvatel (Malý, Němeček, & Zákoucká, 2020).

4.2.6 Drogová kriminalita

Za drogové trestné činy bylo v roce 2019 zadrženo celkem 3,9 tisíc osob, stíháno 4,0 – 4,2 tisíc osob a obžalováno 3,1 tisíc osob. Za primární drogovou trestnou činnost (DTČ) bylo v roce 2019 odsouzeno 2 631 osob (v roce 2018 pak 2 353 osob). Nejvíce jich bylo odsouzeno za nedovolenou výrobu, pašování a prodej pervitinu a konopných látek. Nejčastější uloženou sankcí bylo podmíněně odložené odnětí svobody (65 % sankcí). Druhou nejpočetnější skupinu tvořily nepodmíněné tresty odnětí svobody (22 %), s nejčastější délkou trvání 1–5 let. Oproti roku 2018 došlo ke snížení podílu nepodmíněných trestů odnětí svobody a nárůstu podílu podmíněně odložených trestů odnětí svobody (Mravčík et al., 2020).

³ *Séroprevalence VHC u injekčních uživatelů drog* je multicentrická průřezová dotazníková studie spojená s rychlým imunochemickým testem na přítomnost protilátek proti virové hepatitidě typu C na souboru aktivních injekčních uživatelů drog kontaktovaných v nízkoprahových programech v rámci celé republiky, získaným exhaustivním výběrem (Mravčík et al., 2019).

V rozmezí let 2015–2018 se podíl zjištěných primárních DTČ v Kraji Vysočina pohyboval mezi 4,3 – 4,8 %. V roce 2019 došlo k nárůstu podílu zjištěných primárních DTČ v Kraji Vysočina, a to na 5,9 %, viz následující tabulka.

Tabulka 4.4 Zjištěné primární drogové trestné činy a stíhané osoby v letech 2015–2019 v Kraji Vysočina a v České republice (Mravčík et al., 2016, 2017, 2018, 2019, 2020)

	Kraj Vysočina		Česká republika	
	Zjištěné DTČ	Osoby stíhané pro DTČ	Zjištěné DTČ	Osoby stíhané pro DTČ
2015	250	167	5 549	3 816
2016	237	204	5 564	4 499
2017	247	189	5 599	4 316
2018	263	202	5 465	4 022
2019	285	214	4 819	4 248

Zjištěné DTČ v roce 2019 v Kraji Vysočina se týkaly ve většině případů nedovolené výroby a jiného nakládání s omamnými a psychotropními látkami (dále jen OPL). Jednalo se o 279 registrovaných případů nedovolené výroby (259 případů bylo pro jiného, v 19 případech pro sebe a v 1 případě pro výrobu), 2 případy se týkaly šíření toxikomanie a 4 případy nedovoleného pěstování rostlin obsahující omamnou látku (Havelková, n.d.).

Trestní zákoník (Zákon č. 40/2009 Sb.) umožňuje také uložení ochranného opatření, z nichž nejčastěji ukládané je ochranné léčení. Soud jej může uložit samostatně nebo vedle trestu, a to v případě, že pachatel zneužívající návykovou látku, spáchal trestný čin pod jejím vlivem nebo v souvislosti s jejím zneužíváním. Lze ho uložit nejdéle na 2 roky, v případě potřeby však může soud rozhodnout o jeho prodloužení. Mravčík a kol. (2020) uvádí, že v roce 2019 bylo ochranné léčení uloženo 298 osobám, z toho 124 závislým na nealkoholových drogách. Ochranné léčení protitoxikomanické bylo nejčastěji uloženo osobám, které spáchaly trestný čin nedovolené výroby a jiného nakládání s OPL, krádeže nebo poškození cizí věci.

4.3 Institucionální kontext

Užívání drog sebou nese riziko pro jednotlivé uživatele a jejich zdraví, ale také pro zdraví komunity a veřejného zdraví obecně. Jedním z cílů Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019-2027, je také zajištění kvalitní a dostupné sítě adiktologických služeb (RVKPP, 2019).

Instituce vytvářející současný systém péče o uživatele drog jsou zakotveny v různých oborech a legislativních rámcích. Mezioborovost je silnou stránkou adiktologických služeb, ovšem její meziresortnost představuje praktickou překážku fungování v praxi, jelikož poskytování různých typů služeb (zdravotní, sociální aj.) v jednom programu naráží na vzájemnou neslučitelnost a nízkou vzájemnou propustnost jednotlivých resortních rámců (Mravčík et al., 2020).

V rámci této práce nebyla provedena samostatná institucionální analýza. Byla využita data dostupná z Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2019 (Mravčík et al., 2020), ze Souhrnné zprávy o realizaci protidrogové politiky v krajích v roce 2019 (Černíková, Dárek, & Klíma, 2021), z Výroční zprávy o realizaci protidrogové politiky v Kraji Vysočina za rok 2019 (Havelková, n.d.), z internetových stránek drogy-info.cz a dalších veřejně dostupných zdrojů. Jsou zde uvedeny ty nejzákladnější, nejznámější a nejvýznamnější instituce, nejedná se však o celý přehled všech dostupných zařízení v rámci Kraje Vysočina.

Mravčík et al. (2020) v poslední Výroční zprávě uvádí dostupnost adiktologických služeb podle závěrečných zpráv z krajů v roce 2019. Podle tohoto přehledu v Kraji Vysočina jsou dostupné tyto služby: sloučené programy kontaktní centrum a terénní program, ambulantní léčba, detoxifikace, lůžková zdravotní služba, terapeutická komunita, domov se zvláštním režimem a doléčovací program s chráněným bydlením. Naopak zde chybí substituční léčba a stacionární program.

4.3.1 Nízkoprahové služby pro uživatele drog

Nízkoprahové služby využívají principů přístupu „harm reduction“, který usiluje o minimalizaci nepříznivých zdravotních, sociálních a ekonomických dopadů souvisejících s užíváním drog. Důraz je tak kladen na prevenci rizik či škod se zaměřením na osoby, které v užívání pokračují. Zastřešujícím cílem je pak ochrana veřejného zdraví (IHRA, 2010).

„Přístup minimalizace poškození si neklade za cíl abstinenci klienta od drog. Nevylučuje tuto perspektivu, ale nepokládá za nutné a účelné její okamžité, prvořadé a výlučné prosazování. Akceptuje, že klient v dané době užívá drogy a nechce či nemůže přestat (nemá ani třeba dostatečnou motivaci k tomu, aby o to usiloval a nastoupil léčbu), a snaží se zachovat klienta při životě a maximálně možném zdraví v bio-psycho-sociálním smyslu“ (Kalina, 2003, s. 79).

Nízkoprahová centra určená uživatelům drog poskytují kontaktní práci, poradenství, programy harm reduction, základní zdravotní péči, sociální práci, zprostředkování léčby, krátkodobé intervence (krizová intervence, práce s rodiči, partnery, rodinou klienta) a další doplňkové služby (př. hygienický servis, potravinový či vitaminový servis). Cílovou skupinou jsou problémoví uživatelé drog, zejména lidé užívající drogy injekčně, ale i experimentátoři, jejich rodiny a blízcí (Libra, 2003). Princip nízkoprahovosti je dán minimalizací překážek, které by klient mohl vnímat jako ohrožující či by ho od využití služeb odradily. Jde například o možnost využít služeb zdarma a anonymně (Grohmannová, 2007).

Mezi specifické cíle těchto služeb se řadí pomoc klientům vybudovat, udržet a posílit motivaci ke změnám (směřující k abstinenci), zajištění podmínek k „přežití“ (hygienický a potravinový servis, základní zdravotní ošetření atd.), přípravu klientů na spolupráci s návaznými léčebnými zařízeními, sociální stabilizaci klientů, pomoc klientům v krizi, informování a vzdělávání klientů (Richterová Těmínová, 2008).

Terénní programy se pak zpravidla zaměřují na těžko dostupnou populaci, takovou, která není v kontaktu s žádnými službami. Ve Standardech odborné způsobilosti (RVKPP, 2015) jsou terénní programy definovány jako služba prvního kontaktu včetně komplexního programu harm reduction s cílem ovlivnit motivaci klienta ke změně životního stylu, rizikového chování a k vyhledání dalších vhodných služeb. Terénní programy jsou realizovány v přirozeném a vlastním sociálním prostředí uživatelů drog. Šťastná (2010) poukazuje na to, že se terénní práce nezaměřuje pouze na vyhledávání skryté populace drog, ale také na současné trendy na drogové scéně. To zahrnuje například užívání nových, syntetických drog, užívání přírodních drog (př. halucinogenních hub), nové způsoby užívání či měnící se cílové skupiny (př. lidé bez domova, návštěvníci tanečních akcí).

Základními dokumenty pro zajištění kvality poskytovaných služeb jsou Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické služby (RVKPP, 2015) a Standardy kvality sociálních služeb (MPSV, 2006). Cílem těchto standardů je kromě zajištění kvality také jejich efektivní financování z veřejných zdrojů (Šťastná, 2010).

V Kraji Vysočina dlouhodobě působí 3 kontaktní centra s terénním programem: Centrum U Větrníku v Jihlavě, K-centrum Noe v Třebíči a Kontaktní a poradenské centrum Spektrum ve Žďáře nad Sázavou. V roce 2003 byly v kraji vedeny i další nízkoprahové služby pro uživatele návykových látek, např. v Pelhřimově či Havlíčkově Brodě, nicméně

tato zařízení brzy zanikla (RVKPP, 2003). První dvě jsou zřizovaná Diecézní charitou Brno (Oblastní charita Jihlava a Oblastní charita Třebíč), zřizovatelem třetího centra je Kolpingovo dílo ČR z.s.

V rámci Kraje Vysočina došlo v roce 2012 k jasnému vymezení, díky kterému jednotlivé terénní programy pokrývají přibližně stejná území. Došlo tak k zajištění nízkoprahových služeb pro uživatele nelegálních návykových látek po celém území Kraje Vysočina, tedy i v okresech kraje, kde nejsou kontaktní centra (Pelhřimov, Havlíčkův Brod).

Dojíždění do okresů plně nezastupuje existenci nízkoprahové služby, je finančně nákladné a časově náročné (Černíková et al., 2021). Řešením může být vybudování zázemí pro terénní program v místech, kam se dojíždí, jako je tomu např. v Havlíčkově Brodě.

Tabulka 4.5 Základní statistické údaje jednotlivých programů působících v Kraji Vysočina a České republiky v roce 2019 (Havelková, n.d.; Mravčík et al., 2020; Černíková et al., 2021)

	Počet klientů		Počet kontaktů	Počet výměn	Počet vydaných stříkaček
	Celkem	Z toho IUD			
Centrum U Větrníku	381	276	2 185	702	54 981
K-centrum Noe	240	195	3 770	1 238	41 012
KPC Spektrum	205	187	3 482	545	25 425
Celkem Kraj Vysočina	826	658	9 437	2 485	121 418
Celkem ČR	37 959	33 285	449 192	276 782	7 459 123

Všechny programy využívají terénního automobilu, což zvyšuje jejich mobilitu, umožňuje pracovat s větším objemem zdravotního materiálu a působit i v méně dostupných lokalitách.

4.3.2 Návazné adiktologické služby v Kraji Vysočina

Ambulantní léčba zahrnuje léčbu a preventivní péči v AT ambulancích a jiných zdravotnických či nezdravotnických zařízeních (Miovská et al., 2005).

Z dat Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v ČR v roce 2019 (Mravčík et al., 2020) je v Kraji Vysočina pouze jeden program zabývající se ambulantní léčbou. Jde o Adiktologickou ambulanci Kolping, která vznikla již v roce 2014 a zaměřuje se na všechny typy závislostí a závislostního chování. Hlavní ambulance je vedena ve Žďáře nad Sázavou, v Bystrici nad Pernštejnem je její pobočka. Díky Evropskému projektu se zřídila

pobočka Adiktologické ambulance také v Havlíčkově Brodě. Nicméně další Adiktologickou ambulancí v kraji je i Adiktologická ambulance Jihlava, zřizovaná Oblastní charitou Jihlava (Charita ČR, 2021).

Dle informací dostupných v adresáři drogy-info.cz je v kraji, konkrétně v Třebíči, také Ambulance klinické psychologie a adiktologie, což je soukromé zdravotnické zařízení pro děti, dospívající a dospělé. Zde je poskytována široká nabídka psychologických, psychoterapeutických a adiktologických služeb včetně rodinné terapie a krizové intervence (NMS, 2015; Brátková, 2017).

Nově, v dubnu roku 2020, v kraji vznikla také **Poradna pro gambling Kraje Vysočina**, což je společný projekt tří organizací, které v kraji provozují také kontaktní centra: Kolpingovo dílo ČR z.s., Oblastní charita Jihlava a Oblastní charita Třebíč. Poradna má tak své pobočky ve Žďáře nad Sázavou, v Havlíčkově Brodě, v Jihlavě a Třebíči. Poradna poskytuje terapeutické a poradenské služby těm, kteří se potýkají s jakoukoliv formou hráčství, se sázením, závislostí na internetu, on-line komunikací či jinou nelátkovou závislostí (Kolpingovo dílo ČR, 2021).

V kraji je také několik **psychiatrických ambulaní**, a to konkrétně v Bystřici nad Perštejnem, Havlíčkově Brodě, Moravských Budějovicích, Novém Městě na Moravě, Jemnici, Pelhřimově, Ambulance Adikta v Jihlavě, AT ambulance při PN Jihlava, ve Velké Bíteši je také psychiatrická ambulance pro děti a dorost (NMS, 2015).

Stacionární programy, zařízení intenzivní denní péče na pomezí ambulantní a ústavní péče, které se zaměřují na dosažení a udržení abstinence, zlepšení sociálního fungování a osvojení si základních dovedností (Grohmannová, 2007), dle všech dostupných informací v Kraji Vysočina nejsou.

Detoxifikace definována jako léčení odvykacích stavů spojených s přerušáním či vysazením užívané látky, kdy nejsou primárně ohroženy vitální funkce organismu, s délkou trvání zpravidla do 3 týdnů (RVKPP, 2015). Podle dostupných údajů jsou v Kraji Vysočina 3 detoxifikační stanice: Psychiatrická léčebna PATEB s.r.o. Jemnice, která přijímá pacienty od 15 let, Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod a Psychiatrická nemocnice Jihlava, které přijímají pacienty od 18 let (NMS, 2015).

Krátkodobou a střednědobou lůžkovou léčbu na samostatných specializovaných odděleních zdravotnických zařízení v obvyklém rozsahu 5–24 týdnů v Kraji Vysočina poskytují již výše zmíněné psychiatrické nemocnice v Jemnici, Havlíčkově Brodě a Jihlavě

(NMS, 2015; RVKPP, 2015). V kraji je také Dětská psychiatrická nemocnice Velká Bíteš, která se věnuje léčbě poruch chování a léčbě problémových uživatelů návykových látek a přijímá děti ve věku 3–18 let (Černíková et al., 2021).

Rezidenční péči v terapeutických komunitách poskytující střednědobou a dlouhodobou lůžkovou odbornou péči v terapeutických komunitách v obvyklé délce 6–18 měsíců na území Kraje Vysočina zajišťuje pouze Terapeutická komunita Sejřek. Ta nabízí strukturovaný terapeutický program lidem, kteří se kromě závislosti potýkají také s jiným duševním onemocněním. Komunita je umístěna na pomezí Kraje Vysočina a Jihomoravského kraje (Kolpingovo dílo, 2012; RVKPP, 2015). V blízkosti kraje se nachází další dvě terapeutické komunity, a to TK v Podcestném Mlýně na území Jihočeského kraje a Terapeutická komunita Salebra na území kraje Jihomoravského (NMS, 2015).

Doléčovací programy jsou v terapeutickém kontinuu zařazovány do následné péče. Jde o strukturované programy intenzivního doléčování abstinujících osob s anamnézou závislosti na návykových látkách či gamblingu. Zaměřují se na podporu a udržení abstinence po absolvování léčebného programu a pomáhají v navrácení do podmínek běžného života. (RVKPP, 2015). Tyto služby v Kraji Vysočina poskytuje Následná péče Jihlava (Oblastní charita Jihlava) a Doléčovací centrum Třebíč (Oblastní charita Třebíč). Oba tyto programy poskytují službu ambulantní i pobytovou formou (Havelková, n.d.). Následnou pobytovou péči poskytuje také zařízení ALKAT, z.s. v Jemnici, jejíž cílovou skupinou jsou výhradně muži, kteří absolvovali léčbu pro závislost na alkoholu, nebo muži s dlouhodobými psychickými problémy ve spojitosti se závislostí na alkoholu (ALKAT, 2007).

Substituční léčba je ambulantní a předem neomezená udržovací léčba substituční látkou určená osobám závislým na opiátech s přítomností psychických a somatických komplikací. Cílem této léčby je potlačit odvykací příznaky a spolupůsobením zdravotní péče a sociálních služeb zlepšit kvalitu života klientů (RVKPP, 2015). V Kraji Vysočina je dostupná pouze substituční léčba buprenorfinem. Dle dostupných informací ji poskytuje Ambulance ADIKTA s.r.o. v Jihlavě (NMS, 2015), nicméně dle dat ve Výroční zprávě o stavu ve věcech drog v ČR za rok 2019 (Mravčík et al., 2020), jsou v kraji celkem 4 zařízení, hlásící data o poskytování opiátové substituční léčbě do NRLUD. Podle těchto dat byla substituční léčba v roce 2019 v kraji poskytnutá celkem 44 osobám.

Rozšířené jsou v kraji svépomocné skupiny **Anonymní alkoholici/narkomani**, které by dle databáze NMS měly působit v Pelhřimově, Pacově, Jemnici, Jihlavě a v Třebíči (NMS, 2015).

V kraji také působí celkem dva **domovy se zvláštním režimem** (Želetava a detašované pracoviště Nové Syrovice), jejichž cílovou skupinou jsou uživatelé alkoholu a jedna **protialkoholní záchytná stanice** v Jihlavě (Černíková et al., 2021).

V kraji není dostupná **drogová služba ve věznicích**, přičemž se na území Kraje Vysočina nachází jedna, a to ve Světlé nad Sázavou. Tato věznice je zařazena do kategorie věznic s ostrahou a trest zde vykonávají odsouzené ženy. Je zde také oddělení pro výkon trestního opatření odnětí svobody pro odsouzené ženy a oddělení pro výkon vazby matek nezletilých dětí do jednoho roku dítěte (Vězeňská služba ČR, 2021b). Drogové služby v této věznici zajišťuje Centrum poradenských služeb pro obviněné a odsouzené organizace Laxus z.ú. (Laxus, 2017).

V Kraji Vysočina působí také jedna **poradna HIV/AIDS** v Jihlavě (KHS Kraje Vysočina, n.d.) a v rámci terénního programu také organizace **Rozkoš bez rizika** (dále jen R-R), jejíž cílovou skupinou jsou zejména sexuální pracovnice, osoby, které vstup do sexbyznysu zvažují, nebo v něm pracovaly. V Kraji vysočina je stabilní prostituční scéna a je zde nejvyšší počet žen spadajících do věkové skupiny 41 a více let. Většina žen je české národnosti. Pouliční scéna zde vymizela. V roce 2019 v kraji bylo realizováno celkem 20 terénních výjezdů a služeb R-R využilo celkem 43 osob (Rozkoš bez rizika, 2020).

5 POTŘEBY KLIENTŮ NÍZKOPRAHOVÝCH ZAŘÍZENÍ

Šťastná ve své práci (2010) uvádí, jak obtížné je potřeby definovat vzhledem ke komplikovanosti celého konceptu. Existuje celá řada definic, různé skupiny profesionálů hovoří o potřebách a jejich analýze různými způsoby.

Z psychologického hlediska jde o subjektivně pocíťovaný nedostatek něčeho nezbytného. Při dlouhodobém nenaplnění potřeby dochází k deprivaci. Potřeba nás vede k činnostem, kterými tuto potřebu uspokojujeme. Potřebou rozumíme něco konkrétního, co je pro člověka žádoucí. Z biologického hlediska pak vyjadřují stav nedostatku, narušení vnitřní rovnováhy organismu (Nakonečný, 2000). Z pohledu sociálních věd je potřeba definována jako druh problému, který pocíťuje určitá skupina lidí, ti pak žádají reakci na jejich problém. Mezi problémem a dostupným řešením je úzký vztah. Potřeba je tak poptávka po službě (Hartl, 1997).

Přístupů ke klasifikaci potřeb je v odborné literatuře nepřehledné množství. Touto tematikou se zabývala řada významných autorů. Podle základních klasifikací můžeme potřeby rozdělit na materiální a duchovní, nebo na primární (biologické a fyziologické potřeby, nutné k přežití jedince) a sekundární (sociální potřeby, vytvořené kulturou). Spornou otázkou je rozdělení potřeb na tzv. pozitivní, které člověku prospívají a vytváří optimální podmínky pro jeho zdravý rozvoj, a tzv. „pseudopotřeby“, jako je např. kouření či užívání drog (Řezáč, 1998).

5.1 Potřeby klientů nízkoprahových zařízení v České republice

V České republice již bylo realizováno několik analýz potřeb klientů nízkoprahových zařízení, a to po roce 2000. Jednou z prvních byla „*Analýza potřeb klientů nízkoprahových služeb ve Středočeském kraji*“ realizovaná v roce 2003 (Charvát & Gabrhelík, 2004; Gabrhelík, Charvát & Miovský, 2005). Tato analýza zkoumala, jak klienti vnímají kvalitu

a účinnost nabízených služeb, jaká by uvítali zlepšení, v čem jsou pro ně služby přitažlivé, za jakých podmínek služby využívají či nevyžívají a zda jsou pro ně služby v rámci regionu dostupné. Nízkoprahová zařízení ve Středočeském kraji v tu dobu měla různou historii, některá z nich byla poměrně nová, snažila se prosadit a dostat se do povědomí uživatelů. V rámci studie bylo provedeno 29 semistrukturovaných interview s uživateli drog, 1 interview s klíčovým informantem a 1 ohnisková skupina s pracovníky nízkoprahových služeb. Z důvodu specifčnosti zkoumané populace a povahy dat byla zvolena metoda rychlého posuzování (Rapid Assessment and Response). Výsledky ukázaly, že hlavním a potenciálně nejsilnějším kanálem šíření informací jsou sami uživatelé, kteří spolu komunikují a vzájemně si informace předávají. Osvědčují se však také kvalitně zpracované letáčky či plakáty. Aktivní vyhledávání klientů je však možné za předpokladu, že v rámci zařízení funguje i dobře rozvinutý terénní program. První kontakt se službou je ze strany uživatelů vnímán jako jisté ohrožení. Nejčastějšími překážkami jsou obavy z prozrazení, očekávání spíše zdravotnického zařízení a nevládného, staršího personálu. V kontextu prvního setkání jsou pracovníci vnímáni velmi pozitivně. Dalšími důvody nevyžívání služeb jsou přetrvávající nedůvěra a strach z prozrazení policii či rodičům a nedostupnost služeb. Kódování klientů, pokud je citlivé, nepředstavuje pro klienty nepřekonatelný problém. Klienti uvádějí, že nejdůležitější je pro ně výměna injekčního materiálu. Pokud klientům něco chybí, je to časové rozšíření služeb v terénu a provoz kontaktních center i přes víkend. K dalším požadavkům patřilo zintenzivnění individuálního přístupu, kvalifikovaná psychologická pomoc či možnost legální substituce prostřednictvím psychiatrů. Výraznější námitky vůči přístupu pracovníků klienti nemají. Není však dobře vnímána častá fluktuace pracovníků, a tak by měla být věnována zvýšená pozornost výběru, výcviku a dalšímu vzdělávání pracovníků.

Na tuto analýzu navazovala „*Analýza potřeb klientů nízkoprahových zařízení v Praze v roce 2003*“ (Miovská, Miovský, Gabrhelík, & Charvát, 2005), jejímž cílem bylo identifikovat okruhy problémů, které mohou být podnětem pro zlepšování poskytovaných služeb nebo zavádění chybějících programů. V této studii byla také použita metoda rychlého posouzení. Účastníky výzkumu byli klienti nízkoprahových zařízení v Praze a poskytovatelé nízkoprahových zařízení v Praze. Studie se zúčastnilo 30 klientů a 16 pracovníků z 6 nízkoprahových programů, se kterými byly provedeny 2 ohniskové skupiny. Výsledky ukazují, že klienti získávají nejvíce informací od dalších uživatelů a navrhují šířit informace pomocí letáků či médií, důležitou roli zastávají také sami

pracovníci služeb. Nejčastějším důvodem využití služeb byla výměna injekčního materiálu, ale i potravinový a hygienický servis či hledání pomoci. Největší výhrady směřovaly k povolené délce pobytu a kapacitě kontaktní místnosti. Někteří klienti vyjádřili obavy z kódování, jelikož nevěřili jeho anonymitě. Důvody nevyužívání služeb spatřují klienti v obavách z propojení služeb s policií, v obavách ze ztráty anonymity, také toho, že se někteří lidé nechtějí potkávat s dalšími uživateli, nebo že mají dostatek peněz na nákup injekčních stříkaček v lékárnách. Důvodem může být i nevědomost uživatelů o existenci těchto služeb. Ohledně osobnosti pracovníka kladli respondenti důraz na jejich otevřenost, velmi důležitý je také individuální přístup, hlubší vztahy, respekt pracovníků a zachování důstojnosti. Z této studie vzešla také konkrétní doporučení pro zúčastněné programy.

V roce 2010 pak byla realizována další „*Analýza potřeb klientů nízkoprahových zařízení v Praze*“ (Šťastná, 2010; Šťastná, Nevoralová, Pavlovská, Čablová, & Mladá, 2011). Autorka provádí druhé šetření s odstupem několika let a v rámci disertační práce přináší také srovnání obou studií. V rámci této studie proběhlo 25 rozhovorů s klienty nízkoprahových programů v Praze a 1 ohnisková skupina s poskytovateli těchto služeb. Pro analýzu však byly využity také záznamy z dalších dvou ohniskových skupin, které byly provedeny v roce 2009 v rámci jiného výzkumu. Také v této studii byla zvolena metodika rychlého posouzení. Závěry této studie jsou v mnohém velmi podobné. Zdrojem informací se však stává také internet. Důvodem první návštěvy je většinou výměnný program, ale také zdravotní ošetření. Poprvé nejčastěji klienti využívají služeb v doprovodu kamaráda. Výhrady klientů směřovaly opět k povolené délce pobytu, která jim připadala krátká. Objevují se návrhy na rozšíření nízkoprahových služeb o právní poradenství, lékařské ošetření či tzv. aplikační místnosti. V důvodech nevyužívání služeb se krom obav ze ztráty anonymity, propojenosti s policií, objevuje také stud, či že nejsou spokojeni s nastavenými pravidly. Nejlepší možností, jak tuto skrytou populaci uživatelů kontaktovat, je prostřednictvím terénního programu. Respondenti také vidí kontaktní centra jako pomoc v krizi, které se jim vždy dostane. Nedostatky klienti spatřují v potravinovém a hygienickém servisu, nespokojeni jsou s kapacitou zařízení. Navrhují proto zvýšit počet těchto zařízení, zvětšit prostory služeb a prodloužit provozní dobu. Oceňováno pak bylo individuální poradenství a individuální přístup, což vyžaduje dostatečný počet pracovníků. Za velice důležitou považují důvěru, která je nutná k vybudování vztahu mezi klienty a pracovníky. Co se týče osobnosti pracovníka, kladli respondenti důraz na otevřenost a také osobní zkušenost s drogou – bez této zkušenosti

nejsou schopni je pochopit a pomoci jim. Předpokládají, že takovýto pracovník by byl víc empatický, lépe jim rozuměl a byl schopen jim doporučit vhodnou strategii ke zvládnání krizových situací či k abstinenci. Oproti tomu však hovořili o externích pracovnících (bývalí uživatelé drog), kteří se k nim chovali nadřazeně a povýšeně. Respondenti si často o pracovnících vytvoří negativní první dojem, který velmi těžko mění. Velmi důležitý je pro respondenty individuální přístup, hlubší vztahy, respekt ze strany pracovníků a zachování důstojnosti. Z této analýzy vyplynulo, že zařízení, která se studie zúčastnila, jsou dlouhodobě přetížená, což se významně odráží v práci s klienty.

V letech 2006–2008 bylo provedeno mnoho dalších studií, které byly realizovány především v Praze. Byly však zaměřeny na konkrétnější cílové skupiny či problémy, proto je jim věnováno méně prostoru. Jednou z nich je například *„Analýza současného stavu a potřeb v oblasti drogových služeb na území hl. m. Prahy určených příslušníkům národnostních menšin a přistěhovalcům“* (Vacek, Gabrhelík, Miovská, & Miovský, 2005). Cílem této studie bylo popsat aktuální stav drogových služeb určených pro příslušníky národnostních menšin a přistěhovalce na území Prahy a identifikovat jejich potřeby. Další studií je *„Analýza potřeb léčených uživatelů návykových látek z hlediska jejich uplatnitelnosti na trhu práce“* (Miovský et al., 2006), jejímž cílem bylo zjistit a popsat potřeby jednotlivých cílových skupin zapojených do projektu z perspektivy uplatnitelnosti klientů následné péče na trhu práce. Na tuto analýzu pak navázal Morávek *„Analýzou potřeb potenciálních zaměstnavatelů léčených uživatelů návykových látek v Praze“* (Morávek, 2007b), která byla zaměřena na zjištění a popis možností a překážek zaměstnávání léčených uživatelů drog mezi potenciálními zaměstnavateli v Praze. Dále také můžeme uvést studii *„Analýza potřeb kriminálních uživatelů drog v Praze“* (Morávek, Šíp, & Veis, 2008), která byla provedena s cílem vytvořit standardizovaný program sociálních služeb pro dlouhodobé uživatele drog v opakovaném konfliktu se zákonem a zjistit potřeby této cílové skupiny.

Další provedené analýzy potřeb byly realizovány prostřednictvím bakalářských prací a byly zaměřeny na konkrétní zařízení či města, jako na příklad *„Analýza potřeb klientů Kontaktního centra Břeclav“* (Pastrnáková, 2009). Autorka v rámci práce zjišťovala, jak klienti uspokojují své potřeby prostřednictvím kontaktního centra, jak jsou spokojeni s poskytovanými službami a jejich kvalitou, jak hodnotí přístup pracovníků a do jaké míry jim důvěřují. Za tímto účelem bylo provedeno 9 rozhovorů s pravidelnými klienty kontaktního centra. Respondenti vyjádřili nespokojenost s poskytovanými službami

v oblastech, které jsou spojené se zázemím a domovem. Tyto potřeby však v rámci služeb kontaktního centra není možné naplnit.

Ve stejném roce pak byla provedena „*Analýza potřeb klientů Kontaktního centra Kolín o.s. Prostor*“ (Holovčáková, 2009), také v rámci bakalářské práce. Tato práce zjišťovala, jak jsou klienti informováni o nabízených službách, co klienty nejčastěji vede k využití služeb, jak jsou služby dostupné, zda nabídka zařízení odpovídá potřebám klientů a v čem jsou služby pro klienty atraktivní. V rámci výzkumu bylo provedeno 10 interview s klienty kontaktního centra. Výsledky práce potvrzují, že významným zdrojem informací o službě jsou samotní uživatelé drog, se kterými jsou v kontaktu, a pak také terénní pracovníci. Minimální počet klientů se o službě dozví od jiných institucí, jako jsou například zdravotní zařízení. O nabídce služeb jsou pak klienti informováni až když jsou se zařízením v kontaktu. Klienti vyjadřovali obavy z kontaktu se službou, někteří očekávali direktivní přístup. Jako důležitou respondenti uváděli důvěru a vstřícnost společně s nehodnotícím přístupem personálu. Služby hodnotili jako dostupné, připomínky měli klienti k hodinovému pobytu, otevírací době a nemožnosti přerušit pobyt na kontaktní místnosti a posléze na něj navázat. S přístupem pracovníků byli klienti spokojeni. Atraktivita služeb pak vyplývá ze stylu práce a přístupu ke klientům, tedy přístup zaměřený na klienta, jeho osobnost a individualitu. Klienti využívají zařízení nejen kvůli poskytovaným službám, ale také kvůli pracovníkům, kteří jim jsou oporou. Hlavní saturovanou potřebou je uznání lidské identity.

Limity těchto prací spatřujeme v malém počtu respondentů. Obě autorky mohly své práce rozšířit o pohled pracovníků a tím získat více dat k posouzení.

K novějším pak patří diplomová práce „*Analýza potřeb rekreačních uživatelů drog na Mělnicku*“ (Přádová, 2015), která se tak zabývala velmi konkrétní skupinou. Cílem práce bylo zjistit, jaké drogy preferují příznivci různých hudebních subkultur na Mělnicku a jaká z nich je nejvíce rizikové v souvislosti s užíváním návykových látek. Cílem bylo také zjistit a analyzovat potřeby této skupiny uživatelů drog. Výzkumný soubor se skládal z 24 respondentů, tuto skupinu tvořili rekreační uživatelé, provozovatelé podniků, zástupci policie, protidrogová koordinátorka a zástupci terénního programu. Z výsledků práce vyplývá, že je rekreační užívání drog vnímáno jako problém a byla by vítána služba, zaměřující se na tuto cílovou skupinu osob. Sami uživatelé by tuto službu využívali, pokud by byla dostupná, záleželo by však také na nabízených službách a přístupu pracovníků. Všechny zúčastněné strany by také uvítali zlepšení spolupráce či větší propojenost.

Další, novější, je bakalářská práce s tématem „*Analýza potřeb klientů a pracovníků kontaktních center pro uživatele návykových látek ve Zlínském kraji*“ (Nováková, 2017), jejímž cílem bylo zjistit, jaká je dostupnost služeb, jejich atraktivita a zda nabízené služby odpovídají potřebám klientů. Práce si kladla také za cíl zjistit, jak se změnilы potřeby cílové skupiny od roku 2010 a zda se potřeby pracovníků a klientů liší, případně v jaké míře. Výzkumu se zúčastnilo 16 respondentů (8 klientů a 8 pracovníků). Klienti služby využívají především z důvodu výměny injekčního materiálu a využití hygienického servisu. Zařízení využívají také za účelem setkání se známými. Klienti jsou s otevírací dobou zařízení spokojeni, podle pracovníků si však klienti na otevírací dobu nejvíce stěžují. Klienti jsou s většinou služeb spokojeni. Závěrem této práce je, že Zlínský kraj je dostatečně pokrytý adiktologickými službami a není potřeba zavádět novou službu. Autorka ovšem do výzkumu zapojila pouze klienty kontaktních center na území kraje, kteří zároveň využívali terénních programů. Domníváme se, že pokud by výzkumný soubor tvořili i klienti využívající pouze terénního programu v lokalitě, která není dostupná kontaktnímu centru, mohla by získat zcela odlišné informace.

5.2 Potřeby klientů nízkoprahových zařízení v Kraji Vysočina

Jedinou prací zaměřenou na potřeby klientů v rámci Kraje Vysočina je bakalářská práce „*Specifické potřeby klienta využívajícího služby Kontaktního centra drogových závislostí v Třebíči*“ (Žák, 2005). Tato práce se soustředí na klienty jednoho kontaktního centra v Kraji Vysočina. Práce si kladla za cíl zjistit, jaká je přijatelnost a atraktivnost poskytovaných služeb, jaká je jejich dostupnost a zda nabízené služby odpovídají potřebám klientů. V rámci práce bylo realizováno 5 rozhovorů s klienty kontaktního centra. Výsledky práce ukazují, že informace o službách klienti získávali prostřednictvím známých, v rámci komunity uživatelů drog. Nicméně jako přínosné vnímají také propagaci služeb formou samolepek na záchodcích v restauracích či prostřednictvím zápalek. Doporučovali propagaci přes internet, popřípadě v rámci tisku. Klienti byli spokojeni s přístupem personálu i nabízenými službami. Změny v kontaktním centru by se ze strany klientů týkaly využití volného času, a to k aktivnějšímu trávení času na kontaktní místnosti (př. využití zahrady, ping-pong, šipky apod.), zmíněno také bylo, aby mohli klienti využít služeb vícekrát denně. Autor se snažil o rovnoměrné zastoupení mužů a žen. Jako přínosné

spatřujeme zařazení těch klientů, kteří využívají i terénního programu. Diskutabilní jsou ovšem vyvozované závěry, a to především z důvodu velmi malého výzkumného souboru.

Druhý výzkum zabývající se klienty nízkoprahových zařízení v rámci Kraje Vysočina byl proveden také formou bakalářské práce s tématem „*Význam kontaktních center v životě jejich klientů–uživatelů nelegálních návykových látek*“ (Pešková, 2019). Cílem této práce bylo zjistit, jakou roli hraje v životě uživatelů drog spolupráce s kontaktními centry v Kraji Vysočina. Výzkumu se zúčastnilo 10 respondentů (8 mužů, 2 ženy), klientů nízkoprahových center, kterým bylo položeno šest otevřených otázek zaměřených na subjektivní vnímání kontaktních center. V rámci výzkumu bylo zjištěno, že kontaktní centra hrají v životě uživatelů nelegálních návykových látek nezastupitelnou roli. Důležitost zařízení se pak pro každého jedince odvíjí od situace, ve které se aktuálně nachází. Kontaktní centra slouží k uspokojení širokého spektra potřeb jejich uživatelů. Respondenti vnímají zařízení jako prostor s jedinečnými a specifickými HR službami a jako zdroj podpory, motivace, přátelské atmosféry a odpočinku. Významnou roli tak sehrávají samotní pracovníci těchto služeb, kteří toto prostředí vytváří. Domníváme se, že v tomto výzkumu mohlo být největší riziko možné zkreslení elitou, což by odpovídalo tomu, že jsou tato zařízení pro všechny klienty významná.

VÝZKUMNÁ ČÁST

6 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Analýza potřeb v Kraji Vysočina volně navazuje na obdobné studie provedené ve Středočeském kraji a v Praze, byť poslední z těchto studií byla realizována před 10 lety. Výše uvedené další práce vykazovaly spoustu rezerv. Některé byly směřovány pouze na konkrétní zařízení či konkrétní specifickou skupinu osob, většina z nich nepracovala s pracovníky těchto zařízení a pokrývala malou část uživatelů služeb.

Práce si klade za cíl identifikovat okruhy problémů, které mohou být podnětem pro zlepšování poskytovaných služeb či zavádění těch chybějících. Tematickým jádrem práce je analýza potřeb, které je podřízeno získávání ostatních údajů. Jedná se především o snahu zjistit a ověřit:

- jaká je přijatelnost a atraktivnost poskytovaných služeb,
- jaká je dostupnost těchto služeb v rámci kraje,
- zda služby odpovídají potřebám a pokud ne, tak proč a jak by měly vypadat či být zajišťovány, aby potřebám odpovídaly.

Pomocí analýzy potřeb zjišťujeme, jak samotní uživatelé návykových látek vnímají kvalitu a účinnost nabízených služeb, jaká zlepšení by uvítali a proč. Přijatelností a atraktivitou služby rozumíme to, v čem klient vnímá přitažlivost služby, proč, jak často a za jakých podmínek služby využívá/nevyužívá. Dostupností nízkoprahových služeb je myšlená dosažitelnost služby v rámci kraje v přijatelném čase a za přijatelných podmínek.

Výsledky této práce umožní lépe modelovat další vývoj zařízení, jež v kraji působí. Práce bude sloužit samotným zařízením poskytujícím nízkoprahové služby uživatelům drog v Kraji Vysočina i jako podklad pro Krajský úřad Kraje Vysočina k tvorbě Strategie protidrogové politiky Kraje Vysočina na následující období.

Dalším cílem je vytvořit seznam doporučení a návrhů k rozvoji služeb. Doporučení bude směřováno jak na poskytovatele nízkoprahových služeb v Kraji Vysočina, tak i samotnému Krajskému úřadu Kraje Vysočina.

7 DESIGN VÝZKUMU A POUŽITÉ METODY

Analýza potřeb je jedním ze základních nástrojů používaných při plánování. Institut evaluací a sociálních analýz (2020) uvádí, že analýza potřeb je typem evaluace, která umožňuje identifikovat rozpor mezi aktuálním stavem a cílovými potřebami. Může být realizována v rámci studie proveditelnosti, kdy přispívá k přípravě rozhodnutí o nutnosti dané intervence. V tomto případě je hlavním cílem prováděné analýzy potřeb poskytnout informace o faktické potřebnosti daného programu, identifikovat očekávání zainteresovaných stran a zmapovat kontext, v němž by případná intervence byla realizována.

Podle WHO (WHO, UNDCP, & EMCDDA, 2000) je evaluace prostřednictvím analýzy potřeb formální a systematickou snahou o stanovení a následné vyplnění mezer mezi tím, co je, a tím, co by mělo být. Spočívá ve zdokumentování důležitých nesrovnalostí mezi aktuálními a požadovanými výsledky a vytyčení těchto nesrovnalostí jako priorit z hlediska plánování programů a intervencí. Z tohoto pohledu analýza potřeb spočívá v identifikaci potřeb a jejich klasifikaci podle míry důležitosti. V rámci analýzy potřeb se zjišťuje, jak by měl být stávající program upraven, aby reagoval na potřeby, které nejsou uspokojovány.

Analýza potřeb může být velmi jednoduchá studie zahrnující malý počet respondentů, může se však také jednat o velmi náročný a rozsáhlý výzkum zahrnující stovky respondentů. V tomto kontextu můžeme uvažovat o úrovních, na kterých lze analýzu potřeb provádět. Na národní úrovni může být např. důležitá pro legislativní změny v dané oblasti, pro komplexní modifikaci služeb, pro jejich efektivní plánování, financování apod. Dále může být analýza potřeb prováděna na regionální, lokální a individuální úrovni (Stevens & Raftery, 2004).

Příjemci informací získaných při realizaci analýzy potřeb se stávají jednak samotní uživatelé služeb, pracovníci služeb, jejich koordinátoři a v neposlední řadě také objednatelé těchto služeb, respektive jejich donátoři. V duchu komunitního plánování

služeb jsou data získaná během analýzy prospěšná zadavatelům, poskytovatelům i uživatelům služeb (Janouškovec, 2013).

„Hlavním cílem analýzy potřeb je získat informace týkající se potřeb lidí, o které se zajímáme. Analýzu potřeb provádíme tehdy, chceme-li změnit a zlepšit stávající služby nebo případně vytvořit nové.“ (Šťastná, 2010, s. 16). Jejím výsledkem by mělo být to, že identifikované potřeby klientů, uživatelů drog a jejich rodin, jsou uspokojeny. Je zjevné, že většina uživatelů drog má celou řadu potřeb a že poskytovatelé služeb mohou hrát významnou roli při uspokojování těchto potřeb (Scottish Executive, 2004). Proces analýzy potřeb by měl běžně zahrnovat přehled existujících zdrojů informací relevantních ke zkoumané populaci. Dále profil existujících služeb, názor zkoumané populace a relevantních odborníků. Následně pak analýzu a interpretaci výsledků za účelem vyvozování závěrů a provedení změn na základě identifikovaných potřeb. Uzavřít by ji mělo monitorování a evaluace za účelem ověření, že provedené změny měly požadovaný efekt a potkávají se s potřebami cílové populace (Scottish Executive, 2004). Analýza tak využívá data ze tří zdrojů. Jedná se o demografická a statistická data, data od klíčových informantů a data od klientů či potenciálních klientů služeb (Neuber, Atkins, Jacobson, & Reuter, 1980).

Analýza potřeb má však také svá omezení, která uvádí Soriano (1995). Za časté potíže při provádění analýzy považuje například neochotu participantů uvádět pravdivé informace, nedostatek respondentů, neochotu některých lidí podílet se na výzkumu, záměrně zavádějící odpovědi některých zainteresovaných osob, špatně napsané nebo zavádějící výzkumné otázky či chybnou interpretaci odpovědí.

7.1 Metodika Rapid Assessment Response

Metody rychlého posouzení (Rapid Assessment Response, dále jen RAR) prošly poměrně dlouhým vývojem. V ucelené formě se poprvé objevily v 70. letech a vycházely z kritiky malé specifičnosti a velkého opoždění pro aplikaci u rozsáhlých studií (Pearson & Kessler, 1992). Také se výrazněji objevovala potřeba doplnit data z rozsáhlých statistických šetření o data týkající se vzorců užívání, specifičnosti lokální drogové scény, sociokulturních odlišností (Miovská et al., 2005; Šťastná, 2010).

Metodika RAR byla specificky vyvíjena k provádění rychlých kvalitativních studií menšího rozsahu, zaměřených na určitý problém. Její použití má široký rozsah. Jde o typ

studií, jejichž předností je rychlost, pragmatismus, efektivnost z hlediska nákladů a plastičnost. Je nutné však zdůraznit, že RAR nemůže nahradit longitudinální kvalitativní studie či hloubkově zaměřené případové studie, a také, že jeho limity spočívají v určité povrchnosti a selektivnosti v zacházení s daty (Miovský, 2002).

RAR zahrnuje několik metod a technik, které jsou propojené společným referenčním rámcem. V obecné rovině je lze rozdělit na tři více či méně samostatné části. První tvoří informační rámec zahrnující postupy, jež vedou k identifikaci existujících informačních zdrojů, jejich využití a vytvoření výchozí „informační základny“. Tato základna je následně využita při analýze a interpretaci dat. Druhou část tvoří nominační technika Snowball Sampling. Poslední část pak tvoří metody získávání dat, kterými jsou semistrukturované interview, ohniskové skupiny, zúčastněné pozorování a kvalifikovaný odhad. Nejslabším článkem jsou metody k analýze a interpretaci dat, které metodika nemá adekvátně zpracovány a specificky upraveny (Miovská et al., 2005; Šťastná, 2010).

RAR může pomoci při zhodnocení vhodnosti, přiměřenosti a dostupnosti služeb a také při návrhu nových intervencí. Rychlé zhodnocení situace může přinést podstatné informace i politikům a poskytovatelům finančních prostředků a pomoci jim tak při rozhodování o rozvoji služeb či zavádění služeb nových (Šťastná, 2010).

Metody rychlého posouzení byly zvoleny z důvodů specifčnosti zkoumané populace uživatelů drog a povaze získávaných dat.

7.2 Metody získávání dat

7.2.1 Identifikace zdrojů dat

Účastníky výzkumu byli zvoleni klienti nízkoprahových služeb v Kraji Vysočina (dále respondenti) a poskytovatelé nízkoprahových služeb v Kraji Vysočina (dále klíčoví informanti).

Kritéria zařazení do studie:

1. Respondenti:

- uživatelé drog v jakémkoliv stádiu užívání,
- využívání nízkoprahových služeb.

2. Pracovníci nízkoprahových služeb přímo pracující s uživateli drog.

Studie se zúčastnilo celkem 23 klientů třech nízkoprahových zařízení. Byla provedena 1 ohnisková skupina se 6 pracovníky těchto nízkoprahových programů.

7.2.2 Nominační technika

V rámci metodiky RAR je nejčastěji využívána nominační metoda Snowball Sampling. Kromě této metody však byly využity také metody výběru účastníků prostřednictvím instituce, kdy se jednalo o cílený výběr, jelikož byli vybíráni klienti, kteří měli podle pracovníků informace, které pomohou dosáhnout cílů studie. Pak byla také využita metoda účelového výběru. Důraz byl také kladen na poměr účastníků z jednotlivých lokalit. Roli tak hrálo, které zařízení klient využívá (Jihlava, Třebíč, Žďár nad Sázavou) a jaký program využívá (kontaktní centrum, terénní program).

V rámci žďárského zařízení byli klienti domlouváni přímo tazatelem. V dalších dvou zařízeních byli respondenti vybíráni pracovníky jednotlivých zařízení, kteří respondenta doporučili a facilitovali tak snadnější přístup ke klientovi. Tazatel tak byl klienty přijat s větší důvěrou, čímž se zvýšil úspěch rekrutace. Současně nebyly narušeny etické principy, které nízkoprahové služby proklamují. V rámci každého zařízení byla na nástěnce vyvěšena možnost zúčastnit se výzkumu s potřebnými kontakty. Pro ohniskovou skupinu byla oslovena všechna 3 nízkoprahová zařízení působící na území Kraje Vysočina.

Mezi zdroje relevantních dat patří také existující informace, tedy data pravidelně získávána a popisující současnou situaci. Tyto údaje slouží jako základ analýzy, pomáhají identifikovat nedostatky a mezery ve stávajících službách a mohou být použity pro triangulaci získaných výsledků. Pomohou také lépe porozumět chování klíčových informantů či respondentů.

7.2.3 Semistrukturované interview

Rozhovor je nejčastěji používanou metodou sběru dat v kvalitativním výzkumu. V tomto výzkumu byl použit polostrukturovaný rozhovor, který vycházel z předem připraveného seznamu témat a otázek.

Respondenti byli kontaktováni prostřednictvím pracovníků nízkoprahových zařízení. U několika respondentů došlo k předání kontaktu a následně k přímé domluvě tazatele s respondentem. Rozhovory v rámci kontaktních center probíhaly v poradenských

místnostech či jiných, vyjma kontaktních místností. S respondenty využívající terénní program byly rozhovory realizovány v méně rušných parcích, v bytech klientů, v terénním či osobním automobilu, v kavárně či v restauraci. Ochota a dobrá spolupráce byla zaznamenána u téměř všech respondentů. Všechny interview byly provedeny ve druhé polovině roku 2018.

S 21 respondenty byl proveden polostrukturovaný rozhovor o délce 26 – 75 minut. S jedním respondentem byly provedeny rozhovory dva, jelikož to vyžadovala situace. Klient byl velmi unavený a již nesoustředěný, proto byl rozhovor ukončen. Rozhovor byl dokončen po 10 dnech. Provedené rozhovory byly nahrávány na diktafon. Jeden respondent byl také oslovený v rámci svého výkonu trestu odnětí svobody. Jelikož se nepodařilo domluvit fyzickou návštěvu a provést rozhovor ve věznici, byly tomuto klientovi zaslány otázky v tištěné podobě. Klient je ručně vyplnil a zaslal zpět. V této formě tedy nelze mluvit o polostrukturovaném rozhovoru, ale spíše o dotazníku s otevřenými otázkami. Nebylo tak možné se respondenta doptat či rozvést jeho odpovědi.

V úvodní fázi rozhovoru byly respondentovi podány všechny základní informace o výzkumu (účel, zásady, průběh rozhovoru, kontakt), o jeho účasti na výzkumu a o jeho právech. Byl získán písemný informovaný souhlas (viz Příloha č. 5), který byl všemi respondenty podepsán. Dále byl rozhovor rozdělen do dvou částí, ke kterým se respondenti mohli volně vyjadřovat, popisovat události, zkušenosti apod.

Okruhy otázek:

1. Osobní údaje:

- osobní anamnéza, vzdělání, ekonomická situace, kriminální anamnéza,
- užívání drog,
- četnost využívání služeb.

2. Využívání nízkoprahových služeb:

- zkušenost se službami,
- spokojenost s nízkoprahovými službami,
- atraktivita služeb,
- spokojenost s přístupem personálu,
- motivační faktor.

Úplnou strukturu rozhovoru naleznete v přílohách č. 6 a 7. Okruhy otázek vycházely z již provedených studií, nicméně na základě setkání tazatele s jednotlivými službami byly

okruhy doplněny a upraveny o témata, která by byla službám prospěšná v budoucím rozvoji.

7.2.4 Ohnisková skupina

Při zkoumání některých jevů se ukázalo prospěšné zjišťování názorů a postojů u více respondentů současně. Postupně se tak začaly rozvíjet techniky skupinového rozhovoru a ohniskové skupiny, jejichž podstatou je větší počet zároveň dotazovaných účastníků (Sedláček, 2007).

Ohnisková skupina představuje výzkumnou metodu, pomocí níž získáváme data za využití skupinových interakcí, které vznikají samovolně a probíhají v debatě na předem určené téma. Ohniskové skupiny se obvykle sestávají z 6–10 účastníků. Při méně než 6 účastnících by mohlo být těžké diskusi rozběhnout a velmi výrazný je také tlak na vyjádření každého z účastníků. Při více než deseti by ji mohlo být obtížné kontrolovat a korigovat. Diskuse jsou vedeny facilitátorem nebo moderátorem, který udržuje téma diskuse či fokusuje na dané téma. Řídící vstupy by měly být minimalizované. Facilitátor by měl vést diskusi a konstruovat otázky co nejpřirozenějším způsobem, spíše než lpět na připraveném plánu a řízeném rozhovoru (Barker, 2000; Morgan, 2001).

Předností ohniskových skupin je zprostředkování informací velmi rychlým způsobem, rychleji a s menšími náklady než na individuální rozhovor. Účastníci se při diskusi obvykle cítí pohodlně, jelikož se jedná o přirozenou formu komunikace ve společnosti. Další velkou předností je skupinová interakce. Srovnávání názorů a zkušeností účastníků je cenným zdrojem vhledu do složitostí chování (Morgan & Krueger, 1993; Stimson, Fitch, & Rhodes, 1998; Morgan, 2001).

Sociální interakce však vytváří i nedostatky. Nejistota plyne z tendencí ke konformnosti, na jejímž základě účastníci tají informace, které by mohli sdělit v soukromí, a také tendence směřující k polarizaci, pod jejímž vlivem mohou účastníci vyslovovat extrémnější názory, když jsou ve skupině. Moderování ohniskové skupiny také vyžaduje jisté dovednosti tak, aby účastníci byli schopni sdílet své názory. Ve srovnání s individuálním rozhovorem má výzkumník malou kontrolu nad průběhem (Morgan, 2001; Stimson et al., 1998).

V rámci výzkumu byla realizována jedna ohnisková skupina se 6 pracovníky ze 3 nízkoprahových programů. Z jihlavského zařízení byli přítomni 3 pracovníci,

z třebečského 1 pracovnice a ze žďárského 2 pracovníci. Ohnisková skupina se konala ve žďárském zařízení, vyjma 6 pracovníků byl přítomen také moderátor a pomocný moderátor. Účastníci nejprve byli provedeni a seznámeni s prostory zařízení, po skončení skupiny bylo všem zúčastněným vystaveno potvrzení o odborné stáži.

Ohnisková skupina měla pevnější strukturu, kromě základních okruhů byly připraveny i modelové otázky.

Okruhy témat:

- typický uživatel služby, rozdílnost v KC a TP,
- jak vypadá první kontakt s klientem,
- jaké jsou využívány strategie ke kontaktování klientů,
- práce se specifickými skupinami uživatelů,
- předpoklady pro práci s klienty,
- jaké služby klienti nejčastěji využívají,
- dodržování pravidel,
- spolupráce s institucemi,
- personální oblast,
- slabé a silné stránky, perspektivy.

Tento popis je rámcový, plnou strukturu ohniskové skupiny naleznete v Příloze č. 8. Byl proveden záznam ohniskové skupiny a také záznam posazení účastníků kolem stolu (schematický náčrt polohy účastníků v průběhu ohniskové skupiny pro jejich identifikaci v audio záznamu).

V rámci posledního okruhu byla zjišťována také subjektivní spokojenost účastníků s výší platového ohodnocení. Jelikož se jedná o citlivé informace, byla za tímto účelem zvolena forma anonymního dotazníku, kde byla zjišťována také délka praxe v sociálních službách, délka praxe v nynějším zařízení, nejvyšší dosažené vzdělání, pracovní pozice, rozmezí výše hrubé mzdy a zda je dotyčný s výší mzdy spokojený či nikoliv.

7.2.5 Zúčastněné pozorování

Součástí práce s informacemi byl také materiál získaný prostřednictvím osoby tazatele. Právě konfrontace mezi transkripcí záznamu interview a tím, co sám tazatel pozoroval, byla zdrojem dalších dat užitečných při analýze. Tento přístup je postaven na různých introspektivních technikách (Miovský, 2000).

Zaznamenáno bylo vzezření respondenta, jeho spolupráce a postoj, pozornost v průběhu interview, spontaneita v chování, celková nálada, známky napětí během rozhovoru a celkový dojem. Tazatel si ihned po skončení interview tyto pozorované jevy zaznamenal písemnou formou do připraveného deníku.

7.3 Metody analýzy dat

7.3.1 Fixace a transkripce dat

Osobní údaje, tzn. osobní anamnéza, kriminální anamnéza a užívání drog, byly zapsány do předem připravených archů – viz Příloha č. 6, které vyplňoval tazatel v průběhu první části rozhovoru. Druhá část rozhovorů a ohnisková skupina byly nahrávány a poté doslovně přepsány. Doslovné přepisy rozhovorů byly upraveny pomocí redukce I. a II. řádu.

Cílem redukce I. řádu je učinit přepis plynulejším a usnadnit tak další práci s ním. Rozumíme tím tedy proces transformace doslovné transkripce záznamu do plynulejší podoby, vhodnější pro další analytickou práci. S daty plné transkripce činíme to, že jsou vynechány všechny části vět nesdělující identifikovatelnou informaci, a dále je text očištěn o výrazy, jejichž přítomnost text spíše narušuje a které samy tvoří podstatnou část nositele informace (Miovský, 2006).

Redukce II. řádu má za úkol selektivně zvolit všechny identifikované hlavní kategorie, získané na základě hlavních výsledků analýzy případové studie, a vzájemně je spojit do smysluplného celku s kategoriemi identifikovanými v rámci analýz ostatních případových studií. Výsledkem je pak tvorba sítě vztahů mezi těmito hlavními kategoriemi (Miovský, 2000).

7.3.2 Metoda analýzy dat

Vzhledem k použití několika metod sběru dat byla k jejich analýze zvolena zakotvená teorie. Jednou z velkých výhod metody zakotvené teorie je právě její schopnost v rámci kvalitativní analýzy dat integrovat data získaná odlišným způsobem a využít tak nejen více různých metod získávání dat, ale současně využívat různých přístupů v samotné analýze. Další z výhod zakotvené teorie je její plastičnost, tedy možnost ji v rámci definovaných pravidel upravovat podle našich potřeb a předmětu výzkumu. Díky tomu není zakotvená teorie rigidní, ale naopak velmi živý a tvůrčí výzkumný nástroj. Výhoda velké plastičnosti je však vykoupena nutností mnohem přesnějšího a pečlivějšího protokolování a deskripce dílčích kroků výzkumníka, velký důraz je také kladen na metody kontroly validity dat (Miovský, 2006).

Ve shodě s metodou zakotvené teorie byl počáteční postup analýzy dat. K vytvořeným kategoriím a subkategoriím byly přiřazovány významy podobné povahy (kódování). Při

tvorbě významu získaných jednotek kvalitativních dat se pak vycházelo z popsaných postupů Milese a Hubermana (1994). Po zakódování byly obsahy řazeny a seskupovány do induktivně vytvořených kategorií. Tento proces je označován jako vytváření trsů (clustering). Další postup lze označit jako výčet (counting), který umožňuje práci s četností a frekvencí výskytu sledovaného jevu. Pomocí techniky výčtu si mnohdy můžeme odpovědět na otázku, co zde je či existuje. Poslední fázi práce s daty představoval návrat k původním přepisům.

7.3.3 Techniky kontroly a zvyšování validity dat

Validita je konstruktem toho, zda způsob, jakým jsme přišli k našim zjištěním a samotná tato zjištění (tvrzení, argumenty) jsou pravdivé a odpovídají tak realitě (jsou věrohodné) (Miovský, 2006). Techniky kontroly validity si kladou za cíl zvýšit důvěryhodnost výzkumu tím, že omezují vliv doprovázejících jevů, které by mohly ohrozit validitu zjištění (Čermák & Štěpaníková, 1998).

Za účelem dodržení správnosti získaných údajů a pro zvýšení důvěryhodnosti výzkumu bylo využito především následujících validizačních technik:

- triangulace metod: data byla získávána různými způsoby (interview, ohnisková skupina, zúčastněné pozorování, dotazník),
- triangulace zdrojů dat: klienti nízkoprahových služeb, pracovníci nízkoprahových služeb,
- triangulace metod výběru výzkumného souboru: snowball sampling, výběr přes instituce, účelový výběr,
- kontrola efektu výzkumníka: znalost prostředí, ve kterém byla získávána data, využití co nejméně rušivých metod výzkumu, sebereflexe výzkumníka a informování účastníka o záměrech výzkumníka,
- bohatá data, hustý popis a saturace.

Faktory ohrožující validitu:

- zkreslení způsobené výzkumníkem, a to především prostřednictvím nereflektovaných teorií, zkušeností či předpojatostí,
- reprezentativnost vzorku, kdy počet respondentů není příliš velký a nejsou vybíráni náhodným výběrem z reprezentativních souborů,

- zkreslení elitou: rozhovory byly prováděny s lidmi, kteří byli ochotní, přičemž byly prováděny i s lidmi méně sociálně schopnými, i přesto mohlo k určitému zkreslení elitou dojít.

7.4 Etické normy a pravidla výzkumu

Základním předpokladem a závazkem při získávání informací prostřednictvím interview bylo neohrozit a nepoškodit účastníky výzkumu, současně se však tato oblast týkala i samotného tazatele, který se při práci s touto cílovou skupinou vystavoval jistému nebezpečí (Mioviský, Mioviská, & Gajdošíková, 2004).

Přijaté etické normy a pravidla:

- rozhovory prováděl pouze jeden tazatel,
- respondenti se zúčastnili zcela dobrovolně, s nárokem na odměnu ve formě stravenky v hodnotě 50 Kč (tato forma odměny byla zvolena s ohledem na potřeby klientů a zároveň splňovala formu, která nebyla v rozporu s terapeutickými a výchovnými normami),
- účastníci výzkumu byli vždy na začátku interview seznámeni se všemi základními informacemi o výzkumu, o svých právech, včetně práva odmítnout nahrávání (informovaný souhlas),
- bezpečná archivace nahrávek, které slouží výhradně pro účely tohoto výzkumu, po obhájení práce budou veškeré nahrávky smazány,
- všechny údaje, které by bylo možné využít k identifikaci respondenta, byly z písemného záznamu interview odstraněny a dále s nimi nebude pracováno, čímž bude zachována anonymita respondentů,
- respondenti byli seznámeni s právem kdykoliv přerušit účast na tomto výzkumu, neodpovídat na otázky či kdykoliv přerušit rozhovor,
- tazatel si byl vědom rizik spojených se situací, byl seznámen s možnostmi, jak řešit krizové situace.

Tazatel si byl vědom možného střetu zájmů, ke kterému během interview s respondenty několikrát došlo. Tazatel je současně pracovníkem jednoho ze zapojených nízkoprahových programů, o čemž byli informováni i respondenti. Tazatel byl některými respondenty žádán o rady ohledně léčby či substituce. Došlo také na tazatelovu potřebu předat určité informace, jelikož se domníval, že by tuto informaci měl respondentovi poskytnout.

Tazatel si byl vědom odlišné role, tudíž došlo k pouhému předání informací. V případě, že se rozhovor odvíjel směrem k rozsáhlejšímu poradenství, byl dotyčný respondent odkázán na pracovníky, se kterými je v rámci služby v kontaktu. Ke střetu zájmů mohlo také dojít v rámci ohniskové skupiny, jelikož dva pracovníci byli ze stejného zařízení jako tazatel. Tazatel si byl vědom, že v rámci ohniskové skupiny přijímá jinou roli. Tato role byla diskutována i se samotnými pracovníky, jelikož pracovní vztahy jsou na úrovni nadřazený – podřízený.

Výzkumník zachovával po celou dobu empatickou neutralitu, byl ke zjištěným skutečnostem neutrální, v průběhu rozhovoru se snažil vyhýbat jakémukoliv hodnocení, což bylo obtížnější ve chvílích, kdy respondenti hovořili o svých negativních zkušenostech s návaznými institucemi.

Dopředu byly také zvažovány kroky k zajištění bezpečnosti tazatele, která se týkala především provádění rozhovorů s respondenty využívajícími terénní program. Tazatel byl domluven s daným terénním pracovníkem, že jej po skončení interview informuje o tom, zda vše proběhlo v pořádku. Ve dvou případech se tyto pracovníci ujistovali sami a volali, zda je vše v pořádku, jelikož se doba interview prodloužila.

8 POPIS VÝZKUMNÉHO SOUBORU

Převážnou většinu respondentů tvoří muži, což činí při dalších analýzách obtíže ve srovnávání mužů a žen navzájem. Procentuální zastoupení mužů v souboru činí 65 %. Průměrný věk respondentů je 30 let. Nejmladšímu účastníkovi bylo 20 let a nejstaršímu 43 let. Nejpočetněji je zastoupena věková skupina 21–25 let, která však tvoří méně než jednu třetinu souboru. Věkové rozložení respondentů ukazuje Tabulka 8.1.

Tabulka 8.1 Zastoupení respondentů v souboru dle věkových skupin

	Muži	Ženy	Celkem
16-20	0	1	1
21-25	2	5	7
26-30	4	1	5
31-35	5	0	5
36-40	2	0	2
41-45	2	1	3
Celkem	15	8	23
Průměrný věk	32	26	30

Snažili jsme se dosáhnout přibližně rovnoměrného počtu účastníků z každého zařízení, a zároveň tak, aby byly pokryty i okresy, kde je realizován pouze terénní program. Výsledný přehled je uveden v Tabulce 8.2. Podařilo se získat respondenty ze všech kontaktních center i ze všech lokalit, kde je poskytován terénní program.

Tabulka 8.2 Počty účastníků v jednotlivých okresech (podle pohlaví a typu formy poskytování služeb)

	Okresy	Muži	Ženy	KC	TP	Celkem
Centrum U Větrníku Jihlava	Jihlava	2	3	4	1	5
	Pelhřimov	2	0		2	2
K-centrum Noe Třebíč	Třebíč	3	2	3	2	5
	Žďár n/S.	2	0		2	2
KPC Spektrum Žďár n/S.	Žďár n/S.	4	1	3	2	5
	Havlíčkův Brod	2	2		4	4
Celkem		15	8	10	13	23

Cílem bylo také obsáhnout obě skupiny klientů. Té, která využívá kontaktních center, i té, která využívá terénního programu. Obě skupiny jsou početně velmi podobné, podobný je i počet klientů, kteří danou formu nevyužívají. Více o tom vypovídá následující Tabulka 8.3.

Průměrný věk prvního kontaktu se službou, ať už ambulantní či terénní formou, činil v daném souboru 21 let. Nejdříve proběhl první kontakt se službou ve 14 letech a nejpozději ve 38 letech věku.

Tabulka 8.3 Četnost využívání nízkoprahových služeb dle formy poskytování a pohlaví

	Kontaktní centrum			Terénní program		
	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem
Vůbec	5	3	8	5	4	9
1x měsíčně a méně	3	2	5	3	0	3
1x týdně a méně	2	1	3	6	4	10
2 - 3x týdně a více	5	2	7	1	0	1
Celkem využívá	10	5	15	10	4	14
Celkem	15	8	23	15	8	23

Téměř dvě třetiny respondentů mají stálé bydlení. Do kategorie bez domova byly zařazeny odpovědi na vrátnici, na squatu, v lese či ve stanu. Do kategorie jiné jsou zařazeny odpovědi chata a ve věznici. Respondenti nejčastěji žili se svým aktuálním partnerem či partnerkou. V jednom případě se jednalo o bydlení současně s rodiči a partnerem, ve dvou případech současně s partnerem a dítětem, v jednom případě současně s partnerem a přáteli a v jednom případě současně s dítětem a přáteli. Viz následující Tabulka 8.4 a Tabulka 8.5.

Tabulka 8.4 Místo bydliště respondentů

Kde	Byt, dům	Bez domova	Jiné
Celkem	15	6	2

Tabulka 8.5 S jakými členy respondenti sdílejí svá bydliště

S kým	Sám	S rodiči/rodinou	S partnerem	S dítětem	S přáteli
Celkem	6	5	8	4	5

Převážná většina respondentů je svobodná, konkrétně 78 %. Neobjevil se ani jeden případ ovdovění, blíže viz Tabulka 8.6. Všichni respondenti mají dokončené základní vzdělání. Pouze 7 respondentů úspěšně absolvovalo střední odborné či středoškolské vzdělání.

V souboru se nevyskytl nikdo, kdo by pokračoval studiem na VOŠ či VŠ. V době provádění výzkumu nebyl žádný respondent aktivním studentem. Viz Tabulka 8.7.

Tabulka 8.6 Rodinná situace respondentů

	Muži	Ženy	Celkem
Svobodný/á	12	6	18
Ženatý/vdaná	1	1	2
Rozvedený/á	2	1	3
Celkem	15	8	23

Tabulka 8.7 Nejvyšší dosažené vzdělání

	Muži	Ženy	Celkem
ZŠ	11	5	16
SOU	3	3	6
SŠ	1	0	1
Celkem	15	8	23

S úrovní vzdělání úzce souvisí také ekonomická aktivita, nicméně i přesto, že většina klientů má dosaženo pouze základní vzdělání, je polovina respondentů ekonomicky aktivní a má stálé zaměstnání. Nezaměstnaných respondentů je pouze 7, z toho 3 jsou registrováni na úřadu práce a pobírají dávky v hmotné nouzi. Zbylí 4 respondenti této formy pomoci nevyužívají, nejčastějším důvodem byl postoj, že od státu nic nechtějí. Do kategorie jiná ekonomická aktivita je zahrnutý jeden případ pobírání invalidního důchodu a jeden případ pobírání rodičovského příspěvku, což v obou případech byly hlavní příjmy daných respondentů. Blíže viz následující tabulka 8.8.

Tabulka 8.8 Ekonomická aktivita respondentů

	Muži	Ženy	Celkem
Student	0	0	0
Ekonomicky aktivní: stálé zaměstnání	7	5	12
Ekonomicky aktivní: příležitostné zaměstnání	1	1	2
Nezaměstnaný: pobírající pomoc v hmotné nouzi	2	1	3
Nezaměstnaný: bez pomoci v hmotné nouzi	3	1	4
Jiná	2	0	2
Celkem	15	8	23

V rámci výzkumu byla u respondentů zjišťována také kriminální anamnéza, a to s ohledem na navazující otázky v interview. Následující Tabulka 8.9 zachycuje výkon trestů za dopuštění se protiprávního jednání. Pouze 6 respondentů nikdy nebylo trestáno za žádný

trestný čin. Z tabulky lze také vyčíst, že se kriminální anamnéza týká především mužů. Celkové počty se neshodují s celkovým počtem respondentů, jelikož jedna osoba mohla být trestána za trestnou činnost opakovaně.

Tabulka 8.9 Výkon trestů za protiprávní jednání respondentů

Výkon jednotlivých trestů	Muži	Ženy	Celkem
Podmíněné odnětí svobody	12	3	15
Nepodmíněné odnětí svobody	8	0	8
Domácí vězení	1	0	1
Obecně prospěšné práce	9	0	9
Bez kriminální anamnézy	1	5	6
Celkem	31	8	39

Z následujících tabulek lze konstatovat, že nejčastější trestnou činností, které se respondenti dopouštěli, jsou krádeže, přičemž nejpočetnější skupinou jsou pak trestné činy porušující protidrogovou legislativu. Ani zde součet všech trestných činů neodpovídá součtu výkonu jednotlivých trestů, a to z důvodu, že mohl být uložen souhrnný trest za několik trestných činů.

Tabulka 8.10 Psychofarmakologicky podmíněná trestná činnost

	Muži	Ženy	Celkem
Loupeže	1	0	1
Ublížení na zdraví	3	0	3
Celkem	4	0	4

Tabulka 8.11 Ekonomicky motivovaná trestná činnost

	Muži	Ženy	Celkem
Krádeže	11	1	12
Vloupání	4	0	4
Celkem	15	1	16

Tabulka 8.12 Trestné činy porušující protidrogovou legislativu

	Muži	Ženy	Celkem
Výroba a nakládání s OPL	6	0	6
Pěstování rostlin obsahující OPL	1	0	1
Držení prekurzorů k výrobě OPL	3	0	3
Šíření toxikomanie	3	1	4
Obchodování s OPL	4	1	5
Řízení pod vlivem OPL	3	0	3
Celkem	20	2	22

Drogová kariéra

První užitou nelegální drogou byly z 65 % konopné látky, následované ze 17 % pervitinem, a to ve věku 12–15 let. Nejpozdější začátek užívání drog byl zaznamenán v 33 letech. Průměrný věk prvního užití nelegální návykové látky bylo 15,5 roku. Jeden respondent uvedl, že jeho první zkušenost s užitím návykové látky byla v rámci výkonu trestu odnětí svobody.

Spektrum užívaných látek za poslední tři měsíce je značně široké, jak ukazuje Tabulka 8.13. Nejčastěji byl užíván pervitin a konopné látky. Byla zaznamenána kombinace až pěti různých látek. Nejčastější kombinací je užívání pervitinu s konopnými látkami, objevují se však i kombinace THC, pervitinu, alkoholu či různých léčiv, s lysohlávkami, buprenorfinem či surovým opiem. V kategorii jiné je zařazen ketamin a MDMA. Trvání injekčního užívání drog ukazuje Tabulka 8.14, kde nebyla zachycena doba kratší než 1 rok. Frekvenci injekčního užívání ilustruje Tabulka 8.15. Tabulka 8.16 ukazuje způsoby aplikace drog v posledních 3 měsících. Při sběru dat nebyl zaznamenán perorální, intramuskulární ani rektální způsob aplikace drogy, proto v tabulce nejsou tyto varianty uvedeny.

Tabulka 8.13 Užívané návykové látky za poslední 3 měsíce

	Muži	Ženy	Celkem
Léky	2	2	4
Alkohol	2	2	4
Konopné drogy	11	5	16
Toluen	0	0	0
Lysohlávky	6	1	7
Pervitin	12	7	19
LSD	1	1	2
Heroin	0	0	0
Subutex/Suboxone	2	1	3
Opium	2	1	3
Jiné	0	3	3

Tabulka 8.14 Trvání injekčního užívání drog

	Muži	Ženy	Celkem
1-2 roky	1	1	2
Déle než 2 roky	14	7	21
Celkem	15	8	23

Tabulka 8.15 Frekvence injekčního užívání drog

	Muži	Ženy	Celkem
Neužil/a	1	0	1
1x měsíčně a méně	5	3	8
1x týdně a méně	1	1	2
2 - 3x týdně	2	2	4
4 - 6x týdně	2	1	3
Denně	4	1	5
Celkem	15	8	23

Tabulka 8.16 Způsoby aplikace drog v posledních 3 měsících

	Muži	Ženy	Celkem
Sniff	1	3	4
Inhalace	3	1	4
Intravenózní	14	8	22

Oslovení klienti nízkoprahových zařízení získávají injekční materiál třemi nejvýznamnějšími způsoby. Využívají kontaktní centra, terénní programy a kupují ho v lékárnách. Na lékárny se obracejí převážně v době, když jsou kontaktní centra uzavřena či dotyčný nedokáže odhadnout počet potřebného injekčního materiálu do doby, než bude

opět v kontaktu s terénními pracovníky. Nebyl zaznamenán žádný případ nákupu injekčního materiálu od jiných uživatelů či kamarádů.

Osm respondentů uvedlo, že sdíleli injekční materiál v průběhu posledního roku a 11 respondentů uvedlo, že nikdy nesdíleli injekční materiál. V záznamech je však možné zpozorovat, že respondenti dbají na to, aby neužívali po někom stejným injekčním materiálem, stejně tak však už nedbají na to, aby sami používali injekční náčiní pouze jednou. U dalších 6 respondentů se objevilo sdílení jiného HR materiálu, z toho u 4 během posledního roku a u 2 před více jak rokem.

Tabulka 8.17 Sdílení injekčního materiálu

	Muži	Ženy	Celkem
V posledním měsíci	1	0	1
V posledním půl roce	2	1	3
V posledním roce	3	1	4
Před více než rokem	1	3	4
Nikdy	8	3	11
Celkem	15	8	23

Na otázku, při jaké příležitosti užívá respondent drogy nejčastěji, bylo možné uvést více odpovědí. Nejčastěji respondenti užívají drogy o samotě, také však se svým partnerem či partnerkou nebo v partě. Do kategorie jiné je zařazeno užívání drog s výrobcem, kterého dotyčný nezařadil mezi své kamarády ani známé, více viz následující tabulka.

Tabulka 8.18 Při jaké příležitosti respondenti užívají drogy

	Muži	Ženy	Celkem
Sám/a	10	5	15
S partnerem/partnerkou	3	4	7
S kamarádem/známým	1	1	2
V partě	6	2	8
Jiné	1	0	1

9 VÝSLEDKY VÝZKUMU

9.1 Informovanost o nízkoprahových službách

O existenci služeb pro uživatele drog se respondenti nejčastěji dozvěděli od svých známých, v partě dalších uživatelů návykových látek, blízkého kamaráda, také uživatele či aktuálního partnera (15 respondentů). „*Pohybovala jsem se mezi feťákama a ti mi ukázali, kde to káčko je, a řekli mi, co se tam všechno může, že tam je sprcha, že se tam vyměňují stříkačky.*“ Dva respondenti se o službách dozvěděli prostřednictvím rodičů (v jednom případě si rodiče službu vyhledali na internetu, ve druhém případě od rodinného příslušníka, který měl se službou již zkušenost). Jeden respondent si zjišťoval informace sám přes internet. Jeden respondent se o službách dozvěděl skrze instituci, konkrétně od sociálního kurátora.

Nezanedbatelné množství respondentů se o službě dozvědělo prostřednictvím samotných terénních pracovníků v rámci aktivního vyhledávání potencionálních klientů (4 respondenti). „*Byli jsme na autobusáku, přišla tam holka s klukem a představili se. My jsme o tom v životě neslyšeli, že to vůbec existuje, takže jsme se i docela báli, že kdo to je a proč se vyptávají.*“

Nejvíce respondentů poprvé využilo služeb v doprovodu svého známého (13 respondentů), dva respondenti přišli s rodiči, čtyři respondenti poprvé přišli sami a čtyři byli navázáni v rámci oslovení v terénu. „*Já jsem byl na ulici, asi kolem patnáctýho roku a chytla se mě taková partička. Viděli, že jsem na ulici a nevím, co si počít, už sem byl asi dvacet dní bez jídla. Byl jsem úplně v prdeli a oni si mě vzali pod ochranný křídla. A všichni byli uživatelé, všichni brali. Oni mi ukazovali jak a co, abych se neztratil, a dovedli mě i na to káčko.*“

Všichni respondenti se domnívají, že mají dostatek informací o poskytovaných službách. Jsou o nich informovaní od ostatních uživatelů, více podrobných informací pak dostávají od samotných pracovníků služeb. Tři respondenti si informace také aktivně zjišťují

prostřednictvím internetu a webových stránek zařízení. V případě potřeby vědí, na koho a kam se mají obrátit.

Třináct respondentů uvedlo, že propagace služeb je mezi uživateli drog dostatečná a není co zlepšovat. „*Máte nejlepší reklamu, jakou můžete mít. A to jsou ty lidi. Když jdeš někam, ty věci z káčka jsou vidět, informovanost je dost velká.*“; „*Propagace je dostatečná. Ti uživatelé si to řeknou mezi sebou. Jiná propagace je zbytečná.*“ Tři respondenti by zvýšili informovanost formou propagačních materiálů u lékařů, v lékárnách a v hernách, tři respondenti by začali s informovaností o nízkoprahových službách už na základních školách a jeden by doporučil službám jezdit na techno párty a podobné akce.

9.2 Využívání nízkoprahových služeb a zkušenost s nimi

První motivací k využití nízkoprahových služeb byla výměna injekčního materiálu (14 respondentů). „*Peníze byly jenom na tu dávku, nebylo už na to jít do lékárny, tak říkám, půjdu na káčko...*“; „*V lékárnách to už nebylo dostupný, tak jsem potřeboval čistý. A to byl ten důvod, proč jsem zašel na K-centrum.*“ Z toho pět respondentů potřebovalo využít i jiných služeb (hygienický a potravinový servis). Jeden respondent při první návštěvě kontaktního centra potřeboval využít pouze hygienický servis. Dva respondenti využili spolu s rodiči poradenství. „*Vzhledem k tomu, že měli syna feťáka, tak asi chtěli to nějak řešit, chtěli mi nějak pomoci.*“ Dva respondenti využili distribuce jiného HRM (šňupátka, kapsle), jelikož v té době nebyli injekčními uživateli. Jeden respondent využil krizové intervence, jednoho respondenta přinutily využít služeb zdravotní komplikace (absces): „*přišel jsem tam jak zpráskanej pes*“ a jeden respondent šel ze zvědavosti, což bylo v době, kdy se kontaktní centrum otevíralo, a tak neměl jasnou představu o tom, co využije. Jeden respondent v rámci terénního programu při prvním kontaktu nevyužil nic: „*Ten první den jsme jim nechtěli nic říct. Potom začli jezdit častěji, víc popisovat tu jejich práci, a že to je anonymní, to bylo to hlavní, že to je anonymní. A od té doby jsme si u nich začli měnit, testovat a už pak prostě v pohodě to bylo*“.

Tři respondenti také uvedli, že v rámci prvního kontaktu dostali stravenku, což nevnímali jako důvod využití služby, nicméně je tato odměna podpořila k prvnímu kontaktu se službou. „*Nabrat si věci, co budu potřebovat k aplikaci, a ještě možnost stravenky tehdy. Nebylo to přímo kvůli ní, ale říkám, podpořilo mě to.*“

Představy a očekávání spojené s první návštěvou nízkoprahových zařízení se u 7 respondentů naplnily, jelikož měli dostatek informací o tom, jak zařízení funguje. Neměli tak nereálná očekávání a službu využili bez obav. Dva respondenti očekávali pouze výměnu materiálu (*„Že jen naberu věci a domluvím se, co a jak.“*). Pět respondentů nemělo žádnou představu, nevěděli, jak zařízení pracuje a co mohou očekávat (*„Neměl jsem žádnou představu a přišel jsem si trapně.“*; *„Sem se nechala překvapit.“*). Osm respondentů uvedlo, že šli do zařízení s obavami a nedůvěrou, nevěděli, co je čeká (*„Neřeknou to někde?“*; *„Divný pocit jít za někým pro stříkačky“*; *„Bylo to něco nového, takovej pocit, když jdeš někam a nevíš kam. Nevíš, co a jak.“*). Všichni pak současně uvádějí, že jejich první zkušenost byla pozitivní. Negativní zkušenost s první návštěvou nevyjádřil žádný respondent.

Většina respondentů neuvádí žádné potíže ani s přidělením kódu. Vnímají to jako formální záležitost, nevadí jim a domnívají se, že je tímto způsobem anonymita dostatečně zajištěna (*„Já jsem se o to nijak nezajímal. Kódování, to je starost holek si myslím.“*; *„Spíš jde o to, jestli to pomáhá vám. Mě to vůbec nevadí.“*; *„Beru to jen jako formalitu. Nijak mi to nevadí.“*; *„Mě to překvapilo, že to je až tak anonymně, jenom pod kódem.“*). Pouze dva respondenti zmiňovali větší ostražitost a nedůvěru v přidělení kódu (*„Ze začátku mi to přišlo trochu paranoidní. Kdybyste nás chtěli zlikvidovat, tak už bysme dávno všichni to...“*; *„Říkal jsem si, jestli se to nedá nějak dopátrat, jestli to nemůže sloužit k nějaký bližší identifikaci.“*) a dva respondenti poukazují na to, že s nimi byl kód sestavený až po delší době, kdy už měli důvěru (*„Už jsem jim věřil, tak jsem to nijak neřešil.“*; *„Nebylo to hned ze začátku, až po pár návštěvách. To už jsem jim věřila.“*). Dva respondenti pak v době rozhovoru kód neměli (*„Nemám, nikdy sem ho nechtěl, protože pak už bych si připadal hodně špatně.“*).

Osm respondentů nemá zkušenost s žádným jiným nízkoprahovým zařízením. Sedm respondentů využilo nízkoprahových služeb v rámci Kraje Vysočina, přičemž jeden respondent měl špatnou zkušenost s pracovníkem (*„Tam se mi zase nelíbí přístup. Vidiš dva frajery a pracovník káčka se tě zeptá ‚Tak co fetky? Potřebujete jehly nebo co?‘ Já sem mu řekl, že si myslím, že takovýhle lidi jako on by neměli vůbec pracovníky dělat.“*). Deset respondentů pak využilo nízkoprahových služeb v rámci celé republiky (Brno, Břeclav, Česká Lípa, Hradec Králové, Jablonec nad Nisou, Jindřichův Hradec, Pardubice, Praha, Prostějov, Most, Znojmo). Jeden respondent uvádí, že byl vždy spokojený (*„Vždycky jsem se setkal s ochotou pomoci.“*). Negativní či nepříjemné zkušenosti

respondenti uvádějí ze zařízení ve větších městech, jako je Praha a Brno, přičemž s pražskými zařízeními má zkušenost 6 respondentů („*Pár židlí pro feťáky, aby se dali trochu do kupy, škaredá sprcha, okýnko na výměnu a to je všechno.*“; „*Mají tam toho víc a různý existence, musí být trošku odolnější.*“; „*Úplně jinej přístup. Přijdeš si, že tam nic neznamenáš. Jak na běžícím páse. Asi to tak má být, nemůžou být moc přátelští, když se ti tam vystřídá hafec lidí.*“; „*Nemají čas, když tam těch lidí je, nezastaví se. Kolikrát sem si chtěla popovídat a nešlo to.*“ „*Místnost, kde si každéj mohl dělat skoro, co chtěl*“).

9.3 Atraktivita nízkoprahových služeb

Jako zajímavou hodnotí nabídku nízkoprahových služeb 17 respondentů. Pro 2 respondenty jde o nabídku, kterou považují za běžnou („*Zajímavá by mohla být pro člověka, který neví, o co jde. Pro mě je to úplně běžný kafe.*“), 2 respondent ji považují sice za zajímavou, nicméně se domnívají, že je až moc široká („*Prostě děláte až moc pro ty lidi.*“) a pro jednoho respondenta nabídka není příliš důležitá („*Mně konkrétně, v situaci, ve který jsem, to pro mě až tak důležitý není. Ale existuje spousta lidí, který tydle služby využívaj a sou za ně hodně vděčný. Protože, kdo tě dneska pustí domů, nechá tě osprchovat, oholit, vyprat si prádlo? Dá ti najíst. Kdo v dnešní době? A pro ty lidi to znamená strašně moc, opravdu.*“).

Všem respondentům by vadilo, kdyby se nízkoprahové služby zcela zrušily. Dvanácti respondentům by chyběla především možnost výměnného programu, čímž by docházelo k většímu sdílení injekčního materiálu, také by byl komplikovaný způsob zajištění čistého injekčního materiálu („*Znamenalo by to pro mě nekonečný střídání špinavých a objíždění lékáren*“; „*To by se vrátilo k tomu, že by si lidi psali: Hele máš ještě buchnu? Jo, tak si přijed', půjčím ti. To by nebylo dobrý.*“), jeden z těchto respondentů vyjádřil, že by nevěděl, co dělat s použitým injekčním materiálem. Tři respondenti upozorňují na celkové zhoršení situace, kdyby tyto služby nebyly dostupné („*Vždyt' by tady byly všude žloutenky a nemoci a jehly by se všude válely.*“). Patnáct respondentů se také vyjádřilo, že by jim v případě zrušení nízkoprahových služeb chybělo bezpečné prostředí a kontakt s pracovníky, přišli by tím o psychickou podporu a neměli by se na koho obrátit ohledně pomoci s jejich situací („*Ztratil bych možnost, když sem psychicky v prdeli s někým si o tom popovídat, neměl bych za kým.*“). Jeden respondent uvedl, že by měl největší potíže se zajištěním základní hygieny. („*Nevím, co bych dělala. To je jediný místo, kde můžu všechno vyřídit, vyprat a tady tyhle ty věci. Nemám domov, prostě víš.*“; „*Do prčic, to je*

špatná věc. Až mě zamrazilo v zádech. Káčko se nesmí zrušit. Přijde mi to dost nemorální, protože každý člověk se může dostat do problémů. Káčko se nemůže zrušit, to vážně pomáhá lidem. To je nejdůležitější věc. Ani si to nechci představovat, kdyby tohle vůbec neexistovalo. Měli by si lidi uvědomit, že to jsou věci, který se dějou a vždycky se děly.“).

Celkem dvanáct respondentů by na stávajících službách nic neměnilo. Ostatní respondenti by uvítali změny, které byly rozřazeny do několika kategorií:

- provoz zařízení a jeho vybavení: zajistit provoz jeden den o víkendu a mít otevřeno každý všední den (2 respondenti), přiblížit zařízení víc k centru města (3 respondenti) (*„Bylo by to možná lepší i skrz ty lidi, co o tom neví. Že by to bylo víc dostupný.“*), reagovat na poruchy vybavení (př. sprcha) (1 respondent), zpřístupnit klientům wifi (1 respondent), aktualizovat informace dostupné na webu zařízení, včetně aktualit ohledně otvírací doby (1 respondent), zvýšit povědomost veřejnosti o zařízeních (1 respondent) (*„Chtělo by to, aby o tom lidi věděli. Mně se stalo, že jsem v Jihlavě hledal K-centrum, a když jsem se zeptal: ‚prosím vás, kde je tady káčko‘, tak jsem paní vysvětloval, co to vůbec je.“*),
- poskytované služby: zrušení počítače na kontaktní místnosti (1 respondent), zajistit bazar oblečení nebo sociální šatník (1 respondent), znovu poskytovat testování na přítomnost drog v těle (1 respondent), poskytovat psychologické poradenství (1 respondent),
- zdravotní materiál: zrušit vydávání injekčního materiálu kus za kus (1 respondent), masti a krémy vydávat v uzavíratelných nádobkách (1 respondent), zajistit pevnější filtry (1 respondent), vitamíny nevydávat jednotlivě (1 respondent),
- terénní program: prodloužit provozní dobu (1 respondent), zvýšit frekvenci výjezdů (Velká Bíteš, Havlíčkův Brod) (2 respondenti), volit bezpečnější místo pevného bodu (1 respondent),
- jiné: častější vydávání časopisu Dekontaminace (2 respondenti), navýšení počtu zaměstnanců v pražských a brněnských zařízení (1 respondent) (*„Dyť to je jak na běžícím pásu. Tady máš čistý a další. Aby na nás měli víc času.“*).

Podobné nedostatky se objevovaly při odpovědích na otázku „Jak by mělo vypadat ideální káčko/terén?“ Šestnáct respondentů tvrdí, že ideální je to tak, jak to aktuálně je, připodobňují ideální káčko či terén tomu, které využívají. *„Mě se líbí, jak vypadá tady káčko, takový domácí prostředí. Je to tady čistý, staraj se o nás. Takový fajn prostředí, bezpečný. Že se člověk cejtí aspoň chvilku v pohodě.“*; *„Já si myslím, že už není co*

zdokonalovat. Todle je, je to propracovaný. Podle mého názoru úplně super.“ Ostatní uvádí většinou již výše uvedené návrhy na zlepšení (umístění kontaktního centra blíže centru, vydávat injekční materiál bez ohledu na počet vráceného materiálu, zvýšit četnost terénu v určitých lokalitách). Navíc se na tuto otázku objevila odpověď, že by v ideálním káčku měla být možnost přivýdělku (3 respondenti).

Důvody k nevyužívání nízkoprahových služeb skrytou populací z pohledu klientů

Celkem 19 respondentů má ve svém okolí další uživatele drog, kteří nevyužívají nízkoprahové služby. Důvody, proč je tito lidé nevyužívají, jsou různé, často se jedná o kombinaci několika faktorů. Respondenti uvádějí následující důvody:

- nedůvěra: obavy z propojení s policií a z nezachování anonymity (8 respondentů) (*„Někteří si myslí, že káčko spolupracuje s policií.“; „Protože si myslí, že to proti nim použijete na bengách.“*),
- nechtějí, aby někdo věděl, že berou drogy, stydí se (7 respondentů) (*„Normální člověk, kterej má zázemí, chodí do práce, vydělává si, tak nepotřebuje nic takovýho. Takovej člověk nechce, aby někdo další věděl o tom, že si občas dá. Tudiž chce bejt úplně v anonymitě. A proto ani nejde a nehledá ty služby. Oni prostě nepůjdou.“*),
- injekční materiál jim donese někdo jiný (6 respondentů) (*„Chodí za náma. Oni nechodí měnit, protože ví, že my máme“*),
- kupují injekční materiál v lékárnách, mají dostatek peněz (5 respondentů) (*„Mají dost peněz, můžou si je koupit.“*),
- lenost s nezodpovědností (4 respondenti) (*„Jsou lenošní někteří.“; „Protože jsou líní, nic víc v tom nevidím, prostě nezodpovědní.“*),
- hrdost uživatelů, je jim trapné žádat o pomoc (3 respondenti) (*„Něco jako hrdost, že si člověk dokáže pomoci sám a nemusí chodit někoho otravovat.“; „Nepotřebují se ztrapňovat před někým, že potřebujou stříkačky.“*).

Dalšími důvody jsou, že se nechtějí potkávat s jinými uživateli drog, anebo s pracovníkem, kterého znají z dětství, nedostatek času či nedostatek informací na webu zařízení. Tyto odpovědi se objevily vždy v jednom případě.

Speciálně pak byli respondenti dotazováni na skupinu mladých uživatelů drog, ve věku 15–20 let. Důvody, proč tito uživatelé drog nevyužívají nízkoprahových služeb, uvádí respondenti, kteří jsou v kontaktu s touto skrytou skupinou, tyto:

- neuvědomují si rizika spojená s užíváním drog (3 respondenti) („*Oni si neuvědomujou, že jsou závislí, že něco ztrácej, že se změnili psychicky. Ti mladí prostě nevědí, proč berou, a neví s čím si zahrávají, což je problém.*“),
- užívají občasně, nemají žádné potíže (3 respondenti) („*Příležitostně berou na akcích, takže nemají potřebu zatím.*“),
- nejsou k tomu nikým vedeni (1 respondent) („*Jsou mladí a nikdo je k tomu nevede. My se snažíme na káčko tahat hlavně střelce. Smrkáči toho tolik nevyužijou, ale jakmile někdo začne střílet, tak ho automaticky berem, zaregistrujem ho už jenom kvůli testům a aby si mohl měnit.*“).

Názory respondentů na to, co by uživatele, kteří nejsou v kontaktu s nízkoprahovou službou, přilákalo, lze rozdělit do třech kategorií:

- změna jejich vlastního postoje (4 respondenti) („*Pokud člověk sám nechce...*“; „*Je to jenom o těch lidech.*“; „*Z vaší strany nic, to ty lidi musí.*“),
- bezvýchodná situace (2 respondenti) („*Ty přinutí to, že se dostanou do stadia, kdy něco provedou, nebo je vyhodí z domu, pak to začnou využívat, až se dostanou do situace, která nemá východisko.*“; „*Že by se museli zařizovat sami. Přestali by mít přísun čistých, to by je možná přimělo.*“),
- maximální zachování anonymity – výměna bez registrace a kódu (2 respondenti) („*Nechcou být nikde registrovaní, aby se vědělo, že využívali nějakou takovou službu.*“).

Další 3 respondenti se domnívají, že tyto uživatele do služeb nepřiláká nic a jeden respondent uvedl, že by je mohlo přilákat pořádání společných akcí typu filmový klub, dílny, opékání buřtů apod.

9.4 Spokojenost s nízkoprahovými službami

Všech 23 respondentů vyjádřilo celkovou spokojenost se stávající nabídkou služeb. „*Vždycky, když přijdu, tak mi pomůžou. Tady je podle mě všechno.*“; „*Nevím, co bych ještě víc potřeboval.*“ Respondenti tak nepřišli ani s žádnými návrhy na rozšíření či zdokonalení služeb. Pokud respondentům něco schází, pak je to možnost psychologického poradenství

či terapie (3 respondenti), jeden respondent by uvítal společenské akce (túra, výlet apod.), jeden respondent pak možnost bazaru či sociálního šatníku. Zmíněné také byly lubrikační gely, které v nabídce nejsou (1 respondent) a jeden respondent by byl rád, kdyby byly v nízkoprahových zařízení dostupné testy na infekční onemocnění, jaké se provádějí u lékaře. Sedmnácti respondentům nic neschází („*Vy všechno, co já potřebuju, máte.*“).

Patnáct respondentů nepovažuje žádnou službu za zbytečnou („*Všechno má svůj důvod, smysl.*“). Tři respondenti považují za zbytečný počítač a internet („*To je jenom rozmar.*“) a dva respondenti uvádí, že takovou věc nemohou posoudit („*Jelikož nevyužívám všechno, tak nemůžu říct, že to je k ničemu, protože třeba ostatní to potřebujou.*“; „*Co je pro mě zbytečný, může být pro dalších pět nezbytně nutný.*“). Jeden respondent se domnívá, že je zbytečný celý koncept kontaktní místnosti a upozorňuje na zneužívání tohoto prostoru („*Já jsem tam nikdy nebyl, ale to mi připadá, že se tam spíš hledají kontakty, že se spíš setkávají dealeri.*“). Jeden respondent považuje za zbytečnou službu asistence („*Svoje jméno snad zná každá, příjmení, datum narození, to musí umět každá ne? Nechápu, kdo potřebuje pomoci vyřídit občanku nebo pracák, to prostě nepochopím.*“) a jednomu respondentovi se zdá být zbytečný celý terénní program („*Jsou schopný dojet pro perník? Proč by nebyli schopný dojet do káčka? Když něco potřebuju, jako že to potřebuju, a tu jehlu z vlastní zkušenosti vím, že potřebuju, tak pro ni pojedou jako pro ten pervitin.*“).

Za nejdůležitější služby respondenti označili výměnný program, testování na infekční nemoci, kontaktní práci, poradenství a pomoc v krizi. Důležitý je však i potravinový a hygienický servis, zdravotní ošetření, informační servis a sociální práce (pomoc v oblastech práce, bydlení, dluhy). Současně respondenti upozorňují na to, že se v průběhu času důležitost služeb proměňuje.

Pokud jde o otevírací dobu kontaktního centra, pouze dva respondenti navrhují, aby bylo otevřeno každý všední den, všem ostatním respondentům otevírací doba vyhovuje a nemají s ní problémy. Uvítali by však, kdyby byli jasněji komunikovány změny v provozu („*Trošičku zblázněnej systém sdělování toho, kdy máte poradu nebo ty supervize.*“; „*Nikdy nejedu na slepo. Vždycky si ověřím, třeba na netu, jestli je otevřeno nebo ne.*“; „*Jednou nebo dvakrát se mi stalo, že jste tam nebyli. Ale to je moje blbost, že se nepodívám na internet, jak tam jste.*“). Provozní dobu terénního programu by upravil pouze jeden respondent („*Kdyby to bylo o hodinu pozdějc, bylo by to super. Skrz práci. Já na ranní končím ve dvě a na odpolední začínám ve dvě. Oni jsou tady ve dvě, takže to nestíhám.*“). Všichni ostatní respondenti jsou s provozní dobou terénů spokojeni („*Terén je úplně super.*“).

A když člověk pevně bod nestihá, vždycky se dá domluvit.“; „Po pracovní době, to je ideální. Nebudu odbíhat z práce a nebudu vás vodit do práce. To by bylo o průser.“; „Ale tomu bych se kdykoliv podřídil, tomu času, protože já chci po vás něco, ne vy po mně.“).

Respondenti měli také možnost se vyjádřit k povolené délce pobytu. Délka pobytu se však v rámci zařízení liší (1 hodina – Jihlava a Žďár n/S, 2 hodiny – Třebíč). Délka pobytu všem respondentům využívajících služeb kontaktních center vyhovuje (*„Hodina by měla stačit každému. Na to, aby využil člověk těch služeb, který tam jsou a všechno stihl, tak hodina by měla stačit.“*). Dva respondenti uvedli, že by se mohla délka pobytu individuálně přizpůsobovat. U respondentů využívajících trebičské zařízení bylo navíc zjišťováno, zda by si dokázali představit kratší dobu. Všichni respondenti se shodovali v tom, že nikoli, a to z toho důvodu, že by nestihli především vyprat prádlo, jelikož si ho musí ve stejný den odnést.

Nastavená pravidla služeb považuje 14 respondentů za jasná, srozumitelná a opodstatněná (*„Bez těch pravidel by to nefungovalo.“; „Občas mě to štve, ale mají smysl.“; „Kdyby nebyly pravidla, tak by to nedopadlo dobře pro obě strany.“; „Je to tady díky tomu bezpečný.“; „Mělo by to mít nějaký meze a hranice.“*). Část respondentů zmiňovala, že s nimi byli seznámeni již při první návštěvě zařízení. Pět respondentů ví, že nějaká pravidla jsou, ale už si je nepamatují, nevědí, jaká to jsou. Čtyři respondenti vůbec netuší, jaká jsou pravidla v kontaktním centru či jaká jsou nastavena v rámci terénního programu. Pouze jeden respondent by uvítal větší dohled na stanovená pravidla pracovníky, aby se eliminovala možnost distribuce drog v zařízení.

Respondenti byli v rámci rozhovoru dotazováni na to, zda jejich motivací k využívání služeb je také setkání se s dalšími uživateli. Osm respondentů uvedlo, že nikoliv (*„Když semka přijdu, tak doufám, že tady nikdo nebude. To určitě ne, my se potkáváme jinde.“*), nicméně u dvou z těchto respondentů tomu tak bylo v minulosti (*„Dneska to mám tak, že když přijdu na káčko a je tam někdo, tak mám tendenci se otočit a jít pryč. Nejradši mám, když tam přijdu a nikdo tam není.“*). Jeden respondent využívá služeb zařízení i proto, aby se tu potkal s jinými klienty a jeden ne vždy.

Zvláště byli respondenti dotazováni na porušení pravidla aplikace drog v zařízeních. Deset respondentů by se toho za žádných okolností nedopustilo (*„Tak to ani náhodou!“*). Tři z těchto respondentů uvedli, že to viděli u jiných klientů (*„Já to nemám rád. Když někoho uvidím, tak mu vysvětlím, že se to nedělá, ale víc to neovlivním.“*). Tři respondenti uvedli,

že mají zkušenost s aplikací v zařízeních, nicméně se jednalo o pražské či brněnské. Tři respondenti pak uvedli, že mají zkušenost s aplikací drog v zařízeních, která aktuálně využívají, ve dvou případech se jednalo o opakované aplikace a v jednom případě se jednalo o dávnou minulost (před cca 17 lety), ani v jednom případě na to pracovníci nepřišli („*Asi dvakrát. Normálně bych to neudělal, ale byly tam i jiné okolnosti, který mě k tomu vedly. Venku bylo nějakých minus 20. (...) Člověk si chtěl dát, až se vykoupe, né po té denní smažbě, kdy je mastnej, špinavej a bůh ví jakej.*“; „*Jednou. A neměl jsem z toho dobrej pocit a honem rychle jsem odešel. Máš strach, máš stáhnutej zadek, že se na to přijde.*“). Ve všech případech si byli respondenti vědomi toho, že je aplikace drog v zařízeních zakázána.

Respondenti s kriminální anamnézou (17 respondentů) byli dotazováni na to, zda by považovali za přínosné speciální programy či poradenství v průběhu trestního řízení či po výstupu z výkonu trestu odnětí svobody. Zda v těchto obdobích byly jejich potřeby jiné, na které by měla zařízení reagovat. Pouze jeden respondent uvedl, že by takového programu možná využil. Ostatní respondenti uváděli, že nic zvláštního nepotřebovali ani v průběhu trestního řízení, ani po výstupu z věznice. Osm respondentů považuje tyto potíže za svůj osobní problém, který by s nikým jiným neřešili („*Ne ne, tohleto jsem bral vždycky jako moje sračky a svůj problém,*“; „*Neřešila bych to vůbec. Tohle je moje věc. Nevím, v čem by mě měli pomáhat.*“; „*Ne, protože sem věděl, že nepřestanu, že stejně budu fetovat, fetoval sem v base, fetuju venku.*“; „*Málokdo se o tom chce bavit přímo.*“).

Čtyři respondenti však oceňovali podporu ze strany zařízení během výkonu trestu odnětí svobody prostřednictvím dopisování („*Byli tři lidi, který si se mnou psali. Můj nejlepší kamarád, kterej je po smrti, káčko a babička. A tohle je obrovská podpora.*“).

9.5 Spokojenost s přístupem personálu

Všichni respondenti jsou s přístupem personálu spokojeni („*Jsou hodný, zajímají se, jak se mám, co je novýho, jak to mám doma, co v práci.*“; „*Vyjdou mi vstříc, se vším mi pomůžou. V Praze si drží větší odstup. Vy jste moc přátelský a trpěliví.*“; „*Přístup úplně perfektní. Pravidla se dodržujou, popovídáš si s kýmkoliv. Já to vážně obdivuju tu vaši práci, protože to je hodně velkej, otevřenej, vypuštěnej rybník.*“). Respondenti měli v rámci rozhovoru ohodnotit chování pracovníků známkami 1–5 (1 = nejlepší). Devatenáct respondentů chování pracovníků ohodnotilo jedničkou („*A ještě bych to podtrh a dal hvězdičku.*“), čtyři respondenti pak dvojkou („*Vždycky je co zlepšovat, se říká.*“). Většina

respondentů nemá žádné výhrady či připomínky k chování pracovníků („*Není asi nic, co bych mohla vytknout.*“), nic by na chování ze strany pracovníků neměnili, domnívají se, že takovéto chování je správné. Jeden respondent zdůrazňuje potřebu respektu v jakékoliv situaci („*Respektovat, když člověk aktuálně bere nebo se o něco snaží. Už tam vidíš odstup, když se něco nedaří.*“). Jedem respondent by pak uvítal, kdyby ho pracovníci více konfrontovali se skutečností („*Kdyby řekla, seš blbec, udělej to jinak, a ne, to je dobrý. Uklidňovala mě. Nic pro mě v tu chvíli. Nebylo by na škodu být tvrdší.*“). Jeden respondent by také ocenil větší zájem v případě, že pracovník není schopen ihned zodpovědět nějaký dotaz („*Lepší prostě říct nevím. Bylo by dobrý, kdyby si to napsaly: do příště zjistit tomu a tomu, a fakt to zjistit. A kdyby mi příště řekly: fakt nevím, nezjistila jsem to, tak aspoň snaha no.*“).

Respondenti kladou důraz na tyto vlastnosti, schopnosti a dovednosti pracovníků:

- empatii (8 respondentů), („*Je rozdíl s někým mluvit jen podle nějakých tabulek a s někým, kdo má empatickou schopnost, to člověk vycítí. A to vy umíte.*“; „*Důležitý pro mě je to porozumění, cítit, že tě berou. Rozumí, vyslechnou, poradí.*“; „*Je to lidskej přístup, žádněj povrchní nebo vyloženě profesionální. Je tam vcítění a pochopení. A to tady mají všechny ty holky.*“),
- zájem a komunikaci (7 respondentů) („*I po psychický stránce, že tě podržej. Ví, jak jednat s těma lidma. A každěj jsme jinej. Každá ta smažka je prostě jiná v tu chvíli. Záleží na stavu, na rozpoložení, na situaci.*“; „*Vždycky je to o tom, pomoci klientovi.*“; „*To je práce s posláním, a že ty lidi, který to dělaj, tak že to dělaj ze svýho přesvědčení opravdu chtít někomu pomoci.*“; „*Musíte umět komunikovat s lidma a to tady všichni umí.*“),
- respektující přístup (7 respondentů) („*Že nemaj předsudky. Berou nás takový, jaký sme. Toho si hodně vážím.*“; „*Brát nás takový jaký sme.*“),
- vzdělání, odpovídající vědomosti (7 respondentů) („*Aby mi uměl poradit, věděl, kam mě třeba odkázat.*“),
- dále byly zmiňovány: přátelskost, zodpovědnost, opravdovost („*Tady jde o to, že jste sami sebou, a věř tomu, že lidi semka rádi choděj.*“), schopnost vyjádřit vlastní názor,

Zda má pracovník vlastní zkušenost s užíváním návykových látek pro devatenáct respondentů není podstatné, nepovažují to za důležité („*Není to pro mě důležitý, vůbec*

ne.“; „*Může, nemusí, to není podstatný.*“), dva z nich by tuto informaci o pracovníkovi uvítali pouze pro zajímavost, dva respondenti by to vnímali jako zkušenost navíc a dva respondenti by to vnímali jako pozitivum („*Může nám víc rozumět, pomoci, pochopit to. Víc bych si s ním asi rozuměla. (...) Viděla bych: jéé on to zažil taky a hned tam vyhodím takovou tu vlnu a víc se odpoutám. Že bych tam cejtila, takovýhle to pouto.*“),

Nejvíce by respondentům vadila arogantnost, povýšený, laxní či lhostejný přístup pracovníků („*Každý člověk takovou práci dělat nemůže.*“). Pokud jde o ideální věk pracovníka, sedmnácti respondentům na tomto nezáleží („*Věk nehraje vůbec roli.*“; „*Není to pro mě důležitý. Je to o sympatiích, nebo co tě na tom člověku zaujme, přístup nebo jiný věci. Věk důležitý není.*“), pěti respondentům by pak vadili příliš mladí (cca 20 let) či pracovníci v pokročilém věku (cca 60 let), jeden respondent by uvítal spíše mladší pracovníky. Ani pohlaví pracovníka ve většině případů nehraje žádnou roli (18 respondentů) („*Bud' mi bude sympatická, sympatickej, nebo ne.*“), čtyřem respondentům pak více vyhovují ženy, pracovnice („*Ono se s nima líp kecá s holkama. Kluk dobrý, ale nevím, asi bych se mu moc nesvěřoval.*“; „*S téma ženskejma bude asi každéj spíš mluvit, než s tím chlapem.*“) a jednomu respondentovi vyhovují více muži, pracovníci („*S téma chlapama jsem si víc rozuměla. Vyvozuju to z toho, že jsem neměla tátu, takovej ten mužskej vzor.*“). Aktuální skladba týmu pak všem respondentům vyhovuje („*Každéj si někoho oblíbí víc, někoho míň, k někomu víc přilne.*“).

Respondentům nejvíce vadí, pokud dochází k častému střídání pracovníků, ke změnám v rámci týmu („*To je to nejhorší ze všeho. Mrzí mě, že se tam hodně mění lidi. Chtěla bych, aby tam zůstali dýl. Když si člověk na někoho zvykne, a pak odejdou. Takže to je blbý, to mě štve asi nejvíc.*“; „*Točí se to tady dost. Kdyby tady byli všichni dýl, tak je to o něčem jiným.*“; „*Na změny si člověk těžko zvyká.*“). Respondenti také uvádí špatné zkušenosti s lidmi vykonávající praxi v rámci zařízení, především pokud jde o krátkodobé praxe („*Štvou mě ty dobrovolnice, co semka choděj ze školy. Že jsou tady jen na tejdén a potom jdou normálně ven. Třeba pak říkaj spolužákům, jaký to tam bylo, ty lidi. Tohle nemám ráda, když semka jde jen na tejdén. To mi je nepříjemný. A někdy ani nepodaj ruku, jenom sedí a nic. Že ani nevíš, jak se menuje. Prostě je to blbý.*“).

Pokud jde o důvěru, 21 respondentů pracovníkům důvěřuje („*Jinak bych sem nechodil.*“; „*Hlavně vím, co můžu říct a co ne, takže nemám problémy s důvěrou.*“), ve dvou případech však respondenti uvádějí, že důvěřují především jednomu z pracovníků. Většina z těchto respondentů také zmiňuje, že pracovníkům nedůvěřují od počátku využívání

služeb („Na poprvé určitě ne, až časem.“; „Potřebovalo to tak dvě tři návštěvy, že jsem dostal ten pocit, že to s náma myslí dobře, nebo že si nepřijela jenom pokecat a pustí to jedním uchem tam a druhým ven.“). Dva respondenti pak pracovníkům nedůvěřují („Důvěřuju jedinému člověku [pozn. autora: kamarádovi] a sobě a dál nikomu jinému.“; „Neznám je natolik, abych jim mohla něco říct, takže ne. Myslím, že by si pak o tom povídali, společně víš, a že by si to ten pracovník nenechal pro sebe.“).

Tři respondenti také vyjádřili obavu o pracovníky v rámci terénu. Domnívají se, že by to pro ně mohlo být nebezpečné, a navrhují jezdit do terénu ve dvou pracovnících („Lidi by tam neměli chodit tak zmatlaný, za těma pracovníkama. Když už tak strážliví a trochu v pohodě, protože ty ženský, je to jejich práca, a aby dělaly úplně se zfetovanejma borcama nebo vožralejma na mol, tak to je asi taky nepříjemný.“; „Já si právě říkám, že se nebojí takhle někam chodit, za nějakýma psychopatama třeba, kdybysme byli, takže sem přijde a nebojí se. Spíš o ni bych se bála.“; „Já se divím, že jdete takhle do baráku, v rámci terénu. Já osobně bych z toho měl trošku větší respekt. Beru to z toho pohledu, že znám ty lidi, kteří fetujou a bývají dost nepříjemný. V tomhle bych to viděl asi spíš ve dvou. Měli byste jezdit ve dvou, dokud nemáte pořádně ověřený ty lidi. (...) Nikdo neví, co se může stát. Myslím, že jste dost odvážný.“). Jeden respondent vyjádřil také přání dvou pracovníků v rámci terénu, nicméně z jiného důvodu: „Je pro mě lepší, když přijedou dva, než když přijede jeden. Když se o něčem bavíme, tak mi na to řekne názor ten, i ten druhý. Anebo když ten jeden neví, tak na to odpoví ten druhý, že je tam víc možností.“

Pracovníci pomáhají klientům také v rozhodování o abstinenci a při hledání vhodné léčby. Pět respondentů v době realizace rozhovorů zkoušelo abstinovat svépomocí (v rádech týdnů až měsíců), jeden z nich v průběhu výkonu trestu odnětí svobody. Pět respondentů by určitě chtělo přestat brát drogy („Pořád tomu věřím, že to z toho života úplně zmizí.“; „Každý den nad tím přemýšlím.“), čtyři respondenti nad tím přemýšlí a uvažují, nejsou však přesvědčeni, že se jim to podaří („Sice jsem o tom přemejšlel, ale nikdy to nedopadlo, protože mě to prostě baví. Je to styl života.“; „Jde o to, že po těch letech na to vypadám. Toto mě sere, ale nezměním to, před tím neutecu. Prostě tak vypadám, kroučím se jak žížala, ta vizáš toho narkomana, ty gesta, chůze, na mně to pozná každé na sto metrů.“), jeden respondent má z abstinence strach a neví, zda abstinovat chce („Ty bláho, to by bylo asi úplně to nejlepší, ale přesto úplně to nejděsivější.“). Sedm respondentů netouží přestat užívat drogy („To se nikdy nestane. Neexistuje, že bych přestal. Tahle vidina tam vážně není, nelžu si.“; „Nad tím jsem nikdy nepřemýšlela. Když už sem začla brát, tak nikdy

nepřestanu.“) a jeden respondent nechce přestat brát, nicméně chce užívání výrazně omezit. Institucionální léčbu již v minulosti absolvovalo deset respondentů, přičemž se jednalo i o opakované pokusy. Celkovou spokojenost se svým životem uvádí celkem 12 respondentů, nespokojeno je 9 respondentů („*Ani náhodou.*“; „*Ani trochu.*“) a 2 respondenti jsou s některými aspekty života spokojeni, a s jinými ne.

Pracovníci hrají v životě respondentů významnou roli. Snaží se jim pomáhat, motivovat ke změně, podporovat, dodávat sebedůvěru případně jim zprostředkovávat další možnosti řešení jejich situace. Přesto 6 respondentů uvádí, že své problémy nekonzultují s žádným odborníkem, ani s pracovníky nízkoprahových zařízení („*To je spíš v mý palici. Vím, že kdybych pomoc potřeboval, tak káčko udělá všechno pro to, aby mi pomohlo.*“; „*Nechávám si všechno pro sebe, ono je to lepší. Nepotřebuju se někomu svěřovat.*“; „*Nerada s někým řeším svoje problémy. Možná o tom nedokážu mluvit.*“). Ostatní respondenti řeší své potíže nejčastěji s pracovníky nízkoprahových zařízení (14 respondentů), z nichž sedm využívá pouze této možnosti. Dále také s blízkými osobami, jako jsou kamarádi, partneři (10 respondentů), a s rodinnými příslušníky (3 respondenti). S psychologickou péčí má zkušenost 8 respondentů a v psychiatrické péči bylo celkem 13 respondentů. Pět respondentů uvedlo, že by uvítalo, kdyby byl součástí týmu v nízkoprahovém zařízení také psycholog, jehož by i sami využívali. Pět respondentů by tuto možnost také uvítalo, nicméně sami by této možnosti pravděpodobně nevyužili („*Já myslím, že by to spousta lidí využilo.*“; „*Nebyla by to špatná věc. Věřím tomu, že by to lidi využívali.*“). Tři respondenti se domnívají, že tuto oblast zastávají stejně tak i sami pracovníci („*Vy jakožto pracovnice to tady zvládáte i z toho psychologického hlediska.*“; „*Vždyť vy jste už svým způsobem psychologové.*“).

9.6 Využívání dalších služeb

Respondenti identifikovali několik institucí návazné péče, se kterými by měli pracovníci nízkoprahových zařízení navázat větší spolupráci:

- praktičtí lékaři, zubaři (6 respondentů),
- psychiatři, psychologové, terapeuti (4 respondenti),
- právní služby (4 respondenti),
- úřady práce (3 respondenti),
- věznice (2 respondenti),

- školy (1 respondent),
- v oblasti bydlení (1 respondent).

Osm respondentů je pak přesvědčeno, že dosavadní spolupráce nízkoprahových zařízení s institucemi je dostačující („*To máte dobře nastavený. V tom je systém úplně perfektní.*“).

9.7 Analýza ohniskové skupiny s pracovníky nízkoprahových služeb

Navázání kontaktu s klienty

V roce 2012 došlo k významné změně v dostupnosti nízkoprahových služeb v Kraji Vysočina. Na základě jednání jednotlivých poskytovatelů se zástupci kraje došlo k přerozdělení lokalit tak, aby byly nízkoprahovými službami pokryty všechny lokality.

Pokud jde o první kontakt s nízkoprahovými službami, pracovníci všech terénních programů se zaměřují na aktivní oslovování potencionálních klientů. „*Oslovujeme aktivně v terénu. Z vlastní zkušenosti mohu říct, že hned po oslovení podle jejich reakcí můžu snadno odhadnout, zda jsem oslovila správně nebo ne.*“ Možnost oslovování je však dána objemem přímé práce s klienty. „*Někdy jezdíme od klienta ke klientovi a někdy máme jednoho klienta a máme pak prostor na toto.*“ K získávání nových klientů jsou využívány i další strategie. Jsou rozdávány či ponechávány na určitých místech letáky o službě či zápalky s kontakty na službu, ačkoliv v této aktivitě není spatřován smysl. „*Taky jsme lepili letáky, ale že by někdo přišel, že by četl na zastávce nálepku? Nikdo. Tak proč to pořád dělat? Přijde mi, že se to nepotkává s výsledkem. To už spíš zapalovače po hospodách, sirky do barů.*“ Jedna ze služeb nechává samolepky s kontakty v místech opakovaných nálezů použitého injekčního materiálu. Informování o službě probíhá také pomocí rozdávání filtrů k užívání THC, kde jsou kontakty na konkrétní službu.

Pracovníci také pracují s tím, že jsou noví klienti často přiváděni těmi stávajícími: „*Přes naše uživatele získáváme jejich kamarády. Dáme jim leták, řekneme jim, jestli se kamarádi nechtějí otestovat, takže své kamarády přivedou.*“ Noví klienti se v některých případech ozývají také na základě proběhlé přednášky ve školách.

Pracovníci přemýšlejí nad různými postupy získávání nových klientů. Uvědomují si možnosti on-line prostoru, a proto jsou také plánované aktivity prostřednictvím Facebooku. „*Ted' jsme třídili seznam našich přátel. Psali jsme všem klientům zprávu a vrací se nám, že chtěou zůstat v přátelích, že to třeba využijí časem.*“ „*Máme v plánu přes společný přátele*

oslovit ty další.“ „Taky to takhle zkusíme. Podařilo se nám oslovit nové klienty, zatím komunikujeme jen občas, ale postupně o nás víc a víc vědí, vzniká vztah, a když bude potřebovat, tak přijde.“

Ke kontaktování nových klientů dochází také prostřednictvím institucí. Jako příklad byla uváděna spolupráce s lékárnami, přes které se ke klientům dostávají tzv. sety s HRM, kde jsou mimo základního zdravotního materiálu vloženy také kontakty. Další zmíněnou institucí byl orgán sociálně-právní ochrany dětí, který zprostředkoval několik kontaktů s matkami uživatelkami, azylové domy, charitní záchranné sítě či adiktologické ambulance v případě, že klient není připraven či schopen abstinovat: *„Nebo z adiktologický, když se jim to úplně nedaří.“*

Cílové skupiny uživatelů

Základním cílem služeb je být v kontaktu s injekčními uživateli. Žďárské zařízení uvažovalo o způsobech získání klientů z řad cizinců. Jednalo se o agenturní zaměstnance na ubytovnách. K tomuto z důvodu jazykové bariéry prozatím nedošlo.

Jihlavské a třebečské zařízení by chtěla zacílit na skupinu mladých lidí ve stadiu experimentování. Jde o dlouhodobé téma s ohledem na nabídku služeb těmto lidem. V rámci terénního programu dochází k oslovování mladých lidí, nabízení a předávání filtrů k bezpečnějšímu užívání THC, nicméně z těchto lidí se následně nikdo neozval. *„Za mě to smysl určitě má, už jen proto, že když si vezmou jednu filtr, tak už o nás ví.“* Pracovníci v Jihlavě mají v plánu vytvořit materiály o bezpečnosti na různých akcích (rizika kombinování různých návykových látek, první pomoc, co dělat když...) zaměřující se na tuto skupinu experimentujících uživatelů. Toto téma vnáší pracovníci všech zařízení také do programů realizovaných ve školách.

Jihlavské zařízení působí také ve výchovných ústavech, kde probíhají tzv. harm reduction skupiny s dívkami, které mají zkušenost s užíváním drog. Tématy těchto skupin jsou pohlavně přenosná onemocnění, rodina, život v ústavu. Těmto dívkám je také nabízeno testování. Tyto dívky však více služeb, které zařízení poskytuje, nevyužívají.

Dalšími specifickými skupinami jsou matky s dětmi. Jihlavské zařízení nabízí specifickou práci těhotným uživatelkám formou pobídkové terapie, aktuálně však není využívána. Třebečské i žďárské zařízení pak pracují s matkami uživatelkami. Tato skupina klientek je specifická jejich zvýšenou ostražitostí s ohledem na předávání informací orgánu

sociálně-právní ochrany dětí. „*Mají strach být v kontaktu kvůli ospodu. Někdy jsou z něj poslané, jsou u nás testované.*“ Častými tématy těchto klientek je péče o děti, partnerské soužití, domácí násilí či bydlení.

Jihlavské zařízení by chtělo více pracovat s komunitou Romů. Specifikum této skupiny se projevuje velkou nedůvěrou ve služby, v někoho, kdo není součástí komunity. Nabídka služeb je pak stejná. Třebíčské zařízení realizovalo besedu v nízkoprahovém zařízení pro děti a mládež, které využívá většina romských dětí.

Jihlavské zařízení pak rozmýšlí, zda založit skupinu pro rodiče aktivních uživatelů.

První kontakt se službou

Klienti se nejčastěji o službě dozvídají od svých známých a kamarádů, často také za jejich přítomnosti službu poprvé využijí, nicméně je také běžné, že klient poprvé využije službu sám. „*Většinou už o nás ví dlouho, zná lidi, kteří sem chodí. Dřív nechodil, protože si nechával měnit přes někoho, a teď si řekl, že přijde sám, protože třeba chce testy. Nebo ho situace dovedla k tomu, že mu to kamarád nemůže dovézt, proto jde poprvé sám.*“

Klientovi je v rámci prvního kontaktu služba představena, pracovníci zároveň zjišťují, zda dotyčný spadá do cílové skupiny, co potřebuje, v ideálním případě je s klientem vyplněn in-come dotazník, v rámci něhož jsou zjišťovány další podstatné informace ohledně aktuální situace klienta, v některých situacích jsou tyto informace zjišťovány bez papírové podoby: „*...abych nevytáhla papír, máme zkušenost, že se toho klienti bojí...*“. Pracovníci dbají na to, aby v rámci prvního kontaktu nebyl klient zahlcen či odrazen od dalšího využití služeb. „*Když má strach, tak ho nezahlcuju, řeknu mu to základní a dám mu leták. Takže se to odvíjí od toho, jak je na tom, kolik má času a co potřebuje.*“ Klientovi jsou obvykle také předány propagační materiály služby a je s ním sestaven kód. V případě, že klient kód odmítne, je vedený pod no-kódem s pořadovým číslem. Odmítnutí kódu ze strany klienta bývá způsobeno nedůvěrou v jeho anonymitu. „*Chtějí být hodně anonymní.*“; „*Myslí si, že jsou všechny káčka propojeny a my si předáváme informace prostřednictvím toho kódu.*“ Je však běžné, že i tito klienti postupem času na kód přejdou, a to s přibývajícím důvěrou ve službu.

Nejčastějším důvodem prvního kontaktu je potřeba klientů výměny či využití hygienického servisu. Klienti také službu vyhledávají v momentě, kdy mají zdravotní problémy spojené s užíváním drog nebo chtějí testování na přítomnost protilátek infekčních nemocí.

Důvěra a přístup ke klientům

Pracovníci považují důvěru a vztah s klientem jako nejdůležitější předpoklady pro práci s klienty. „*Pro mě je to vztah nebo důvěryhodnost. Aby měl pocit bezpečí, neodsuzování.*“; „*Vnímám, jak je pro klienty důležitá osobnost pracovníka, jak vypadá, tváří se, jak je v pohodě, jak k nim přistupuje a určitě je to důvěra.*“ S nedůvěrou se pracovníci setkávají především v počátcích kontaktu s klienty či v případech aktuální intoxikace.

Pracovníci získávají důvěru postupně. Jako podstatné nástroje k navození důvěry vnímají otevřenost pracovníka, jednání s klientem na partnerské úrovni, respektování klienta a jeho rozhodnutí. Důvěru také posiluje nastavení jasných a srozumitelných hranic či dodržováním anonymity klientů.

Pracovníci si uvědomují, že důvěra klientů je svázána s jejich přístupem ke klientům. Pracovníci přistupují ke klientům se zájmem o ně samotné o jejich situaci, s empatií a respektem. Jako důležitou vnímají také upřímnost: „*Nebát se říct, že nevím. Když klient s něčím přijde a já to nevím, tak to říct, ale že to třeba zjistím. To mi přijde, že to pak klient ocení. Nebát se dát najevo, že nevíš všechno*“.

Pravidla

Pracovníci vyžadují dodržování pravidel jak v kontaktním centru, tak i v rámci terénů. S pravidly jsou klienti seznamováni během prvních kontaktů se službou. Jsou také sepsána a veřejně přístupná v prostorech jednotlivých zařízení. Jednotlivá pravidla se liší v rámci jednotlivých nízkoprahových zařízení. Dodržování pravidel vyžadují od všech klientů stejně, přesto se pracovníci setkávají s argumenty klientů, že jsou nespravedliví. „*Nemám pocit, že bychom komukoliv nadržovali víc než druhým.*“ Spravedlivý a rovný přístup ke klientům je zajišťován mimo jiné dvěma pracovníky na službě.

Nejčastěji se pracovníci setkávají s potížemi dodržení délky pobytu na kontaktní místnosti. Také spatřují jisté tendence u dlouholetých klientů, kteří se snaží o rozvolnění pravidel. „*Čím dýl tam jsou, tím mají větší tendence je zvolňovat. Mají pocit, že tam jsou jako doma a tím víc mají pocit, že se jich pravidla netýkají. Docela na to narážíme.*“ Stává se také, že klienti zkoušejí posouvat hranice pravidel s příchodem nových pracovníků.

Ve většině případech jsou však pravidla dodržována. Sami klienti dodržování pravidel registrují a v případech porušení na ně upozorňují. „*Když někdo něco udělá, tak se ostatní ozvou. Funguje tam takový ten mechanismus, je to naše místo, nedělej žádné problémy.*“

Jsou však výjimečné situace, při nichž jsou udělovány výjimky. „*Mělo by se to uzpůsobit situaci člověka, ale mělo by se říct, že je to výjimečné. A pokud jsou v blízkosti i jiní klienti, kteří to vidí, i těm by se daná situace měla vysvětlit, proč se to tak udělalo. Proč ‚on‘ tady může být o dvacet minut dýl.*“

Klienti občas také porušují pravidlo aplikace drog v prostorách zařízení. Porušení tohoto pravidla vnímají pracovníci jako výjimečné. Jedno ze zařízení má jednu zkušenost s užíváním alkoholických nápojů a THC, další zařízení má zkušenost s injekční aplikací na toaletách. „*On se přiznal, bylo mu to líto, byl v takovém zvláštním stavu, omlouval se. Pak jsme to řešili v týmu, co a jak a udělali příslušná opatření.*“ Pracovníci se shodují na tom, že není možné tolerovat porušení tohoto pravidla.

Pracovníci si uvědomují, že dodržování pravidel je jedním z prostředků k tomu, aby bylo zajištěno bezpečné prostředí pro klienty. „*Když se tu sejdou třeba rýpaví klienti nebo agresivnější s někým, kdo není tak průbojný, tak se tu nemusí cítit dobře. Od toho by tu měl být pracovník, který to usměrní, popřípadě dva pracovníci.*“ Dalším prostředkem je i zachování soukromí pro řešení citlivějších záležitostí klientů. V rámci terénního programu je pak adekvátně voleno místo kontaktu s ohledem na bezpečí klientů. „*Ne všichni se cítí bezpečně. Někteří jsou v případě terénu opravdu obezřetní, že kolikrát musíme jezdit na zašité místo.*“

Klienti mají možnost vyjadřovat se k provozu zařízení a jeho pravidlům. V rámci jednoho zařízení jsou realizovány tzv. kulaté stoly, a to dvakrát do roka. Nejčastější jsou připomínky ohledně délky pobytu na kontaktní místnosti, provozní doby zařízení, fluktuace pracovníků, ohledně dostupného HR materiálu, nabídky potravin, nemožnosti kouřit tabák v prostorách zařízení či pravidel ohledně vstupu se psy. „*V podstatě na každou sebedrobnější změnu, která se udělá, v podstatě i neudělá.*“

Nejdůležitější služba

Za nejdůležitější službu označili pracovníci nízkoprahových zařízení kontaktní práci. „*Nejdůležitější je kontakt. Na něm všechno stojí i padá, od něj se odvíjí všechno.*“ Zároveň upozorňují na individuální potřeby klientů. „*Pro některý klienty je nejdůležitější se tu moct*

vysprchovat a dát si polívku, pro jiný to může být jen to, že si mají kde popovídat, nebo jen vyměnit.“ Pro každého klienta tak může být nejdůležitější jiná služba v závislosti na tom, v jaké situaci dotyčný klient je.

Mezi další důležité služby pracovníci zařadili výměnný program, testování na infekční nemoci, poradenství, hygienický a potravinový servis.

Spolupráce s návaznými institucemi

Nízkoprahová zařízení spolupracují s celou škálou zařízení a institucí v lokalitách, kde působí. A to jak s těmi, které mohou být prospěšné při získávání nových klientů (př. lékárny, výchovný ústav), tak s těmi, které jsou vhodné pro poskytování služeb klientům, které už daná zařízení neposkytují. Dále jsou obvykle navázány kontakty s klíčovými osobami měst, kde služby působí. A to jak na úrovni vedení města, tak i na sociálních odborech.

Zařízení například spolupracují s Probační a mediační službou ČR v oblasti vykonávání alternativních trestů či předávání informací ohledně těchto trestů klientům. Také s Úřadem práce ČR ohledně výkonu veřejné služby. Dále spolupracují s psychiatrickými nemocnicemi v okolí a se zástupci infekčních ambulancí v jednotlivých nemocnicích, kam jsou klienti odkazováni, případně i doprovázeni k přetestování v případě reaktivního výsledku screeningových testů na přítomnost protilátek infekčních nemocí. Úzká spolupráce je také s adiktologickými ambulancemi v daných lokalitách. Vyjasněná je také spolupráce s policií ve smyslu respektování nízkoprahových zařízení, jejich nastavení a zachování mlčenlivosti či spolupráce skrze předávání nalezeného použitého injekčního materiálu. Na úrovni předávání informací má jedno ze zařízení navázanou spolupráci s Domem Světla (novinky ohledně HIV/AIDS, žloutenek, informační materiály, ale také možnost stáže).

Další spolupracující institucí jsou orgány sociálně-právní ochrany dětí, nicméně zde se zkušenosti rozcházejí s jednotlivými městy. Jsou taková, kde se spolupráce nedaří vhodně nastavit a je vnímána spíše jako zatěžující.

Nedostatečná je dostupnost služeb pro osoby bez přístřeší. Jedná se především o celoroční noclehárny a možnost zajištění základní hygieny. Dále pak není dostupné azylové bydlení pro ženy bez dítěte (*„...azylák pro ženy, určitě, protože, když to není máma s dítětem, tak si ani neškrtnou.“*), krizová lůžka či dostupnost krizového bydlení. Problematické je také

zajistit stomatologa („*Zubaři, to je věčný boj.*“) a praktické lékaře. Pracovníci by také uvítali možnost dostupných právních služeb pro klienty.

Tým pracovníků

Pracovníci by ocenili, kdyby v zařízeních byli zaměstnáni na hlavní pracovní poměr v rozsahu 1,0 úvazku. Upozadili by tak zkrácené úvazky či dohody o provedení práce nebo dohody o provedení činnosti, jelikož to komplikuje provoz zařízení. „*Dělá to paseku. I z hlediska předávání informací, ohledně porad, kde ten půl úvazek není, tak na to musíme myslet. Je to zatěžující.*“

Spatřují důležitost v adekvátním vzdělání, ať už jde o sociální, zdravotní či adiktologické zaměření. Skeptický je přístup k pracovníkům v sociálních službách, jelikož prakticky je rekvalifikační kurz pracovníka v sociálních službách zaměřený především na péči o seniory, tudíž se ani nepřibližuje této oblasti. Pracovníci si uvědomují, že by takový pracovník mohl i přesto mít dobré osobnostní předpoklady, ideální by proto bylo, kdyby takový pracovník pokračoval ve vzdělávání v této oblasti. Pracovníci by také ocenili, kdyby v rámci týmu byl alespoň nějaký muž. Výhody spatřují jak v klientské práci, tak i v celkové atmosféře týmu.

Všechny týmy jsou aktuálně stabilizovány, nicméně tomu tak nebylo vždy a některá zařízení se potýkala s obměnou téměř celého týmu ve velmi krátké době. „*Ani klienti to nevnímali dobře. Každou změnu v pracovnících špatně přijímají.*“ Změny pracovníků s sebou nesou zvýšené nároky na stávající pracovníky, ve vyšší míře pracují s klienty do doby, než se noví pracovníci zaučí a než si získají důvěru klientů. Fluktuace pracovníků tak může velmi ovlivnit provoz zařízení a jeho využívání klienty. Fluktuace pracovníků může být zapříčiněna mnoha faktory. Pracovníci jednotlivých zařízení se necítí být přetěžováni ve chvílích, kdy jsou přítomni všichni, jak mají být. Potíže nastávají v momentě, kdy některý z pracovníků nečekaně vypadne a další má plánované vzdělávání. Pracovníci jsou také vystaveni určitému riziku. Většina pracovníků se cítí při práci s klienty bezpečně. Někteří jsou však po určitých zkušenostech ostražitější („*Já jsem se cítila bezpečně, než se mi přihodilo pár zkušeností. Teď už si dávám pozor.*“; „*Nedostala jsem se do situace, kdy bych se bála. Ale pozor si dávám, to ano. Necítím, ale strach.*“). Pracovníci reflektují, že jsou možnosti, jak zajistit vyšší bezpečnost v rámci provozu kontaktního centra i v rámci terénního programu („*Když jdeme poprvé na byt, tak to je*

potřeba ve dvou. Zjišťujeme informace, kdo tam ještě bude, a hlídáme se, že máme třeba ruku na telefonu.“).

V rámci ohniskové skupiny byla formou anonymních dotazníků zjišťována také spokojenost s finančním ohodnocením. Délka praxe pracovníků v nízkoprahových službách se pohybovala v rozmezí od 20 do 54 měsíců (tedy necelé 2 roky až 4,5 roku). Jednalo se o jednoho pracovníka v sociálních službách se středoškolským vzděláním a pět sociálních pracovníků (1 s vyšším odborným vzděláním, 3 s bakalářským a 1 s magisterským vzděláním). Výše hrubé mzdy se pohybovala v rozmezí 17–27 tisíc Kč. Čtyři pracovníci byli s výší mzdy spokojeni a dva pracovníci spokojeni nebyli, přičemž se jednalo o pracovníky s vysokoškolským vzděláním.

Slabá místa a zlepšení

Za největší nedostatek služeb pracovníci označili zázemí pro pracovníky. *„Mně strašně vadí ten kancl, že nás tam je strašně moc. Mě to fakt úplně ubíjí.“; „Když jsme měli tři počítače a všichni se na nich střídali, tak mě to vadilo. O jedno místo jsem se dělila s vícero lidma.“* Celkově s prostory jsou však pracovníci spokojeni, s jejich velikostí i vybaveností, i když některé věci trvají příliš dlouho, například výmalba prostor. *„Myslím, že z vybavení mám všechno. Chvilí to trvá, ale když si řekneme, tak to máme.“*

Finanční prostředky jsou dostupné na průběžný nákup harm reduction materiálu, tudíž se služby nepotýkají s jeho výpadkem či nedostatkem. *„Vždy máme dost.“; „I u nás. Vedení dobře ke všemu přistupuje i k potřebám pracovníků.“* Pracovníci oceňují také možnosti dalšího vzdělávání, které se neomezovaly na nutné minimum. Jako nevýhoda se ukazuje u charitních zařízení povinnost absolvovat část vzdělávání v rámci této organizace, čímž se pracovníci ochuzují o jiné možnosti. Navíc charitní vzdělávací kurzy nebývají zcela zaměřené na tuto problematiku. Pracovníci si také váží možnosti nákupu pracovního oděvu. Někteří by také uvítali příspěvek na dopravu do zaměstnání.

Pracovníci velmi oceňují výhodu těchto služeb poskytovaných v menších městech, která umožňuje širší individuální práci s klienty. *„Jsem ráda, že máme prostor se klientům věnovat. Ne jako v Praze, kde je zajímavá jen výměna. Ale chápu to, že nemají dost prostoru. U nás jsem fakt ráda, že tam prostor je.“*

10 DISKUZE

10.1 Diskuze nad výsledky výzkumu

Cílem této práce bylo identifikovat okruhy problémů, které by mohly být podnětem pro zlepšování poskytovaných služeb či zavádění těch chybějících. Pomocí analýzy potřeb bylo zjišťováno, jak samotní klienti vnímají kvalitu a účinnost nabízených služeb, jaká zlepšení by uvítali a proč. Dále byla zjišťována atraktivita, přijatelnost služeb a dostupnost nízkoprahových služeb v rámci Kraje Vysočina.

Charvát a Gabrhelík (2004) uvádějí, že k efektivnímu fungování nízkoprahových služeb je nutné, aby o nich cílová skupina věděla. Uživatelé drog jsou uzavřenou skupinou a ti, kteří nejsou v kontaktu s žádnou službou, se nazývají dokonce skrytou populací. Proto je nutné hledat způsoby informování a oslovování této populace uživatelů drog.

Výsledky této práce ukazují, že hlavním a nejsilnějším kanálem šíření informací jsou sami uživatelé, kteří si informace předávají navzájem. Toto zjištění není překvapivé, jelikož jej potvrzují již proběhlé výzkumy (Charvát & Gabrhelík, 2004; Miovská et al., 2005; Šťastná, 2010). Dalším významným zdrojem jsou však také pracovníci služeb, což stejně tak uvádí i Miovská et al. (2005), a internet či webové stránky zařízení. Tento zdroj informací byl identifikován již v rámci dizertační práce Šťastné (2010).

Pracovníci využívají ke kontaktování uživatelů různých strategií, jednou z nich je aktivní vyhledávání v rámci terénního programu. Tato forma, jak uvádí Charvát a Gabrhelík (2004), je však možná tehdy, když funguje dobře rozvinutý terénní program. Výsledky této práce ukazují, že se však nejedná o jedinou podmínku, a dokonce tato podmínka může být kontraproduktivní. Pokud totiž v rámci zařízení funguje dobře rozvinutý terénní program, znamená to také, že je klienty hojně využíván. Aktivní vyhledávání nových klientů je pak podřízeno přímé práci s klienty. Respektive zde platí, čím více přímé práce s klienty, tím méně prostoru je k aktivnímu vyhledávání klientů.

Podobně jako z této analýzy, tak i z dalších studií je zřejmé, že jsou lékárny okrajovým zdrojem injekčního materiálu, a to i přesto, že pro některé uživatele je tento zdroj jediný

(Minařík, 2004; Charvát & Gabrhelík, 2004; Šťastná, 2010). Nezbytnou podmínkou spolupráce je však zvyšování motivace, znalostí a dovedností pracovníků i majitelů lékáren (Vacek, Gabrhelík, & Miovský, 2008; Gabrhelík & Miovský, 2009).

Pro práci s uživateli drog je určující první kontakt se službou, který vytváří první dojem. Negativní dojem se těžko odbourává a kvůli sdílení zkušeností mezi uživateli drog má velký vliv na důvěru v tento typ zařízení (Charvát & Gabrhelík, 2004). Stejně jako v předešlých výzkumech (Charvát & Gabrhelík, 2004; Miovská et al., 2005; Šťastná, 2010) bylo i v této práci potvrzeno, že nejčastějším důvodem první návštěvy nízkoprahového zařízení je ve většině případů výměna injekčního materiálu, nicméně není výjimkou ani akutní krizová situace či zdravotní komplikace související s užíváním drog. Potvrzuje se také, že klienty, kteří žijí bezdomoveckým způsobem života, přivede do služby rovněž možnost hygienického či potravinového servisu.

Dále se potvrzuje, že poprvé nejčastěji klienti využívají služeb v doprovodu kamaráda. Ke stejným závěrům dospěly i předchozí výzkumy (Charvát & Gabrhelík, 2004; Miovská et al., 2005; Šťastná, 2010). Ukazuje se, že případná nedůvěra či ohrožení z prvního kontaktu se službou plyne především z nedostatku informací o tom, jak služby fungují. Klienti si pak vytvářejí vlastní představy založené na zkreslených informacích.

Znatelný je posun ve vnímání kódování klientů. Z tohoto výzkumu plyne, že většině klientů přidělení kódu nevádí a berou jej jako formální záležitost. Jsou přesvědčení, že je tímto způsobem jejich anonymita dostatečně zajištěna. Obavy, které z přidělení kódu popisují jiné výzkumy (Miovska et al., 2005), byly pravděpodobně zapříčiněny tím, že byly realizovány poměrně krátkou dobu po zavedení tohoto jednotného systému, které začínalo v roce 2002. I přes toto zjištění je vhodné kódování provádět citlivě, s ohledem na situaci a aktuální rozpoložení klienta.

Zjištěné důvody nevyužívání nízkoprahových služeb víceméně odpovídají důvodům zjištěným v rámci předchozích studií (Charvát & Gabrhelík, 2004; Miovská et al., 2005; Šťastná, 2010). Jedná se o strach z prozrazení, stud, obavy ze ztráty anonymity, někteří se nechtějí potkávat s dalšími uživateli, ale také z určité hrdosti, lenosti a nezodpovědnosti těchto uživatelů. Důvodem nevyužívání těchto služeb uživateli do 20 let věku pak je neuvědomování si rizik spojených s užíváním drog. Tito uživatelé k tomu také nejsou v současné době nikým vedeni či nemají žádné potíže, kvůli kterým by se na službu obrátili.

Respondenti v rámci výzkumu nejvíce oceňují možnost výměny injekčního materiálu, ale také možnost kontaktu s pracovníky služeb a bezpečné prostředí, které jim kontaktní centra nabízejí. Značná část respondentů má také zkušenosti, a tedy i srovnání, s nízkoprahovými službami v rámci celé republiky. Negativní zkušenosti byly zaznamenány se službami ve velkých městech, tedy v Brně a v Praze. Nespokojenost se týkala prostředí a vybavení jednotlivých zařízení a přístupu personálu, v němž jim scházel individuální přístup či zájem. Tyto zkušenosti tedy podporují tvrzení v realizovaných analýzách v letech 2003 a 2010 (Miovská et al., 2005; Šťastná, 2010), kde část respondentů tyto služby považovala za neatraktivní.

Charvát a Gabrhelík (2004) zdůrazňují, jak významnou roli ve vztahu klienta a pracovníka hrají osobnostní charakteristiky pracovníka. Tento výzkum potvrdil, že klienti kladou důraz především na zájem ze strany pracovníků, respektující přístup, empatii, podporu a vstřícné jednání. Také na otevřenost pracovníků, ale rovněž na jejich vzdělání a odpovídající vědomosti či zodpovědnost a schopnost vyjádřit vlastní názor. Odlišná jsou pak zjištění týkající se zkušenosti pracovníka s užíváním drog, věku či pohlaví pracovníka. Zatímco respondenti v předchozích studiích kladli důraz na vlastní zkušenosti s užíváním drog (Miovská et al., 2005, Šťastná, 2010), v tomto výzkumu zmíněný faktor pro většinu respondentů není nepodstatný. Stejně tak věk či pohlaví pracovníka většina respondentů nepovažuje za důležitý. Jako rozumné se však jeví co nejružnorodější věkové rozpětí pracovníků i genderová vyváženost tak, aby měl klient možnost volby (Charvát & Gabrhelík, 2004; Šťastná, 2010).

Shodné výsledky jsou pak v oblasti personálních změn, kdy bylo prokázáno, že klienti velmi citlivě reagují na fluktuaci pracovníků (Charvát & Gabrhelík, 2004; Šťastná, 2010). Pro klienty je důležitá stabilita týmu. Ve výzkumu zazněla také nespokojenost s krátkodobou přítomností praktikantů. Klienti jejich přítomnost vnímají jako ohrožení. Jak uvádí Charvát a Gabrhelík (2004), měla by tak být věnována zvýšená pozornost výběru, zácviku a dalšímu vzdělávání pracovníků. Fluktuace pracovníků však nemusí být zapříčiněna pouze těmito faktory. Jedná se o složitý komplex, který v sobě jistě zahrnuje také dostatečné finanční ohodnocení. Nutno podotknout, že hrubé mzdy pracovníků ani zdaleka nedosahují průměrné mzdy v Kraji Vysočina, která v roce 2019 činila 31 147 Kč, a i tato částka zaostávala o téměř 3 tisíce korun za celorepublikovým průměrem (ČSÚ, 2020; 2021). Fluktuace pracovníků komplikuje provoz i chod jednotlivých zařízení

a jejich využívání klienty, proto se domníváme, že by měly být učiněny všechny možné kroky k tomu, aby se častému odchodu pracovníků co nejvíce zamezilo.

Potvrzeny byly také výsledky práce Peškové (2019), která došla k závěru, že kontaktní centra mají v životě uživatelů nezastupitelnou roli. Z naší analýzy vyplývá, že pro některé z klientů je nízkoprahová služba jediná, na kterou se dotyčný obrací v případě potíží či potřeby. Potvrzuje se, že v tom hraje roli celková situace klientů. Dalo by se konstatovat, že v čím vyšším stádiu užívání drog dle rozdělení Kaliny et al. (2003; 2015) se klienti nacházejí a s čím obsáhlejšími potížemi se klienti potýkají, a to především v oblasti somatických a sociálních dopadů užívání návykových látek, tím větší roli pro ně nízkoprahová zařízení hrají.

V rámci výzkumného souboru byli také klienti se zkušeností výkonu trestu odnětí svobody. Respondenti s kriminální anamnézou nepotvrdili zcela jiné potřeby v průběhu trestního řízení či po výstupu z výkonu trestu odnětí svobody, na které by měla nízkoprahová zařízení reagovat.

10.2 Omezení a nedostatky výzkumu

Jedním z podstatných omezení této práce je nedodržení plánu výzkumu. Data měla být dle tohoto plánu vyhodnocena koncem roku 2018, celkově výzkum měl být dokončen v roce 2019. V roce 2018 byly realizovány interview s respondenty. Ohnisková skupina však byla realizována až počátkem roku 2020. Veškerá data pak byla vyhodnocena v průběhu roku 2021. Nicméně i přes tento nedostatek se domníváme, že vyhodnocená data budou pro jednotlivá zařízení přínosná. Pohled klientů nízkoprahových zařízení, jak je vidět v diskuzi, se mění spíše v řádu více let.

Další omezení výzkumu spatřujeme v tom, že tazatel/výzkumník je jedna a tatáž osoba, která zastává vedoucí pozici v jednom ze zahrnutých nízkoprahových zařízení. Tímto mohla být ovlivněna především data získána metodou ohniskové skupiny, jelikož část jejich účastníků byla tvořena podřízenými pracovníky tazatele. Tomuto ovlivnění se tazatel snažil vyhnout prostřednictvím včasného vysvětlení účelu ohniskové skupiny a vyjasnění vzájemných rolí v rámci její realizace. Zároveň k tomuto ohrožení mohlo dojít v průběhu interview s respondenty, kteří využívají služeb zařízení, jehož je tazatel vedoucím pracovníkem. I s těmito respondenty došlo před interview k jasnému vymezení rolí,

respondenti byli poučeni o tom, že pracovník je v průběhu interview v roli výzkumníka, ne pracovníka či vedoucího pracovníka.

Jistým omezením může být také nedostatek zahraničních studií ke komparaci. V této práci nejsou zmíněny žádné zahraniční studie týkající se analýzy potřeb, což je z důvodu, který uvádí Šťastná (2010), a sice že je těchto studií velmi málo. Nejčastěji publikovanými pracemi jsou studie týkající se spokojenosti klientů v léčbě drogové závislosti, srovnávací studie různých druhů léčby či studie zabývající se spokojeností s dostupností léčby. Zahraniční výzkumy se tak v podstatě nevěnují analýze potřeb klientů nízkoprahových zařízení, a tak by ani výše zmíněná témata nebyla s výzkumy realizovanými v rámci České republiky srovnatelná.

Omezení práce také vyplývá z chybějících údajů umožňujících zachytit a interpretovat potřeby všech specifických skupin. Ve výzkumném souboru nebyli zástupci menšin, těhotných uživatelů, uživatelů drog ve vyšším věku či experimentujících uživatelů drog a dospívajících.

Jistým omezením může být také to, že některé informace jsou získané zprostředkovaně, konkrétně důvody nevyužívání služeb skryté populace uživatelů drog, nikoliv přímou zkušeností. Většina respondentů si však byla jista uvedenými důvody, získali je při rozhovorech s dotyčnými, ovšem v některých případech se jednalo o domněnky.

10.3 Doporučení

Tato práce má sloužit samotným zařízením poskytujícím nízkoprahové služby uživatelům drog v Kraji Vysočina i jako podklad pro Krajský úřad Kraje Vysočina k tvorbě Strategie protidrogové politiky Kraje Vysočina na následující období.

Doporučení a návrhy k rozvoji služeb v jednotlivých oblastech pro samotné poskytovatele služeb i provozovatele služeb vyplývající z analýzy dat:

1. Zajištění provozu kontaktních center:

- informovat klienty o tom, kde naleznou případné změny v provozu (př. FB, web), následně pak tyto aktuality s dostatečným předstihem zveřejňovat,
- zajistit funkčními způsoby bezpečnost pracovníků,
- bez prodlevy zajišťovat potřebné opravy prostor a vybavení.

2. Zajištění provozu terénního programu:

- upravit provoz v lokalitách tak, aby se nepřekrýval s koncem či začátkem pracovní doby klientů,
- zvážit vyšší frekvenci dojíždění do lokality Velká Bíteš (pozn. respondenti poukazovali na častější potřebu výkonu terénní práce také v Havlíčkově Brodě, nicméně zde již k rozšíření dostupnosti došlo zřízením zázemí terénního programu),
- zajistit funkčními způsoby bezpečnost pracovníka při výkonu terénní práce o samotě, mít jasno za jakých podmínek a kam pracovník o samotě smí tak, aby byla zachována jeho bezpečnost,
- mít k dispozici potřebné vybavení ke zjišťování informací pro klienty (př. tablet, chytrý telefon), potřebné informace pak klientům zjišťovat hned.

3. Pravidla poskytování služeb:

- značná část respondentů netušila nebo zapoměla, jaká pravidla v rámci kontaktních center i při výkonu terénní práce mají dodržovat, bylo by proto vhodné klientům průběžně pravidla sdělovat, případně se jeví jako vhodné zviditelnit platná pravidla v jednotlivých zařízeních,
- důsledné monitorování pohybu klientů v zařízení, především v odlehlejších místech, jako jsou zahrady, a rozhovorů klientů s drogovou tematikou,
- aplikace v zařízení, zdá se, není tak výjimečná, jak se pracovníci domnívají, respondenti si zpravidla aplikují drogy na záchodech či v koupelně při využití hygienického servisu. Je nutno klientům zdůrazňovat, že toto chování není přípustné, reagovat na změny chování v průběhu využívání služeb a případně je konfrontovat s možným porušením zásadního pravidla.

4. Personál:

- účinnými nástroji zajistit stabilitu týmu: zajištění vhodného pracovního zázemí, upřednostňovat plné úvazky, navýšení úvazků v jednotlivých zařízeních (tak, aby nedocházelo k potížím při výpadku pracovníků, což je však běžné s ohledem na čerpání dovolené pracovníků, nutnost absolvovat průběžné vzdělávání apod.), odpovídající finanční ohodnocení, příspěvek na dopravu do zaměstnání,

- nelpět na absolvování kurzů či seminářů prostřednictvím vlastní organizace, pokud se v nabídce neobjevují témata související s přímou prací s uživateli drog, byť je tento způsob pro organizaci finančně méně nákladný,
- upřednostňovat dlouhodobé praxe a stáže, ideálně o této skutečnosti klienty také informovat dopředu (př. FB, nástěnka, ústně),
- požadavek multidisciplinárního týmu genderově i věkově vyváženého: adiktolog, sociální pracovník, zdravotník, ideální by bylo rozšířit tým o terapeuta či psychologa a právníka.

5. Navazování kontaktů s klienty, práce s klienty:

- programy/besedy realizovat především v prvních ročnících odborných učilišť a středních škol, což je v souladu s nejnovějšími výsledky studie ESPAD (viz kapitola 4.2.1), při těchto programech lze cílit i na užívání těkavých látek spolu s experimentujícími dospívajícími,
- při aktivním oslovování v rámci terénního programu cílit na osoby ve věku cca 20 let, což souvisí s posunem zkušeností s experimentováním i s intenzivnějšími formami užívání (viz kapitola 4.2.1),
- distribuovat propagační materiály či navázat spolupráci s provozovny hazardních her,
- v oblasti bezpečného braní se zaměřit na opakované používání injekčního materiálu toutéž osobou,
- zvážit nutnost výdeje injekčního materiálu kus za kus a většího objemu injekčního materiálu s ohledem na dostupnost služeb (především v lokalitách, kde je poskytován terénní program).

6. Návazné služby:

- zajistit lokálně dostupnost služeb pro osoby bez přístřeší (noclehárny, možnost základní hygieny),
- zajistit více možností azylového bydlení pro ženy (bez dětí),
- zajistit dostupnost krizových lůžek, krizového bydlení,
- zajistit základní zdravotní péči pro uživatele drog – praktičtí lékaři, zubaři,
- zajistit právní služby pro uživatele návykových látek (narůstající dluhová problematika aj.).

Z analýzy dále vyplynulo, že klienti s kriminální anamnézou by nevyužívali speciálního programu po výstupu z výkonu trestu odnětí svobody. Podstatné pro ně však je během výkonu trestu udržovat kontakt prostřednictvím korespondenční služby.

Za diskutabilní považují výsledky ohledně lokality okresu Pelhřimov. Již z popisu návazných služeb (viz kapitola 4.3.2) je zřejmé, že je tento region nejméně pokryt službami pro uživatele drog. Spolu s Havlíčkovým Brodem se jedná o jediné okresy, kde jsou nízkoprahové služby poskytovány pouze terénní formou. V Havlíčkově Brodě se podařilo zajistit zázemí terénního programu a rozšířit tak provozní dobu, čímž se služba stala pro klienty dostupnější a v podstatě přínosnější. Je možné, že i v této lokalitě by mohla být touto formou zajištěna větší dostupnost pro uživatele nelegálních návykových látek a služby pak více využívány.

11 ZÁVĚRY

Cílem práce bylo identifikovat okruhy problémů, které mohou být podnětem pro zlepšování poskytovaných nízkoprahových služeb či zavádění těch chybějících. V rámci analýzy potřeb byla zjišťována, jaká je přijatelnost a atraktivnost služeb i jejich dostupnost v rámci Kraje Vysočina a zda služby odpovídají potřebám. V případě, že tomu tak není, tak proč a jak by měly vypadat či být zajišťovány, aby potřebám odpovídaly.

Podarilo se odpovědět na všechny výzkumné otázky. Práce přinesla informace, které doposud v rámci Kraje Vysočina nebyly tímto způsobem zjišťovány.

Jaká je přijatelnost a atraktivnost poskytovaných služeb?

Respondenti, kteří považují nabídku nízkoprahových služeb za atraktivní, nejvíce oceňují výměnu injekčního materiálu, možnost kontaktu s pracovníky a bezpečné prostředí. Jednotlivci pak považují nabídku za zcela běžnou či za zbytečně širokou. I přesto nachází spoustu podnětů ke změnám, díky nimž by mohly být služby přijatelnější. Důvodů, proč někteří uživatelé služeb nevyužívají, je celá řada (nechtějí, aby o jejich užívání někdo věděl, stud, hrdost, obavy ze ztráty anonymity, injekční materiál si zajišťují jiným způsobem). Výzkum též odhalil, proč služby nevyužívají mladí uživatelé, ty se liší od výše zmíněných (neuvědomují si rizika spojená s užíváním drog, nejsou k tomu nikým vedeni či užívají pouze občasně a nemají žádné potíže, kvůli kterým by se na zařízení obrátili).

Jaká je dostupnost těchto služeb v rámci kraje?

Podstatným předpokladem dostupnosti služeb je informovanost o těchto službách. Za hlavní zdroje informací byli identifikováni samotní uživatelé drog předávající si informace navzájem, terénní pracovníci a internet či webové stránky zařízení. Klienti jsou o službách dobře informovaní a nedomnívají se, že je potřebná širší propagace služeb. Dostatek informací o službě snižuje počáteční nedůvěru klientů. Kontaktní centra by někteří klienti přiblížili více centru města či prodloužili čas terénního programu. Častější realizaci terénního programu navrhuje ve Velké Bíteši a v Havlíčkově Brodě.

Odpovídají služby potřebám klientů?

Celkově jsou spokojeni s nízkoprahovými službami všichni respondenti. Odpovídají jejich potřebám, přičemž sami klienti zdůrazňují, že se jejich potřeby v čase mění a poskytované služby vždy reagují na jejich aktuální situaci. Zároveň upozorňují, že služby, které sami nevyužívají či velmi sporadicky, mohou být pro jiné klienty v jiné situaci velmi podstatné a přínosné. Toho si jsou vědomi i samotní pracovníci služby. Respondenti důležitost spatřují především ve výměnném programu, kontaktní práci, individuálním poradenství a pomoci v krizi. Samotné služby také reagují na potřeby specifických skupin uživatelů drog. Je tak pracováno především s těhotnými užívatelkami a matkami užívatelkami. Z analýzy vyplývá, že pro některé z klientů je nízkoprahová služba jediná, na kterou se obrací v případě potíží, a hraje tak v životě klientů nezastupitelnou roli.

Respondenti s kriminální anamnézou nepotvrdili zcela jiné potřeby v průběhu trestního řízení či po výstupu z výkonu trestu odnětí svobody, na které by měla nízkoprahová zařízení reagovat. Žádný z respondentů by nevyužil specifického programu po výstupu z věznice. Zdůrazňovali však jako velmi potřebnou pomoc udržení kontaktu prostřednictvím korespondence v průběhu výkonu trestu, a to z toho důvodu, že je zařízení často jediným, jež v tuto chvíli dokáže klienta podpořit ve zvládnutí této situace.

Respondenti velmi citlivě reagují na personální změny, které v rámci týmů probíhají, což je potvrzováno i samotnými pracovníky. Je pro ně důležitá stabilita týmu. Vyjádřili také obavy z bezpečnosti pracovníků při výkonu terénní práce. Upozorňují na možná rizika, především pokud je pracovník sám, zvláště pak pokud jde o práci na bytech. Klienti mají také četné zkušenosti z jiných nízkoprahových zařízení. Negativní zkušenosti mají se službami ve velkých městech, jako jsou Brno a Praha. Týkají se především prostředí, vybavení jednotlivých zařízení i přístupu personálu, kde jim scházel individuální přístup či zájem. Přichází také s návrhy změn, které by se měly realizovat v těchto zařízeních.

12 SOUHRN

Předkládána bakalářská práce se zabývá analýzou potřeb klientů nízkoprahových center na území Kraje Vysočina. Hlavním cílem tak bylo identifikovat okruhy problémů, které mohou být podnětem pro zlepšování poskytovaných služeb či zavádění těch chybějících. Zaměřili jsme se na chování uživatelů drog a využívání nízkoprahových služeb. Jádrem práce je analýza potřeb zaměřující se na přijatelnost, atraktivitu a dostupnost služeb a na to, zda služby odpovídají potřebám klientů.

Teoretická část je rozdělena do pěti hlavních kapitol. V první kapitole jsou popisována stádia užívání návykových látek, následuje kapitola týkající se dopadů užívání návykových látek na člověka. Další kapitola je zaměřená na specifické skupiny uživatelů drog, se kterými je v rámci služeb pracováno, a následující kapitola je zaměřena na popis demografické a socioekonomické charakteristiky Kraje Vysočina a popis epidemiologických údajů týkajících se užívání drog. Poslední kapitola je zaměřená na specifické potřeby uživatelů návykových látek.

V kapitole Stádia užívání návykových látek jsou popsány jednotlivé stupně užívání návykových látek, jde tedy o experimentování, příležitostné a rekreační užívání, pravidelné, problémové užívání a závislost, jak je uvádí Kalina et al. (2003, 2015). Celý koncept je doplněný také o abstinenci a kontrolující užívání, jímž se zabývají především autoři Morávek (2007a) a Nesládek (2013). Na nízkoprahová zařízení se mohou obrátit uživatelé ve všech těchto stádiích užívání. Uvědomění, v jaké fázi se dotyčný klient nachází, může pracovníkům napomoci při následné práci. Zábranský (2003) poukazuje na to, že čím nižší je stádium, tím méně je poškození. Také upřesňuje, že nižší stádium může, nicméně nemusí přejít do pokročilejšího.

Následující kapitola se zabývá dopady dlouhodobého užívání drog na člověka. Tato kapitola kategorizuje a popisuje dopady problémového užívání drog na jednotlivce, nikoli na populaci. Kategorizace přitom vychází z celostního přístupu, který zahrnuje biologickou, psychickou, sociální i spirituální složku člověka.

Třetí kapitola je věnována vybraným specifickým skupinám uživatelů drog. I přesto, že někteří autoři považují jakoukoliv specifikaci klientů za pouhý umělý konstrukt a klaní se k nevytváření těchto kategorií (Dvořáček, 2018), popisujeme několik skupin, se kterými se v rámci nízkoprahových služeb setkáváme, o nichž se domníváme, že specifické určitým způsobem jsou. Jedná se o děti a dospívající, ženy, matky s dětmi, uživatele drog ve výkonu trestu odnětí svobody, stárnoucí uživatele drog a etnické minority. Literatura uvádí i další skupiny (Kalina et al., 2003; Nepustil et al., 2012), například skupinu uprchlíků a migrantů, gamblerů, lidí s postižením či lidí z komunity LGBT. Těmto skupinám se práce nevěnuje, jelikož se v Kraji Vysočina příliš neobjevují.

Čtvrtá kapitola je věnována popisu demografické a socioekonomické charakteristiky Kraje Vysočina a popisu epidemiologických údajů týkajících se užívání drog (školské studii o alkoholu a jiných drogách, prevalenčnímu odhadu problémových uživatelů drog, smrtelným předávkováním, léčbě uživatelů drog, infekčním nemocím uživatelů drog a drogové kriminalitě). V této kapitole je také popsána síť služeb pro uživatele drog. Tato kapitola je důležitou součástí práce. Teoretickou část uzavírá kapitola shrnující doposud realizované výzkumy, analýzy potřeb klientů nízkoprahových zařízení na území České republiky i v rámci Kraje Vysočina.

V empirické části bakalářské práce je popsán výzkumný problém, součástí popisu jsou definovány cíle výzkumu a položeny výzkumné otázky, které zjišťují pohled uživatelů drog i pracovníků nízkoprahových zařízení na atraktivitu a dostupnost těchto služeb a na to, zda tyto služby odpovídají potřebám klientů.

Pro realizaci výzkumu byla zvolena metoda rychlého posouzení (RAR) z důvodu specifčnosti zkoumané populace a povahy získaných dat. Účastníky výzkumu byli klienti využívající nízkoprahové služby na území Kraje Vysočina nominovaní metodou Snowball Sampling, výběrem přes instituce a účelovým výběrem (23 klientů). Druhou skupinu tvořili pracovníci nízkoprahových služeb v Kraji Vysočina. Data byla získávána prostřednictvím semistrukturovaných rozhovorů s respondenty, ohniskové skupiny s pracovníky (1 ohnisková skupina se 6 pracovníky) a zúčastněným pozorováním. Data byla analyzována pomocí zakotvené teorie. Důraz byl kladen na etické hledisko, ochranu soukromí a osobních údajů respondentů a také souhlas se zpracováním dat. Z analýzy vzešly odpovědi na výzkumné otázky.

Z analýzy je zřejmé, že jsou zařízení poměrně dobře finančně zajištěna. Odpovídají tomu prostory jednotlivých zařízení, vybavenost i dostupnost HR materiálu. K přetěžování pracovníků dochází tehdy, pokud dojde k nečekanému, ale i plánovanému výpadku dvou a více pracovníků (z důvodu čerpání dovolené, účasti na kurzech, stážích apod.). Jednotlivá zařízení průběžně rozvíjí strategie směřující ke kontaktování nových klientů. Mají dostatek prostoru věnovat se klientům individuálně a průběžně zjišťovat jejich potřeby. Práce s klienty převážně nestojí na výměně injekčního materiálu.

Z analýzy vyplývá několik doporučení, týkajících se zajištění provozu kontaktních center, zajištění bezpečnosti pracovníků, zajištění větší dostupnosti terénního programu v určitých lokalitách, pravidel v poskytovaných službách, zajištění stability týmu a navazování kontaktů s klienty. Byly také identifikovány nedostatky v návazné péči služeb.

Tento výzkum otevírá možnost jeho zopakování za určitou dobu či provedení analýzy jednotlivých lokalit (např. Pelhřimovsko). Také by bylo vhodné zpracovat analýzy potřeb jednotlivých specifických skupin.

LITERATURA

- ALKAT. (2007). *Služby následné péče*. Získáno z: <http://www.alkat.cz/sluzby-nasledne-pece/pro-koho-je-sluzba-urcena/>
- Barker, G. (2000). *Metody rychlého posuzování zneužívání drog ve společnosti*. Boskovice: Nakladatelství Albert.
- Barnardová, M. (2011). *Drogová závislost a rodina*. Praha: Triton.
- Bernard, M.A., McKeganey, N.P. (2004). The impact of parental problem drug use on children: what is the problem and what can be done to help? *Addiction* 99, 552-559.
- Bourdieu, P. (1997). *Language and Symbolic Power*. Cambridge: Polity Press.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment*. London: Hogarth Press.
- Brátková, N. (2017). *Ambulance klinické psychologie a adiktologie*. Získáno z: <http://www.psychologiebratkova.cz/>
- Broža, J. (2003). Děti a mladiství. In K. Kalina et. al. (Ed.), *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup* (232-237). Praha: Úřad vlády české republiky.
- Carpentier, Ch. (2007). *Drogy a trestná činnost – složitý vztah*. Úkol drogy No. 16. Brífink Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost. Lisbon: EMCDDA. Získáno z: https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/470/Dif16CS_84996.pdf
- Clark, D. B., Cornelius, J. R., Wood, D. S., & Vanyukov, M. (2004). Psychopathology risk transmission in children of parents with substance use disorders. *American Journal of Psychiatry* 161, 4, 685-691.
- Clark D. B., Cornelius, J. R., Kirisci, L., & Tarter. R. E. (2005). Childhood risk categories for adolescent substance involvement: a general liability typology. *Drug and Alcohol Dependence* 77, 1, 13-21.
- Cranstoun Drug Services (1997). *Report of the 3rd European Conference on Drug and HIV/AIDS Services in Prison*. Amsterdam: 1997.
- Čermák, I. A. & Štěpáníková, I. (1998). Kontrola validity dat v kvalitativním psychologickém výzkumu. *Československá psychologie*, XLII, 50-62.

- Černíková, T. (2017). *Domovy se zvláštním režimem pro osoby závislé nebo ohrožené závislostí*. (Diplomová práce). Praha: Univerzita Karlova.
- Černíková, T., Dárek, D., & Klíma, T. (2021). *Souhrnná zpráva o realizaci protidrogové politiky v krajích v roce 2019*. Horáčková, K. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky.
- Český statistický úřad. (2020). *Základní tendence demografického, sociálního a ekonomického vývoje Kraje Vysočina 2019*. Jihlava. Získáno z: https://www.czso.cz/csu/xj/zakladni_tendence_demografickeho_socialniho_a_ekonomickeho_vyvoje_kraje_vysocina
- Český statistický úřad. (2021). *Charakteristika kraje*. Získáno z: https://www.czso.cz/csu/xj/charakteristika_kraje
- Dolejš, M. & Skopal, O. (2015). *Výskyt rizikového chování u adolescentů (VRCHA). Příručka pro praxi*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci
- Dow, B. & Gaffy, E. (2015). Mental health and well-being in older people. *Australasian Journal on Ageing*, 34(4), 220–223.
- Dvořáček, J. (2018). Specifické cílové skupiny? In V. Maxová (Ed.) et al. *Specifické skupiny & drogy. Sborník odborné konference*. Praha: SANANIM.
- EMCDDA. (2003). *Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway*. Lisbon: EMCDDA. Získáno z: https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/275/ar2003eu_en_69564.pdf
- EMCDDA. (2004). *Výroční zpráva za rok 2004: Stav drogové problematiky v Evropské unii a v Norsku*. Lisbon: Úřad pro úřední tisky Evropských společenství. Získáno z: https://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2004_en
- EMCDDA. (2005). *Výroční zpráva za rok 2005: Stav drogové problematiky v Evropě*. Lisbon: Úřad pro úřední tisky Evropských společenství. Získáno z: https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/366/TDAC05001CS1_69501.pdf
- EMCDDA. (2008). *Substance use among older adults: a neglected problem*. *Drugs in Focus*, 18. Získáno z: https://nceta.flinders.edu.au/application/files/2615/0646/7820/Gossop_2008.pdf

- EMCDDA. (2017). *Health and social responses to drug problems: a European guide*. Získáno z: https://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/health-and-social-responses-to-drug-problems-a-european-guide_en
- EMCDDA, NMS. (2020). *Evropský průvodce zdravotními a sociálními opatřeními zaměřenými na řešení drogového problému*. Praha: Úřad vlády ČR. Získáno z: <https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/6343/Evropsky%20pruvodce%20zdravotnimi%20a%20socialnimi%20opatrenimi-2.pdf>
- Ettorre, E. (1992). *Women And Substance Use*. Basingstoke: Macmillan.
- Foucault, M. (1999). *Dohlížet a trestat*. Praha: Dauphin.
- Fox, A. (2000). *Prisoners Aftercare in Europe: a four country study*. London: ENDHASP. Získáno z: https://bdoc.ofdt.fr/doc_num.php?explnum_id=21439
- Frouzová, M. (2003). Úvod do problematiky specifické klientely a „nových závislostí“. In K. Kalina et. al. (Ed.), *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup* (229-231). Praha: Úřad vlády české republiky.
- Gabrhelík, R., Charvát, M., & Miovský, M. (2005). Kvalitativní analýza potřeb klientů využívajících nízkoprahové služby ve Středočeském kraji. *Adiktologie*, 5, 23-33.
- Gabrhelík, R. & Miovský, M. (2009). Možnosti a meze současného využití sítě lékáren z hlediska jejich participace na nízkoprahových veřejnozdravotních intervencích v rámci adiktologických služeb. *Adiktologie*, 9, 74-84.
- Gabrhelíková, P. (2015). Uživatelé návykových látek a trestná činnost související s drogami. In K. Kalina et. al. (Ed.), *Klíčická adiktologie* (569-586). Praha: Grada.
- Goffman, E. (1961). *Asylums: Essay on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. Anchor Books.
- Göhlert, F. Ch. & Kühn, F. (2001). *Od návyku k závislosti*. Praha: Ikar.
- Grohmannová, K. (2007). Systém péče o uživatele návykových látek. In: J. Radimecký et al (Ed.), *Úvod do adiktologie: učební podklady ke kurzu* (s. 36-43). Praha: Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky 1. lékařské fakulty a VFN, Univerzita Karlova.
- Grohmannová, K. (2017). Užívání návykových látek a hraní hazardních her ve vězeňské populaci ČR. *Zaostřeno* (6), 1-20.
- Hartl, P. (1997). *Komunita občanská a komunita terapeutická*. Praha: SLON.

- Hartl, P. & Hartlová, H. (2015). *Psychologický slovník*. Třetí, aktualizované vydání. Praha: Portál.
- Havelková, M. (n.d.). *Výroční zpráva o realizaci protidrogové politiky v kraji za rok 2019*. Krajský úřad Kraje Vysočina. Získáno z: https://m.kr-vysocina.cz/assets/File.ashx?id_org=450008&id_dokumenty=4104725
- Hobstová, J. & Minařík, J. (2003). Somatické komplikace a komorbidita 2 – infekční hepatitidy a AIDS. In K. Kalina et al. (Ed.), *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup* (229-232). Praha: Úřad vlády české republiky.
- Holovčáková, S. (2009). *Analýza potřeb klientů Kontaktního centra Kolín o.s.* Prostor. (Bakalářská práce). Univerzita Palackého Olomouc. Získáno z: <https://theses.cz/id/gtmnk6/>
- Hygienická stanice hlavního města Prahy. (2019). *Zdravotní následky uživatelů drog v Česku v roce 2018. Výroční zpráva*. Praha: Hygienická stanice hlavního města Prahy.
- Charita ČR. (2021). *Adiktologická ambulance*. Získáno z: <https://jihlava.charita.cz/co-delame-nase-sluzby/vypis-sluzeb/adiktologicka-ambulance/>
- Charvát, M. & Gabrhelík, R. (2004). *Analýza potřeb klientů nízkoprahových zařízení ve Středočeském kraji. Závěrečná zpráva č. 3 projektu Evaluace protidrogových opatření a programů realizovaných ve Středočeském kraji*. Liberec: NTI – consulting.
- Chomynová, P., Csémy, L., & Mravčík, V. (2020a). *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) 2019*. *Zaostřeno* 6 (5), 1-20.
- Chomynová, P., Kozák, J., & Mravčík, V. (2020b). Substance use in Roma population in contact with social workers in the Czech Republic: A cross-sectional questionnaire survey. *Journal of ethnicity in substance abuse*, 1-20. doi: 10.1080/15332640.2020.1717399.
- IHRA (2010). Co je „harm reduction“? Stanovisko Mezinárodní asociace pro harm reduction (IHRA). *Adiktologie*, 10, 188-190.
- INESAN. (2020). *Analýza potřeb (Needs Assessment)*. Získáno z: <http://www.inesan.eu/cz/evaluate/typy-evaluaci/analyza-potreb-needs-assessment>
- Janouškovec, V. (2013). *Aplikační místnosti pro uživatele drog-analýza potřeb*. (Diplomová práce). Univerzita Karlova v Praze. Získáno z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/120457/>

- Jargus, M. (2003). Klienti ve vazbě a výkonu trestu. In K. Kalina et. al. (Ed.), *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup* (244-248). Praha: Úřad vlády české republiky.
- Jeřábek, P. (2015). Psychopatologie závislosti. In K. Kalina et. al. (Ed.), *Klíčická adiktologie* (190-210). Praha: Grada.
- Kalina, K. (2000). *Kvalita a účinnost v prevenci a léčbě drogových závislostí*. Praha: Inverze/SANANIM.
- Kalina, K. et al. (2001). *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Filia Nova.
- Kalina, K. et al. (Ed.). (2003). *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Kalina, K. et al. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada.
- Kalina, K. & Minařík, J. (2015). Duální diagnózy a psychopatologické komplikace. In K. Kalina et. al. (Ed.), *Klíčická adiktologie* (211-231). Praha: Grada.
- Kerwin, M. (2005). Collaboration between child welfare and substance abuse fields: combined treatment programs for mothers. *Journal of Pediatric Psychology* 30, 7, 581-597.
- KHS Kraje Vysočina. (n.d.). *HIV testování – informace*. Získáno z: <https://www.khsjih.cz/hiv-testovani.php>
- Kolpingovo dílo ČR. (2012). *Terapeutická komunita Sejřek*. Získáno z: <https://www.tksejrek.kolping.cz/o-nas/>
- Kolpingovo dílo ČR. (2021). *Poradna pro gambling Kraje Vysočina*. Získáno z: <https://www.gamblingvysocina.cz/zakladni-informace/>
- Kořínek, R. (2010). *Narativní analýza životního příběhu uživatelů drog z prostředí romských komunit*. Získáno z: <https://adoc.pub/narativni-analyza-ivotniho-pibhu-uivatel-drog-z-prostedí-rom.html>
- Kudrle, S. (2003a). Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In K. Kalina et. al. (Ed.), *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup* (91-95). Praha: Úřad vlády ČR.

- Kudrle, S. (2003b). Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti jako východisko k primární, sekundární a terciální prevenci. In K. Kalina et. al. (Ed.), *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup* (145-149). Praha: Úřad vlády ČR.
- Kudrle, S. (2008). Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti jako východisko k primární, sekundární a terciální prevenci a kvalifikované pomoci. In K. Kalina et al. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada.
- Laxus. (2017). *Centrum poradenských služeb pro obviněné a odsouzené*. Získáno z: <https://www.laxus.cz/centra/centrum-poradenskych-sluzeb-pro-obvinene-a-odsouzene/>
- Libra, J. (2003). Nízkoprahová kontaktní centra. In K. Kalina, (Ed.), *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup* (165-171). Praha: Úřad vlády ČR.
- Malý, M., Němeček, V., & Zákoucká, H. (2020). Výskyt a šíření HIV/AIDS v ČR v roce 2019. *Zprávy centra Epidemiologie a mikrobiologie (SZÚ)*, 29(10). 384-398.
- Mathieson, J., Popay, J., Enoch, E., Escorel, S., Hernandez, M., Johnston, H. & Riesel, L. (2008). *Social Exclusion: Meaning, measurement and experience and links to health inequalities. A review of literature*. World Health Organization, Lancaster University. Získáno z: <https://www.who.int>
- McKeganey, N., Bernard, M., & McIntosh, J. (2002). Paying the price for their parent's addiction: meeting the needs of the children of drug using parents. *Drugs: Education, Prevention and Policy* 9, 3, 233-246.
- Miles, M. & Huberman, A. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded source book*. Sage, Thousand Oakes. In Čermák, I. A Štěpáníková, I. (1998). *Kontrola validity dat v kvalitativním psychologickém výzkumu*. Československá psychologie, XLII, 50-62.
- Millerová, G. (2011). *Adiktologické poradenství*. Praha: Galén.
- Minařík, J. & Hobstová, J. (2003). Somatické komplikace a komorbidita 1 – místní a celkové infekce, orgánová postižení. In K. Kalina et al. (Ed.), *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup* (223-228). Praha: Úřad vlády české republiky.
- Minařík, J. (2004). *Analýza drogové scény a dostupnosti nízkoprahových služeb pro uživatele drog v Ústeckém kraji*. Ústí nad Labem: Centrum komunitní práce.
- Minařík, J. & Řehák, V. (2015). Somatické komplikace a komorbidita. In K. Kalina et. al. (Ed.), *Klíčická adiktologie* (s. 232-246). Praha: Grada.

- Miovská, L., Miovský, M., Gabrhelík, R., & Charvát, M. (2005). *Analýza potřeb klientů nízkoprahových zařízení v Praze v roce 2003*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Miovský, M. (2000). *Analýza faktorů vulnerability pro drogovou kariéru (kvalitativní biografická analýza s uživateli drog v rámci kvalitativní substudie projektu Copernicus: Global Approach on Drugs)*. Závěrečná zpráva. Praha: SANANIM.
- Miovský, M. (2002). *Možnosti a meze rychlého posuzování (Rapid Assessment) v adiktologickém výzkumu*. (Disertační práce). Olomouc: FF UP.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
- Miovský, M., Janíková, B., Gabrhelík, R., Gajdošíková, H., Grohmannová, K., Miovská, L., ..., Vacek, J. (2006). *Závěrečná zpráva projektu analýzy potřeb léčených uživatelů návykových látek z hlediska jejich uplatnitelnosti na trhu práce*. Závěrečná zpráva. Tišnov: Sdružení SCAN.
- Miovský, M., Miovská, L., & Gajdošíková, H. (2004). *Etické aspekty terénního výzkumu s uživateli drog*. Biograf, 35, 33-52.
- Morávek, J. (2007a). *Kontrolované užívání drog: co nám přináší výzkum uživatelů, kteří s drogami umějí zacházet*. Adiktologie 7(4), 445-455.
- Morávek, J. (2007b). *Analýza potřeb potenciálních zaměstnavatelů léčených uživatelů návykových látek v Praze*. Závěrečná zpráva z výzkumu. Praha: SANANIM.
- Morávek, J., Šíp, J., & Veis, Š. (2008). *Analýza potřeb kriminálních uživatelů drog v Praze*. Závěrečná zpráva z výzkumu. Praha: SANANIM
- Morgan, D. L. & Krueger, R. A. (1993). *When touse focus groups and why*. In D. L. Morgan (Ed.). *Successful focus groups: Avancing the state of the art*. (3-19). Newbury Park, CA: Sage.
- Morgan, D. L. (2001). *Ohniskové skupiny jako metoda kvalitativního výzkumu*. Boskovice: Nakladatelství Albert.
- MPSV. (2006). *Standardy kvality sociálních služeb*. Získáno z: <https://www.mpsv.cz/standardy-kvality-socialnich-sluzeb>
- Mravčík, V. (2017). *Epidemiologie problémového užívání drog*. (Habilitační práce). Univerzita Karlova. Získáno z: <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/96091>

- Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Černíková, T., Rous, Z. ...
Vopravil, J. (2018). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2017*.
Mravčík, V. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky.
- Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Černíková, T., Rous, Z. ...
Vopravil, J. (2019). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2018*.
Mravčík, V. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky.
- Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Černíková, T., Rous, Z. ...
Vopravil, J. (2020). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2019*.
Mravčík, V. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky.
- Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Tion Leštinová, Z., Rous, Z.
... Vopravil, J. (2016). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce
2015*. Mravčík, V. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky.
- Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Tion Leštinová, Z., Rous, Z.
... Vopravil, J. (2017). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce
2016*. Mravčík, V. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky.
- Müllerová, P. (2003). Klienti v konfliktu se zákonem. In K. Kalina et. al. (Ed.), *Drogy
a drogové závislosti 2: mezioborový přístup* (244-248). Praha: Úřad vlády české republiky.
- Nakonečný, M. (2000). *Psychologie osobnosti*. Praha: Academia.
- Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti. (2015). *Mapa pomoci*. Získáno z:
<https://www.drogy-info.cz/mapa-pomoci/>
- Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti. (2020). *Předběžné výsledky studie
ESPAD 2019 v Kraji Vysočina*. Nепublikováno.
- Nepustil, P., Pančocha, K., Frišaufová, M., Kalivodová, R., & Bártová, A. (2012). *Užívání
drog ve skupinách s obtížným přístupem k drogovým službám. Situace v ČR: analýza
informačních zdrojů*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Nepustil, P., Zajdánková, S., & Šlesingerová, E. (2007). *Problémové užívání nelegálních
drog mezi skupinami migrantů v Brně a okolí. Závěrečná zpráva z výzkumu*. Brno: Marisa.
Získáno z: http://nepustil.narativ.cz/files/zaverecna_zprava_migranti_v_brne_2007.pdf
- Nesládek, M. (2013). *Kontrolované užívání nelegálních drog*. (Nepublikovaná bakalářská
práce). Univerzita Palackého v Olomouci.

- Nešpor, K. (2003). Psychologická komorbidita a komplikace, „duální diagnózy“. In K. Kalina et. al. (Ed.), *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup* (233-237). Praha: Úřad vlády ČR.
- Nešpor, K. (2007). *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál.
- Nešpor, K. (2009). *Co je spiritualita a čemu prospívá*. Časopis lékařů českých, 148 (5), 209-210.
- Neuber, K. A., Atkins, W. T., Jacobson, J. A., Reuter, N. A. (1980). *Needs assessment. A model for community planning*. London: SAGE Publications. Získáno z: [https://books.google.cz/books?hl=cs&lr=&id=RAv8_lcNVDwC&oi=fnd&pg=PA5&dq=Neuber,+K.+A.+et+al.+\(1980\).+Needs+assessment.+A+model+for+community+planning.+London:+SAGE+Publications.&ots=9Q0iiHNQkw&sig=onhRXx3kNG7yDXXazy09XCYJOr8&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.cz/books?hl=cs&lr=&id=RAv8_lcNVDwC&oi=fnd&pg=PA5&dq=Neuber,+K.+A.+et+al.+(1980).+Needs+assessment.+A+model+for+community+planning.+London:+SAGE+Publications.&ots=9Q0iiHNQkw&sig=onhRXx3kNG7yDXXazy09XCYJOr8&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)
- Nováková, K. (2017). *Analýza potřeb klientů a pracovníků nízkoprahových zařízení pro uživatele návykových látek ve Zlínském kraji*. (Bakalářská práce). Praha: Univerzita Karlova v Praze.
- Orel, M. et al. (2016). *Psychopatologie: nauka o nemocech duše, 2., aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada.
- Paštrnáková, N. (2009). *Analýza potřeb klientů Kontaktního centra Břeclav*. (Bakalářská práce). Univerzita Palackého v Olomouci. Získáno z: <https://theses.cz/id/v0437w/>
- Pearson, R. & Kessler, S. (1992). *Use of rapid assessment procedures for evaluation by UNICEF*. Získáno z: [https://scholar.google.cz/scholar?q=Pearson,+R.+%26+Kessler,+S.+\(1992\).+Use+of+rapid+assessment+procedures+for+evaluation+by+UNICEF.&hl=cs&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholar](https://scholar.google.cz/scholar?q=Pearson,+R.+%26+Kessler,+S.+(1992).+Use+of+rapid+assessment+procedures+for+evaluation+by+UNICEF.&hl=cs&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholar)
- Pešková, J. (2019). *Význam kontaktních center v životě jejich klientů–uživatelů nelegálních návykových látek*. (Bakalářská práce). Vysoká škola polytechnická Jihlava.
- Preslová, I. (2003). Závislé matky s dětmi. In K. Kalina et. al. (Ed.), *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup* (244-248). Praha: Úřad vlády české republiky.
- Preslová, I. (2015). Gender a drogy. In K. Kalina et. al. (Ed.), *Klíčová adiktologie* (559-568). Praha: Grada.

- Přádová, K. (2015). *Analýza potřeb rekreačních uživatelů drog na Mělnicku*. (Diplomová práce). Praha. Univerzita Karlova v Praze.
- Radimecký, J. et al. (2007). *Úvod do adiktologie: učební podklady ke kurzu*. Praha: Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky 1. lékařské fakulty a VFN, Univerzita Karlova.
- Riesel, P. (2017). Příspěvek ke studiu vlivu spirituality na vznik a rozvoj závislosti na drogách a na následné změny identity postižených osob a možné způsoby léčby. *Adiktologie*, 17(1), 56–62.
- Richterová Těmínová, M. (2008). Systém péče a jeho složky. In K. Kalina (Ed.). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada.
- Rozkoš bez rizika. (2020). *Výroční zpráva 2019*. Získáno z: <https://rozkosbezrizika.cz/file/vyrocní-zpráva-cinnosti-za-rok-2019/>
- RVKPP. (2003). *Seznam zařízení poskytující služby v protidrogové prevenci, léčbě a resocializaci*. Praha: Úřad vlády ČR.
- RVKPP. (2015). *Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby (Standardy služeb pro uživatele drog, závislé a patologické hráče)*. Získáno z: <https://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/certifikace/inovovane-standardy-odborne-zpusobilosti-sluzeb-pro-uzivatele-drog-127658/>
- RVKPP. (2019). *Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019–2027*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Řezáč, J. (1998). *Sociální psychologie*. Brno: Paido – nakladatelství Vladimír Jůva.
- Řičan, Pavel (2006). Spiritualita jako klíč k osobnosti a lidským vztahům. *Československá psychologie*, 50(2), 119-137.
- Scottish executive. (2004). *Needs assessment: A Practical guide to assessing local needs for services for drug users*. Edinburg: Scottish Executive, Effective Interventions Unit.
- Sedláček, M. (2007). Ohniskové skupiny a skupinový rozhovor. In R. Švaříček (Ed.), *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách (184-192)*. Praha: Portál.
- Singer, M., Bulled, N., & Ostrach, B. (2012). Syndemics and human health: implications for prevention and intervention. *Annals of Anthropological Practice*, 36, 205-211. doi: 10.1111/napa.12000

Skopalová, B. (2014). Vliv alkoholu na zdravotní stav seniorů. *Adiktologie*, 14(4), 420–427.

Soriano, F. I. (1995). *Conducting needs assessment. A multidisciplinary approach*. London: SAGE Publications.

Stevens, A. & Raftery, J. (2004). Implementing joint strategic needs assessment. Appendix 2. In A. Stevens, J. Raftery, J. Mant, & S. Simpson (Eds.), *Health care needs assessment. The epidemiologically based needs assessment reviews* (second ed.). Oxford: Radcliffe Publishing.

Stimson G. V., Fitch, C., & Rhodes, T. (1998). *The rapid assessment and response guide on injecting drug use*. Geneva: World Health Organisation – Substance Abuse Department.

Škvařilová, O., Nepustil, P., Jargus, M., & Zábanský, T. (2006). *Drogové služby ve vězení. Možnosti drogových intervencí a spolupráce neziskových organizací a věznic*. *Zaostřeno na drogy* (4), 1-8.

Šťastná, L. (2010). *Analýza potřeb klientů nízkoprahových zařízení v Praze*. (Diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci.

Šťastná, L., Nevalová, M., Pavlovská, A., Čablová, L., Mladá, K. (2011). *Analýza potřeb klientů nízkoprahových zařízení v Praze v roce 2010*. Praha: Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze.

Thanki, D. & Vicente, J. (2013). *PDU (Problem drug use) revision summary*. Lisbon: EMCDDA. Získáno z: <https://www.emcdda.europa.eu>

Úřad vlády ČR. (2020). *Čeští teenageři užívají návykové látky stále méně, ukazují výsledky české části mezinárodní studie ESPAD*. Tisková zpráva. Získáno z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/33297/1060/Tiskov%C3%A1%20zpr%C3%A1va%202020-09-03_ESPAD.pdf

ÚZIS ČR. (2016). *Léčba uživatelů drog v ČR v roce 2015*. Získáno z: The treatment of drug users in the Czech Republic in 2015 https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/ai_2016_08_NRLUD_Lecba_uzivatelu_drog_2015.pdf

ÚZIS ČR. (2017). *Léčba uživatelů drog v ČR v roce 2016*. Získáno z: https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/ai_2017_03_NRLUD_Lecba_uzivatelu_drog_2016.pdf

- ÚZIS ČR. (2018). *Léčba uživatelů drog v ČR v roce 2017*. Získáno z: https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/ai_2018_02_NRLUD_2017.pdf
- ÚZIS ČR. (2019a). *Léčba uživatelů drog v ČR v roce 2018*. Získáno z: <https://www.uzis.cz/res/f/008270/ai-2019-03-nrlud.pdf>
- ÚZIS ČR. (2019b). *MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize. Tabelární část. Aktualizované vydání k 1. 1. 2020*. (2019). Praha: ÚZIS ČR. Získáno z: <http://www.uzis.cz/katalog/klasifikace/mkn>.
- Vacek, J., Gabrhelík, R., Miovská, L. & Miovský, M. (2005). *Analýza současného stavu a potřeb v oblasti drogových služeb na území hl. m. Prahy určených příslušníkům národnostních menšin a přistěhovalcům*. Zpráva z výzkumu. Tišnov: Sdružení SCAN.
- Vacek, J., Gabrhelík, R., & Miovský, M. (2008). Zapojení lékáren do systému služeb pro uživatele nelegálních drog: výsledky kvalitativní studie. *Adiktologie*, 8, 301-319.
- Vágnerová, M. (2014). *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Vězeňská služba ČR. (2021a). *Cíle a poslání VS ČR*. Získáno z: <https://www.vscr.cz/o-nas/zakladni-informace/>
- Vězeňská služba ČR. (2021b). *Věznice Světlá nad Sázavou*. Získáno z: <https://www.vscr.cz/veznice-svetla-nad-sazavou/o-nas/zakladni-informace/>
- Vobořil, J. (2003). Gender – ženy jako specifická skupina. In K. Kalina et. al. (Ed.), *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup* (238-243). Praha: Úřad vlády české republiky.
- Vojtíšek, Z. (2012). *Spiritualita v pomáhajících profesích*. Praha: Portál.
- WHO, UNDCP, & EMCDDA. (2000). *Analýza potřeb*. Geneva: WHO, UNDCP, EMCDDA.
- Zábranský, T. (2003). *Drogová epidemiologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Zábranský, T. & Mravčík, V. (2015). Epidemiologie návykových látek („drogová epidemiologie“). In K. Kalina et. al. (Ed.), *Klíčová adiktologie* (648-665). Praha: Grada.
- Zákon č. 40/2009 Sb. trestní zákoník. Získáno z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-40>
- Žák, J. (2005). *Specifické potřeby klienta využívajícího služby Kontaktního centra drogových závislostí v Třebíči*. (Bakalářská práce). Univerzita Hradec Králové. Získáno z: <http://www.kcentrumnoe.cz>

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

1. Abstrakt v českém jazyce
2. Abstrakt v anglickém jazyce
3. Průvodní informace pro klienty
4. Plán výzkumu
5. Informovaný souhlas s účastí na výzkumu
6. Záznamový arch
7. Struktura interview s respondenty
8. Osnova ohniskové skupiny
9. Ukázka transkripce dat

Příloha č. 1: Český abstrakt diplomové práce

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Analýza potřeb klientů nízkoprahových zařízení v Kraji Vysočina

Autor práce: Barbora Augustýnová

Vedoucí práce: Mgr. Miroslav Charvát, Ph.D.

Počet stran a znaků: 127, 254 368

Počet příloh: 9

Počet titulů použité literatury: 149

Abstrakt (800–1200 zn.):

Bakalářská diplomová práce je zaměřena na potřeby klientů nízkoprahových center na území Kraje Vysočina. Cílem bylo identifikovat problémy, které mohou být podnětem pro zlepšování poskytovaných služeb či zavádění těch chybějících. V teoretické části jsou popsána stádia užívání návykových látek, dopady dlouhodobého užívání drog na člověka, vybrané specifické skupiny uživatelů drog, demografická, socioekonomická charakteristika Kraje Vysočina a epidemiologické údaje. Výzkumná část se zabývá přijatelností, atraktivitou, dostupností služeb, a zda odpovídají potřebám klientů. Zvolili jsme metody rychlého posuzování z důvodu specifičnosti zkoumané populace. Data byla získávána prostřednictvím semistrukturovaných rozhovorů s respondenty, ohniskovou skupinou s pracovníky služeb a zúčastněného pozorování. Analyzovaná byla pomocí zakotvené teorie. Z analýzy vyplývá, že jsou služby atraktivní a velmi dobře reagují na potřeby klientů. Služby jsou dostupné, byly však identifikovány lokality, které by měly být nízkoprahovými službami pokryty lépe. Z analýzy vyplývá několik doporučení.

Klíčová slova: analýza potřeb, uživatel drog, nízkoprahové zařízení

ABSTRACT OF THESIS

Title: Analyse of clients needs of low-threshold facilities in the Vysočina region

Author: Barbora Augustýnová

Supervisor: Mgr. Miroslav Charvát, Ph.D.

Numberofpages and characters: 127, 254 368

Numberofappendices: 9

Numberofreferences: 149

Abstract (800–1200 characters):

The bachelor's thesis is focused on the client's needs of low-treshold programmes in the Vysočina region. The aim was to identify the problems that can be the impulse to improve the services provided or to establish missing services inn the region. The theoretical part describes the stages of drug use, the effects of long-term drug use on a human, selected specific groups of drug users, demographic and socio-economic characteristics of the Vysočina region, as well as of the epidemiological data. The research part of thesis presents the acceptability, attractiveness, availability of services and whether they meet the clients needs. Because of the specific research groups the brief assessment methods was used. The data were collected by semistructured interviews with the respondents, the focus group with a services providers and participant's observation. The data were analysed by the grounded theory. The analysis shows that the services are attractive and respond very well to the client's needs. Services are available, but some locations should be covered more by the low-threshold services. The analysis shows some recommendation for the services.

Key words: needs assessment, drug user, low-treshold facility

Příloha č. 3: Průvodní informace pro klienty

Dobrý den, ahoj,

jsem Bára Augustýnová a pracuji na káčku ve Žďáře nad Sázavou. Mimo to mě můžete potkat i v terénu v Havlíčkově Brodě. Zároveň taky studuju na Univerzitě Palackého v Olomouci a chystám se provést výzkum, kterým bych chtěla zjistit, jestli se Vám na káčku a v terénu dostává toho, co fakt potřebujete, jestli jsou pro Vás tyhle služby dostupný a zajímavý. Chtěla bych najít věci, který by se daly vylepšit a to ve všech třech káčkách, který u nás v Kraji Vysočina působí (KC U Větrníku Jihlava, KC Noe Třebíč a KPC Spektrum Žďár nad Sázavou). Výzkum tak budu provádět v rámci celého Kraje Vysočina.



Tím bych Vás chtěla požádat o spolupráci – chtěla bych provést jeden rozhovor s celkem asi 30 lidma. Podmínkou je, že musíte využívat služeb některého káčka nebo terénu na území Kraje Vysočina. Rozhovor bude trvat asi hodinu, bude anonymní a dostanete za něj drobnou odměnu.

Pokud Vás to aspoň trochu zaujalo a chcete se do výzkumu zapojit, můžete se ozvat přímo mě na kontakty uvedené vespod, nebo se obrátit na pracovníky Vašeho káčka.

Těším se na spolupráci s Vámi!

Bára Augustýnová

██████████ (stačí prozvonit)

barbora.augustynova@kolping.cz

Příloha č. 4: Plán výzkumu

Co to je analýza potřeb?

- Představuje nástroj, který nám na základě znalosti drogové scény umožňuje zvyšovat účinnost služeb, umožňuje jejich optimalizaci vzhledem k daným možnostem, je zdrojem dat, která jsou potřebná pro plánování a tvorbu protidrogových strategií
- Zjišťování, jak samotní UD vnímají kvalitu a účinnost nabízených služeb, jaká možná zlepšení by uvítali a proč

Cíle studie

- Společně s klienty a se zástupci personálu hledat odpovědi na tyto tři výzkumné otázky:
 - o Jaká je přijatelnost a atraktivita poskytovaných služeb?
 - o Jaká je dostupnost těchto služeb?
 - o Odpovídají služby potřebám – pokud ne, tak proč a jak by měly vypadat, či být zajišťovány, aby potřebám odpovídaly
- Jak sami klienti vnímají kvalitu a účinnost nabízených služeb, jaká zlepšení by uvítali a proč

Metodika

- Rapid Assessment and Response – Metody rychlého posouzení
- Umožňuje získávat potřebné informace týkající se veřejného zdraví rychle a efektivně

Metody výběru a získávání dat

- Výběr participantů – záměrný výběr přes instituci, snowball sampling
- Metody získávání dat – screeningový dotazník, semistrukturované interview, ohnisková skupina

Otázka validity

- Triangulace (zdrojů, metod výběru participantů, získávání dat)
- Kontrola efektu výzkumníka (zkreslení výzkumníkem)
- Etické standardy

Soubor participantů

- v Kraji Vysočina působí 3 zařízení – Jihlava, Třebíč, Žďár n/S
- plán: 30 interview, 1 ohnisková skupina
- 5 okresů:
 - o Jihlava – Jihlava (4), Telč (2)
 - o Pelhřimov – Pelhřimov (3), Humpolec (2), Pacov (1)
 - o Havlíčkův Brod – HB (3), Světlá n/S (1), Chotěboř (2)
 - o Žďár nad Sázavou – ZR (2), NMnM (1), BnP (1), Velké Meziříčí (2)
 - o Třebíč – Třebíč (3), Náměšť nad Oslavou (2), Moravské Budějovice (1)



- 6 klientů z každého okresu – ideálně tak, aby byly zastoupeny všechny skupiny, které využívají služeb nízkoprahových zařízení

Zjišťovaná data

- Informovanost o službách – sdílení zkušeností mezi uživateli, letáky, plakáty, média, celoplošná propagace, provázanost s ostatními zařízeními a službami
- První kontakt – je ohrožující?, anonymita x důvěra, přidělení kódu + in-come (jak je vnímáno)
- Interakce klient x pracovník – jakými faktory je vlastní interakce ovlivňována, aspekt gender, zkušenost s jiným zařízením, důvěra k pracovníkům, vztah mezi klientem a pracovníkem
- Práva a povinnosti klientů – respektování pravidel, udílených sankcí, fyzické napadení
- Hodnocení nabídky služeb – nejvyužívanější služby, je nabídka služeb dostačující, co v nabídce služeb postrádají
- Důvody k nevyužívání služby skrytou populací z pohledu klientů
- Ideální nízkoprahové služby z pohledu klientů
- Integrace dalších služeb – realizace klientů (arte, ergo,..)
- NS z pohledu personálu – odbornost, personální a finanční zabezpečení z pohledu

Interview

- Nahrávky na diktafon, po podání informovaného souhlasu
- Celková doba kontaktu s klientem cca 60 minut
- Záznamový arch na standardizované údaje o participantovi
- Semistrukturované interview (jeden rozhovor s každým klientem)

Ohnisková skupina

- Se zástupci zařízení
- K doplnění informací a ověření získaných poznatků od klientů
- Slouží k získávání názorů, hodnot a přání určité CS

Časový plán

- Duben – srpen 2018:
 - o Sběr dat (interview s klienty, ohnisková skupina)
 - o Sestavení ohniskové skupiny a zvolení termínu konání
- Září 2018:
 - o Transkripce audionahrávek
- Říjen – listopad 2018:
 - o Analýza získaných dat
- Prosinec 2018:
 - o Vyhodnocování výzkumu

Etické normy a pravidla výzkumu:

- Dobrovolná účast respondentů, bez nároku na finanční odměnu

- Získání informovaného souhlasu – základní informace o výzkumu, práva, včetně práva odmítnout nahrávání, kdykoliv přerušit účast, neodpovídat na otázky
- Všechny údaje, které by bylo možné využít k identifikaci respondenta, budou z písemného záznamu interview odstraněny a dále s nimi nebude pracováno

Vybrané charakteristiky regionu a cílové populace

- Procentuální zastoupení zaměstnanosti podle ekonomických sektorů, průměrná mzda, míra registrované nezaměstnanosti
- Zjištěné drogové trestné činy
- ESPAD – zkušenosti s drogami
- Prevalence problémových uživatelů drog
- Zařízení poskytující služby uživatelům drog (nízkoprahová zařízení, TK, PN, substituce, AA, detoxifikační jednotky)
- Výměnný program
- Žadatelé o první léčbu podle základní drogy
- Výskyt virové hepatitidy v souvislosti s UD

Úloha KC Jihlava a Třebíč

- Kontaktování vhodných participantů (přijetí s větší důvěrou)
 - o Jihlava – 12 klientů
 - o Třebíč – 8 klientů
 - o Žďár n/S – 10 klientů
- Zajištění prostor pro interview (v případě, že půjde o interview v KC)
- Účast pracovníků na ohniskové skupině
- Náměty na oblasti, které by chtěli od klientů zjistit

Příloha č. 5: Informovaný souhlas s účastí na výzkumu

Účel výzkumu:

- zjistit, zda se Vám, kteří využíváte káčko, či terén dostává opravdu toho, co potřebujete
- zjistit, zda jsou pro Vás tyto služby zajímavé a dostupné
- najít věci, které by se daly vylepšit ve všech káčkách na Vysočině
- poznámka: výzkum by měl být uzavřen a vyhodnocen nejdéle do dubna roku 2019

Délka a průběh rozhovoru: cca hodinu

- info o výzkumu, informovaný souhlas
- záznamový arch – obecné info
- samotný rozhovor – nahrávka na diktafon (v případě potřeby na mobilní telefon)

Zásady:

- anonymita – veškeré údaje, které by mohly vést k identifikaci, budou anonymizovány
- důvěrnost – zjištěné anonymizované informace budou využity pro potřeby bakalářské práce (výzkumu), na základě zjištěných informací mohou být navržena určitá doporučení, budou také dostupné jednotlivým zařízením a krajskému úřadu, jako podklad pro tvorbu Strategie protidrogové politiky Kraje Vysočina na následující období, nahrávky rozhovorů budou po vyhodnocení výzkumu smazány
- dobrovolnost – účast na výzkumu je dobrovolná, máte právo z něj kdykoliv odstoupit (ukončit rozhovor)
- odměna za účast ve výzkumu – klientům za poskytnutí rozhovoru – stravenka v hodnotě 50,- platná do konce roku 2018

Kontakt pro případné otázky:

- Barbora Augustýnová, DiS., barbora.augustynova@kolping.cz

INFORMOVANÝ SOUHLAS S VYUŽITÍM VÝZKUMNÉHO MATERIÁLU

Analýza potřeb klientů nízkoprahových zařízení v Kraji Vysočina zaznamenaného pro účely výzkumného projektu bakalářské práce

Výzkum probíhá pro účely zpracování bakalářské práce vedené na Filozofické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci, obor psychologie.

Cílem výzkumu je identifikovat okruhy problémů, které mohou být podnětem pro zlepšování poskytovaných služeb. Práce bude zjišťovat pohled klientů nízkoprahových zařízení na přijatelnost, atraktivnost a dostupnost poskytovaných služeb, a zda tyto služby odpovídají potřebám klientů.

Pro účely výzkumu nejsou důležité osobní údaje respondentů (př. jméno, bydliště apod.). Z poskytnutého interview bude pořízena audionahrávka, která bude anonymizována a po obhájení práce smazána.

Všechny veřejně přístupné výstupy z výzkumu a jeho analýzy budou citovány anonymně a bude s nimi nakládáno bez vazby na Vaši osobu.

Souhlasím s poskytnutím interview pro účely výše popsaného výzkumného projektu.

v

dne

Podpis:

Příloha č. 6: Záznamový arch

ZÁZNAMOVÝ ARCH	datum:	místo:		
Sociodemografická data				
Věk:	Pohlaví:	žena		
Bydliště - kde a s kým:	byl, dům sám s rodiči/rodinou s partnerem SŠ	žyl s partnerem SŠ	jiné: _____ s přáteli VŠ	jiné: _____
Dosažené vzdělání:	ZŠ	SŠ	VŠ	
Rodinná situace:	svobodný/á student	rozvedený/á ovdovělý/á		
Ekonomická aktivita:	Úp			
	zaměstnán:	pravidelné	příležitostné	
	MD, RD			
	důchod:	starobní	invalidní	
	jiné: _____			
Kriminální anamnéza:	OPP	domácí vězení	podmíněný trest	nepodmíněný trest
Psychofarmakologicky podmiňena:	loupeže	ublížení na zdraví	sexuální napadení	
Ekonomicky motivovaná:	krádeže	vloupání	podvody	zpronevěra
Systémová:	díluhy			
Porušování drogových zákonů:	výroba a nakládání s OPL	pěstování rostlin obsahující OPL	držení prekurzorů k výrobě OPL	šíření toxikomanie obchodování s OPL řízení pod vlivem OPL
Užívání (mimo tabáku a alkoholu)				
První zkušenost s drogou – věk:				
Užívané látky za poslední 3 měsíce:	THC	pervitin	toluen	heroin
Sezónní užívání:	lysoliávky		surcové opium	LSD
Frekvence užívání za poslední 3 měsíce:	neužil	1 x/M a méně	1x/tý a méně	2 - 3x/tý
Způsoby aplikace za poslední 3 měsíce:	iv	po	im	pr
Četnost iv aplikace za poslední 3 měsíce:	neužil	1 x/M a méně	1x/tý a méně	2 - 3x/tý
Trvání iv aplikace:	neužívá iv	do 3M	4 - 6 M	7 - 12 M
Zdroj injekčního náčiní:	KC	TP	lékárný	jiné: _____
Sdílení:	stříkaček:		ostatního HRM:	
	v posledním tý	v M	v 1/2 R	v R
Při jaké příležitosti:	sám/a	s partnerem/kou	v partě	nikdy
Zkušenost s KC, TP				
Četnost využívání služeb:	KC:	vůbec	1xM a méně	1x týdně a méně
	TP:	vůbec	1xM a méně	1x týdně a méně
Kdy poprvé:				
Kdy naposledy:				
Okolí participanta:				
Odhad počtu UD v jeho okolí:				
Odhad počtu UD, co užívají iv:				
Kolik z nich využívá KC x TP:				
Kolik z nich podstupilo léčbu:				

TÉMATICKÉ OKRUHY INTERVIEW

1. Zkušenost se službami

- Co si využil/a za službu poprvé?
- Kde to bylo (+ sám, s někým)?
- Jak ses o tom (o KC, TP) dozvěděl/a? (od známého, leták, FB, web, pracovníci, sirky, samolepky,...)
- Co tě přilákalo tam jít, vyhledat službu?
- Co si očekával/a, jaký si měl/a představy? (pozitivní, strach z něčeho)
- Jaká pak byla realita? (+ kódování)
- Využil/a si těchto služeb i v jiných městech? V jakých?
 - Pokud ano, bylo to jiný než tam, kde chodíš standardně? Co bylo jiné?

2. Spokojenost s nízkoprahovými službami

- Jaké služby využíváš?
- Kde je využíváš? KC, TP nebo oboje?
- Dostáváš to, co potřebuješ, dostačuje ti nabídka?
- Co ti chybí? (a třeba i úplně chybí v nabídce, co by měli na káčku/terénu zavést)
- Co je podle tebe zbytečné, nedůležité?
- Vyhovuje ti otevírací (TP: provozní doba – frekvence, místa setkání, info o TP)?
 - Na KC – co říkáš na povolenou dobu pobytu na káčku?
- Jak se domlouváš s teréňákama? Vyhovuje ti tenhle způsob?
- Co jiného bys potřeboval?
- Pokud byla kriminální zkušenost: potřeboval si něco jiného během trestního řízení?
 - Před nástupem do VTOS? Během VTOS, před a po výstupu VTOS? (uvítal/a bys nějaký speciální program pro lidi, co jsou podmíněně propuštěni nebo po výstupu VTOS)
- Seřaď prosím služby podle toho, jak jsou pro tebe důležité:
 - Výměna (jehly + ostatní hrm), potravinový servis (polívka), potravinová pomoc, sprcha, praní prádla, poradenství, testování na infekční nemoci, zdravotní ošetření, ošetření, kontaktní práce, korespondenční služba, krizová intervence, pomoc s vyřizováním na úřadech s bydlením, prací apod., informační servis, pomoc s prostředkováním pomoci od někoho jiného (OP, detox, AA, PN, TK,..), doprovod,...

3. Atraktivita služeb

- Připadá ti nabídka služeb zajímavá? (co oceňuješ nejvíc?)

- Vadilo by ti, kdyby se tyhle služby úplně zrušily?
- Máš ve svém okolí někoho, kdo bere a tyhle služby nevyužívá? (jsou mezi nimi i lidi mladší 20 let?)
- Víš proč, je nevyužívají? (nechtějí, nepotřebují, potřebují něco, co KC x TP nenabízí, mají strach, není dostupný, jehly kupují,...)
- Co by tyhle lidi na káčko/terén přilákalo? (zaměřit se i na mladistvé)
- Máš dost informací o tom, jak káčko/terén funguje, a co všechno nabízí?
- Jak tyhle informace získáváš? Bavíš se o tom s ostatníma lidma? (známí, letáky, plakáty, samolepky, herny, bary, lékárny, média, doktoři, ..)
- Jak by šlo tyhle informace získat líp?
- Co bys změnil/a, kdybys mohl/a? (proč)
- Jak by podle tebe vypadalo ideální káčko/terén?
- Chodíš na káčko, aby ses tam potkal s ostatníma?
- Dával/a sis někdy na káčku? (jak je to dlouho, co naposled?)

4. Spokojenost s přístupem personálu

- Jak se k tobě pracovníci chovají?
- Jak bys ohodnotil jejich chování k tobě na škále 1 – 5 (jako ve škole)?
- Myslíš, že je to tak správně?
- Změnil/a bys něco na tomto přístupu?
- Důvěřuješ jim?
- Jaký by podle tebe měl být pracovník? (věk, empatie, drogová minulost)
- Vyhovuje ti skladba týmu (časté střídání pracovníků, gender)?
- Jak fungují pravidla? A co tresty, když se poruší? (souhlasíš s nimi?)
- Změnil/a bys něco na těchto pravidlech?
- Cítíš se na káčku/v terénu bezpečně?

5. Motivační faktor

- Seš spokojený/á s tím, jak to teď máš?
- Přemýšlel/a si někdy nad tím, že bys přestal/a?
- Zkoušel/a si už někdy přestat brát?
- Pomáhal ti v tom někdo? (rodina, přátelé, káčkaři, teréňáci)
- Jakou roli v tom hráli pracovníci káčka/terénu?
- S kým mluvíš o svých potížích?
- Byl/a si někdy u psychologa/psychiatra? (na cí popud?)
- S kým by podle tebe měli pracovníci káčka a terénu nejvíc spolupracovat? (úřady, OSPOD, kriminály, doktoři, zubaři,..)

Příloha č. 8: Osnova ohniskové skupiny

Program FOCUS GROUP 25. 2. 2020:

8:30 – 8:45 příjezd

8:45 – provedení prostorami

Cca 9:15 – 9:45 – Jana výsledky z bakalářky

Takže FG: 10:00 – 12:00 – pokud budete mít čas?? 10:50 – 11:10 pauza

Pokud nebudete mít čas tak: 10:00 – 11:30 a pauza 10:40 – 10:55

1. Představení předmětu zájmu – Analýza potřeb klientů nízkoprahových zařízení v Kraji Vysočina

- Proběhly rozhovory s klienty: celkem 22 + 1 písemně z VTOS: od 12.7. – 31.12.2018
 - o 7 klientů z Třebíče
 - o 7 klientů z Jihlavy
 - o 8 klientů ze Žďáru
- Účel FG:
 - o k doplnění informací
 - o k získání názorů a pohledů od samotných pracovníků
 - o výměna zkušeností, vzájemná inspirace
- organizační věci:
 - o potřeba audionahrávky – proto podpisy informovaných souhlasů, potřeba abyste mluvili srozumitelně a jasně
 - o pauza
 - o potvrzení o stáži – napsat jméno, příjmení a data narození – nachystám a na konci předám
- pravidla:
 - o hovoří vždy jen 1
 - o žádné vedlejší hovory
 - o účast všech – ideál, kdyby se všichni mohli vyjádřit ke každému bodu
- zapnout diktafon!!!
- krátké představení všech: jméno, odkud + pozice na KC, jak dlouho jste na KC

2. Kdo je typickým uživatelem služby? Rozdílnost v KC a TP?

- průměrný věk, pohlaví, nejčastěji užívané drogy + kombinace, nejčastější způsob aplikace

3. Jak vypadá první kontakt s klientem? Popsat

- přichází sám x s někým
- jaký je nejčastější důvod 1. kontaktu klienta se službou
- jak se klienti dozvídají o službě
- kódování klientů – setkáváte se s odmítnutím kódu? Proč tomu tak je?

4. Jaké strategie využíváte ke kontaktování/k navazování kontaktů s klienty?

- aktivní vyhledávání – je na to kapacita, možnosti
- skrytá populace – proč se ji nedaří kontaktovat

- koho vůbec hledáme? – iv UD, experimentátory, příležitostné uživatele, problémové uživatele, závislé, abstinující, kontrolující se??
- nebo mladiství, ženy, matky, národnostní menšiny (Bulhaři, Maďaři, Ukrajinci), seniory uživatele, klienty po VTOS
- máme jim co nabídnout?
- jakým způsobem zjišťujeme potřeby klientů?

5. Pracujete už teď s nějakou specifickou skupinou? Co práce obnáší?

- děti x mladiství – spolupráce s NZDM
- ženy, matky/rodiče s dětmi – spolupráce s OSPOD
- klienti ve VTOS a po VTOS
- stárnoucí uživatelé – senioři
- národnostní menšiny

6. Co považujete za nejdůležitější pro práci s klienty?

- na čem stojí spolupráce s klienty
- př. důvěra – jak ji získáváte, jsou klienti, kteří nedůvěřují? Z jakého důvodu?
- respekt, autorita, hranice
- jaký přístup? Na čem je založený vztah s klientem?

7. Jakou službu považujete za nejdůležitější?

- jaké služby využívají klienti nejčastěji – v KC, TP

8. Dodržují klienti nastavená pravidla?

- znají pravidla nastavená v rámci KC a TP? Kdy dostávají info o pravidlech?
- jak moc vyžadujete dodržování pravidel – jsou pevné hranice, pro všechny stejné?
- aplikace na káčku – stalo se někdy? Jak s tím bylo naloženo?
- je KC dle Vás klienty vnímáno jako bezpečné prostředí?
- Jaké jsou nejčastější stížnosti ze strany klientů

9. Spolupráce s institucemi – s jakými?

- co funguje x nefunguje, daří x nedaří
- nedostatky x možnosti – s kým byste chtěli spolupracovat?
- vidíte v kraji lokální nedostupnost nějaké služby

10. Personální oblast:

- Jaká je dle Vás ideální skladba týmu? (počet pracovníků, gender + profese – sociální pracovník, zdravotník, adiktolog, psycholog, právník, ...)
- Jaká je realita? – dostatek pracovníků, přetěžování pracovníků
- Fluktuace pracovníků – je? Vnímáte jako problém? Vnímají to klienti dle Vás jako problém?

11. Slabé stránky a nevýhody x silné stránky a perspektivy – co se daří?

- Finanční prostředky – dostatek materiálu x mzdy (ne/spokojenost)
- Dostatek pracovníků, přetížení služby
- Ne/vyhovující prostory
- Lokality k posílení TP – je vnímána potřeba rozšíření TP

12. Prosba o vyplnění dotazníku týkající se mzdy a spokojenosti

13. Konec – PODĚKOVÁNÍ

Příloha č. 9: Ukázka transkripce dat

Respondent č. 15

Hele, mám připravených asi pět okruhů, který bych s tebou chtěla projet. Můžu ti i říkat, jak se budeme postupně přesouvat, abys věděl, jak to utíká. Tys mi vlastně říkal, žeš úplně poprvé využil ty služby v roce 2005 a to bylo v Brně? 0:54

V Brně no, když jsem byl úplně v hajzlu a vlastně jsem ani neznal nic takovýho, že jo. Já jsem do toho drogovýho světa spadl tak nějak... po hlavě přímo přes tu vaříčku, tenkrát, ty jo, ale už jsem zapomněl si posbírat nějaký ty základní informace okolo. Tak já vlastně už ani nevím, kdo to tenkrát byl, tak mě tam někdo zavedl.

Takže jsi tam šel s nějakýma známýma. 1:24

No, víceméně jo.

Nebylo to, že bys tam šel sám. 1:27

Sám bych to asi jako na to nepřišel, že něco takovýho je, jo.

A pamatuješ si, cos poprvé využil na tom káčku? 1:37

Všechno. Protože jsem tam přišel jak zpráskanej pes. Ale naštěstí tam bylo vedení takový, že prostě to byli bejvalí uživatelé, takže hnedka bylo jasný... A hlavně – absces. To mi tam tenkrát taky... já jsem tam přišel vlastně a týpek úplně, no tak ty seš úplně debil. Takže okamžitě do nemocnice, jsem nevěděl, co se děje, že jo.

Očekával jsi něco od toho káčka, když jsi tam šel poprvé? 2:22

To vůbec...

Nebo když tě tam tenkrát vedla, tak ani jsi nevěděl, kam jdeš? 2:26

Ne, já jsem myslel, že to bude nějaký azylák, nebo něco takovýho. Pak jsem zjistil, že to není tak zlý úplně. Že prostě, když tam člověk přijde a prostě neví, co má dělat, tak tam to nějak dokázali nasměrovat a říct něco i bez otázek. A tak jsi už... tady v těch počátcích jakoby bylo docela důležitý. A pak samozřejmě ty základní věci jako hygiena, internet a takový věci.

No a potom jsi vlastně říkal, že tady ve žďárském káčku jsi byl asi 2010. Co tě vlastně vůbec jako přimělo přijít semka do toho žďárského? 3:27