

Univerzita Palackého v Olomouci  
Katedra psychologie Filozofické fakulty

**ANALÝZA POTŘEB KLIENTŮ NÍZKOPRAHOVÝCH  
ZAŘÍZENÍ V PRAZE**

**NEEDS ASSESSMENT OF CLIENTS OF  
LOW-THRESHOLD PROGRAMMES IN PRAGUE**



**Disertační práce**

Autor: **Mgr. Lenka Šťastná**  
Školitel: **Doc. PhDr. Vladimír Řehan**

Olomouc  
**2010**

Děkuji doc. PhDr. Vladimíru Řehanovi za cenné rady, připomínky a zejména velkou ochotu a pomoc, která mi pomohla při zpracování a dokončení této práce.

Prohlašuji, že jsem tuto písemnou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem řádně citovala a uvedla.

V Olomouci, dne 28. prosince 2010

.....  
Mgr. Lenka Šťastná

## OBSAH

<b>Úvod.....</b>	<b>7</b>
<b>1 ANALÝZA POTŘEB .....</b>	<b>9</b>
<b>2 CHARAKTERISTIKA HL. M. PRAHY.....</b>	<b>23</b>
2.1 DEMOGRAFICKÁ A SOCIOEKONOMICKÁ CHARAKTERISTIKA .....	24
2.2 EPIDEMIOLOGICKÉ ÚDAJE .....	27
2.2.1 <i>Populační studie (školní a celopopulační studie).....</i>	<i>27</i>
2.2.2 <i>Prevalenční odhad problémových uživatelů drog .....</i>	<i>29</i>
2.2.3 <i>Léčba uživatelů drog .....</i>	<i>29</i>
2.2.4 <i>Zdravotní souvislosti a důsledky užívání drog .....</i>	<i>31</i>
2.3 INSTITUCIONÁLNÍ KONTEXT .....	36
2.3.1 <i>Nízkoprahové služby pro uživatele drog.....</i>	<i>37</i>
<b>3 OSOBNOST UŽIVATELE DROG.....</b>	<b>46</b>
<b>4 PŘEHLED DOPOSUD REALIZOVANÝCH ANALÝZ POTŘEB .....</b>	<b>69</b>
<b>5 CÍLE VÝZKUMU A FORMULACE VÝZKUMNÝCH OTÁZEK .....</b>	<b>77</b>
<b>6 ETICKÉ NORMY A PRAVIDLA VÝZKUMU .....</b>	<b>78</b>
<b>7 METODIKA RAPID ASSESSMENT AND RESPONSE.....</b>	<b>80</b>
7.1 VOLBA METODIKY RAPID ASSESSMENT AND RESPONSE .....	80
7.2 METODY ZÍSKÁVÁNÍ DAT .....	82
7.3 ANALÝZA DAT.....	87
7.4 TECHNIKY KONTROLY A ZVYŠOVÁNÍ VALIDITY DAT .....	90
<b>8 POPIS VÝZKUMNÉHO SOUBORU .....</b>	<b>93</b>
<b>9 VÝSLEDKY VÝZKUMU PROVEDENÉHO V ROCE 2003 .....</b>	<b>102</b>
9.1 INFORMOVANOST O NÍZKOPRAHOVÝCH SLUŽBÁCH .....	102
9.2 VYUŽÍVÁNÍ NÍZKOPRAHOVÝCH SLUŽEB A ZKUŠENOST S NIMI .....	102
9.3 ATRAKTIVITA NÍZKOPRAHOVÝCH SLUŽEB.....	108
9.4 SPOKOJENOST S NÍZKOPRAHOVÝMI SLUŽBAMI.....	112
9.5 SPOKOJENOST S PŘÍSTUPEM PERSONÁLU .....	115
9.6 VYUŽÍVÁNÍ DALŠÍCH SLUŽEB (SUBSTITUTE: METADON, SUBUTEX).....	117
9.7 ANALÝZA OHNISKOVÝCH SKUPIN S POSKYTOVATELI NÍZKOPRAHOVÝCH SLUŽEB .....	120
<b>10 VÝSLEDKY VÝZKUMU PROVEDENÉHO V ROCE 2010 .....</b>	<b>128</b>
10.1 INFORMOVANOST O NÍZKOPRAHOVÝCH SLUŽBÁCH.....	128
10.2 VYUŽÍVÁNÍ NÍZKOPRAHOVÝCH SLUŽEB A ZKUŠENOST S NIMI .....	128
10.3 ATRAKTIVITA NÍZKOPRAHOVÝCH SLUŽEB .....	130
10.4 SPOKOJENOST S NÍZKOPRAHOVÝMI SLUŽBAMI.....	132
10.5 SPOKOJENOST S PŘÍSTUPEM PERSONÁLU.....	135
10.6 VYUŽÍVÁNÍ DALŠÍCH SLUŽEB (SUBSTITUTE) .....	137
10.7 ANALÝZA OHNISKOVÝCH SKUPIN S POSKYTOVATELI NÍZKOPRAHOVÝCH SLUŽEB....	139
<b>11 SHRNU TÍ VÝSLEDKŮ ANALÝZY Z ROKU 2003 A 2010 .....</b>	<b>146</b>

<b>12</b>	<b>METODOLOGICKÁ OMEZENÍ A KVALITA DAT .....</b>	<b>151</b>
<b>13</b>	<b>DISKUZE .....</b>	<b>153</b>
<b>14</b>	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>161</b>
<b>15</b>	<b>SOUHRN .....</b>	<b>164</b>
	<b>LITERATURA.....</b>	<b>166</b>
	<b>ABSTRAKT.....</b>	<b>175</b>
	<b>PRÍLOHY.....</b>	<b>179</b>

## Seznam tabulek

Tabulka 2-1: Zkušenost s cigaretami, alkoholem, jakoukoli nelegální drogou a nekonopnou drogou u populace ve věku 16ti let v Praze a v ČR v roce 2003 a 2007 (v %) .....	28
Tabulka 2-2 Prevalence problémových uživatelů drog v letech 2002-2008 v Praze a v České republice (Mravčík et al., 2003).....	29
Tabulka 2-3 Incidence a prevalence uživatelů drog – žadatelů o léčbu v Praze a v ČR v letech 2003-2009 .....	30
tabulka 2-4 Hlášená incidence akutní a chronické virové hepatitidy A, B, C v celé populaci a u injekčních uživatelů drog v Praze v r. 2009 (Studničková & Petrášová, 2010b) .....	32
tabulka 2-5 Průběžné výsledky seroprevalenční studie VHC ve vybraných zařízeních (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003).....	34
tabulka 2-6 Počet distribuovaných jehel a stříkaček ve výměnných programech v Praze a v ČR v letech 2003-2009 (Mravčík et al., 2010).....	42
Tabulka 3-1 Srovnání podstatných znaků deskriptivně–statistické a psychodynamické diagnostiky podle M. Stiglera (Stigler, 1995).....	51
Tabulka 3-2 Neurotická, borderline a psychotická struktura osobnosti (Stigler, 1995).....	56
Tabulka 8-1 Zastoupení respondentů v souboru dle věkových skupin .....	93
tabulka 8-2 Věk, kdy se respondenti odstěhovali od rodičů.....	94
tabulka 8-3 Způsob života respondentů.....	94
tabulka 8-4 Rodinná situace respondentů.....	95
tabulka 8-5 Vzdělání respondentů .....	95
tabulka 8-6 Ekonomická aktivita respondentů .....	96
tabulka 8-7 Užívané návykové látky .....	98
tabulka 8-8 Trvání injekčního užívání drog .....	98
tabulka 8-9 Frekvence injekčního užívání drog .....	98
tabulka 8-10 Sdílení injekčního náčiní .....	99
tabulka 8-11 Předávání již použitého injekčního náčiní.....	100
tabulka 8-12 Při jaké příležitosti respondenti užívají drogy .....	101
tabulka 9-1 Frekvence využívání služeb poskytovaných terénními pracovníky .....	105
tabulka 9-2 Frekvence využívání služeb poskytovaných k-centry .....	106

## Seznam obrázků

Obrázek 1-1 Pyramida potřeb a hodnot A. H. Maslowa .....	13
Obrázek 1-2 Potřeby jsou mezery ve výsledcích (Kaufman et al., 1993) .....	15
Obrázek 2-1: Počet odsouzených osob v letech 2002-2008 – občané ČR a cizinci (ČSÚ, 2009) .....	26
Obrázek 2-2: Vývoj nelegální migrace v letech 2003-2008 (ČSÚ, 2010) .....	27
Obrázek 2-3 Incidence a prevalence uživatelů drog – žadatelů o léčbu v Praze a ČR v letech 2003-2009 na 100 000 obyvatel.....	31
Obrázek 2-4 Hlášená incidence VHA v celé populaci a u injekčních uživatelů drog v letech 1996-2009 .....	32
Obrázek 2-5 Hlášená incidence akutní a chronické VHB v celé populaci a u injekčních uživatelů drog v letech 1996-2009.....	33
Obrázek 2-6 Hlášená incidence akutní a chronické VHC v celé populaci a u injekčních uživatelů drog v letech 1996-2009.....	34

## ÚVOD

Analýza potřeb provedená mezi klienty nízkoprahových zařízení určených pro uživatele nelegálních návykových látek navazuje na obdobnou studii provedenou ve Středočeském kraji (Charvát & Gabrhelík, 2004). To umožňuje validnější interpretaci údajů získaných od klientů v Praze, neboť oba regiony se z hlediska této klientely výrazně prolínají. Obě studie tak jsou z hlediska svých výsledků komplementární a je třeba přihlížet ke skutečnosti, že významná část klientů nízkoprahových služeb dojíždí za těmito službami do Prahy a nevyužívá (nebo jen nepravidelně) nabídky mimopražských zařízení. Celá studie navíc pokračuje v roce 2010 a je tedy možné srovnat výsledky také v čase.

Analýza potřeb patří mezi základní nástroje, jimiž zjišťujeme, jaké jsou potřeby a požadavky cílových skupin, kterým nabízíme či chceme nabízet určité služby. Jejich prostřednictvím se tedy dovídáme více o tom, zda to, co nabízíme, odpovídá reálným potřebám těchto skupin nebo případně co a jak bychom měli v nabídce změnit, aby tomu tak bylo. Prakticky se jedná o základní nástroj pro plánování a rozvoj zdravotních a sociálních služeb, tak o nástroj umožňující specifickou kontrolu nastavení a fungování systému služeb i jeho jednotlivých článků. Analýza potřeb přitom není výzkumem v pravém smyslu slova, pokud se nejedná o vývoj nástrojů pro její provádění. V některých jejích podobách sice můžeme hovořit o tom, že se jedná o určitý typ aplikovaného výzkumu, ale v zásadě je nejčastěji realizována jako rutinní součást existence každého zdravotního či sociálního systému služeb.

V praxi má svoji hodnotu samozřejmě jakýkoli způsob, kterým se něco dozvídáme o potřebách cílových skupin, jimž určitou službu nabízíme nebo chceme nabízet. Ještě cennější je však to, pokud je toto zjišťování prováděno nástroji, které umožňují vzájemné porovnání výsledků. To je základním předpokladem proto, abychom mohli měnící se potřeby cílové skupiny sledovat na větších územích, porovnávat, zda se tyto potřeby v různých regionech liší, hledat důvody těchto odlišností a především dokázat na tyto odlišnosti reagovat. To znamená vyvíjet regionálně-specifické služby, vycházející ze standardů, avšak respektujících potřeby své cílové skupiny a specifičnost daného regionu. Právě za tímto účelem začala být vyvíjena metodika analýz potřeb využívající kolekci metod pod názvem Rapid Assessment and Response (RAR). Vývoj této metodiky dlouhodobě financuje a garantuje Světová zdravotnická organizace (WHO) a v našem prostředí s ní máme poměrně bohaté zkušenosti.

Kromě prvních studií zaměřených na popis drogové scény bylo provedeno také vyhodnocení a popis možností a limitů tohoto nástroje pro použití v našem prostředí (Miovský, 2002). Další vývoj ukázal, že jeho potenciál pro provádění analýz potřeb je natolik zajímavý, že jsme se rozhodli o vytvoření modifikace právě pro tuto oblast. Předkládaná studie je v pořadí druhou, při které bylo ověřeno použití metodiky RAR pro účely analýzy potřeb. Naším cílem bylo dát do rukou pracovníkům služeb pro uživatele drog praktický nástroj, který by byl využitelný při jejich práci a jehož aplikace nevyžaduje příliš velké finanční prostředky. Věříme, že tímto způsobem bude možné ve spolupráci s institucemi státní správy a samosprávy lépe modelovat další vývoj těchto programů a snižovat tak nejen rizika spojená s užíváním těch nejvíce rizikových návykových látek, ale současně také optimalizovat vynakládání finančních prostředků na tyto služby. Kombinace výzkumných dat a poznatků z praxe jsou jedinými možnými cestami, jak racionálně čelit problémům spojeným s návykovými látkami a nepodléhat různým falešným dojmům či populistickým návrhům stojícím na neznalostech nebo záměrných manipulacích různých zájmových skupin.



## 1 Analýza potřeb

Analýza potřeb je jedním z typů evaluace. Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) můžeme rozlišovat šest hlavních typů evaluace: evaluaci formou analýzy potřeb, evaluaci procesu, evaluaci nákladů, evaluaci spokojenosti klientů, evaluaci výsledku a ekonomickou evaluaci (Marsden, Ogborne, Farrell, & Rush, 2000). Definice a vymezení evaluace byla publikována celá řada. Podle Springera a Uhla (1998) je evaluace v širším významu slova soubor různých aktivit, které nám přinášejí informaci o významech spojených s chápáním sebe nebo vnějšího okolí u různých cílových skupin. Uhl toto pojetí zužuje a říká, že evaluace je proces sledující, zda bylo dosaženo toho, co bylo stanoveno – toto pojetí umožňuje aplikovat pojem evaluace na různé aktivity s různými předpoklady a na různé skupiny lidí. Jinými slovy lze evaluaci vymežit také jako zhodnocení aktuálního stavu s cílem tento stav zlepšit (Galla et al., 2005).

Světová zdravotnická organizace definuje evaluaci jako prostředek k získání zpětné vazby ohledně programu nebo sítě programů. Evaluace má zásadní význam pro to, aby se dalo určit, zda aktivity fungují tak, jak by měly, a zda se na nich dá něco zlepšit. Cílem tedy je vytvořit a udržet efektivní a účinné programy a intervence (Marsden et al., 2000). Dalším možným výkladem pojmu evaluace konkrétní intervence nebo programu je systematické shromažďování, analyzování a interpretování informací o průběhu této intervence nebo programu a jejich možných účincích a dopadech. Cílem evaluace je prověřit, zda intervence, program či projekt odpovídá identifikovaným potřebám a cílům. Získané informace mohou být použity k rozhodování o zlepšení intervence směrem k jejich rozšíření nebo odmítnutí (EMCDDA, 1998; EMCDDA, 2000).

Evaluace by měla odpovědět na otázky typu: Jaká je povaha a rozsah problému? Které intervence mohou problém ovlivnit? Kterou cílovou skupinu má intervence zasáhnout? Zasahuje intervence skutečně cílovou skupinu? Je intervence implementována podle plánu? Je intervence efektivní? Odpovědi na tyto otázky jsou nezbytně nutné, abychom mohli odlišit užitečné intervence, programy od těch neefektivních a zbytečných (EMCDDA, 1998).

Evaluace programů a služeb by měla být prováděna pravidelně v určitých časových intervalech. Hlavním důvodem je to, že služby se neustále rozrůstají a mění, vznikají nové a jiné zanikají. Evaluace by tedy měla být prováděna mj. za účelem financování kvalitních a

efektivních programů. Tím mohou poskytovatelé finančních prostředků cíleně ovlivňovat poskytované služby, zvyšovat jejich kvalitu a šetřit peníze na efektivní služby. Současně to ale nemusí znamenat, že negativní výsledek evaluace povede ke zrušení programu či služby. Naopak programy se ve skutečnosti málokdy ruší na základě jedné evaluace. Mnohem častěji dochází k úpravám stávajících struktur (Marsden et al., 2000).

Jednotlivé typy evaluace se mohou překrývat. Každý typ evaluace se zaměřuje na zodpovězení určitého typu otázek. Rozhodnutí o tom, který konkrétní typ evaluace se uplatní, záleží na položených otázkách. Typy evaluace na sebe mohou také postupně navazovat. Nejdříve obvykle probíhají evaluace ve formě analýzy potřeb a po nich často následuje evaluace procesu, příp. evaluace nákladů. K evaluaci výsledku a ekonomických aspektů se většinou přistupuje později, poté, co jsou vyhodnoceny procesní a nákladové aspekty. Neexistují však žádná pevně stanovená pravidla (Marsden et al., 2000).

### **Vymezení analýzy potřeb**

Analýza potřeb je dnes prakticky všudypřítomná. Jedná se o systematický proces sběru a analýzy informací za účelem identifikování toho, kdo je v ohrožení, proč a co může být uděláno (UN, 2005). Evaluace formou analýzy potřeb je prováděna v mnoha disciplínách a profesích, tj. od medicíny, sociální práce až po psychologii a management. Je prvním krokem v procesu plánování a přípravy jakékoli služby (Leigh, Watkins, Platt, & Kaufman, 1998) a uplatňuje se také při zkvalitňování služeb. Často je analýza potřeb ztotožňována s evaluací, v našem pojetí je analýza potřeb vnímána jako jeden typ evaluace.

Podle WHO (WHO, UNDCP, & EMCDDA, 2000) je evaluace formou analýzy potřeb formální a systematickou snahou o stanovení a následné vyplnění mezer mezi tím, „co je“, a „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 spočívá analýza potřeb v identifikaci potřeb a jejich klasifikaci dle míry důležitosti. Analýza potřeb je nástroj k plánování programu. V ideálním případě probíhá předtím, než je program naplánován a realizován. V rámci analýzy potřeb se zjišťuje, jak by měl být stávající program upraven, aby reagoval na potřeby, které nejsou uspokojovány. Analýzy potřeb mohou také vycházet z názorů laické a odborné veřejnosti

ohledně toho, co funguje a co by se mělo udělat, a často bývají zadávány financujícími organizacemi, které se něčím chtějí řídit při rozdělování stávajících nebo nových prostředků.

V rámci analýzy potřeb se můžeme ptát na následující otázky a snažit se na ně nalézt odpověď a řešení (WHO et al., 2000): Jaký je charakter a rozsah poruch souvisejících se zneužíváním návykových látek v dané komunitě? Do jaké míry současné služby odpovídají potřebám rizikové populace? U kolika lidí v regionu nebo komunitě existuje potřeba léčby poruch spojených s užíváním – návykových látek? Jaká je relativní potřeba léčebných služeb v rámci různých regionů nebo komunit? Jaké typy služeb jsou potřeba a jaká je jejich nezbytná kapacita? Jsou stávající služby dobře koordinovány a co je třeba k zdokonalení celkové úrovně fungování daného systému?

Analýza potřeb může pomoci identifikovat následující oblasti (UN, 2005):

- Identifikování a určení problému a toho, jak je daný problém rozšířený.
- Jaká populace je nejvíce ohrožená.
- Jaká je míra rizika.
- Jaké jsou další faktory přispívající k rizikům.
- Jaké služby existují pro řešení daného problému a pro danou populaci.
- Identifikování potenciálních partnerů.
- Jak jsou šířeny informace.

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

V zahraniční literatuře se také často hovoří specificky o analýze potřeb týkající se zdraví „health needs assessment“. Jedná se o systematický a otevřený proces, v průběhu něhož jsou

posouzeny zdravotní problémy dané populace. Cílem celého procesu je zlepšit zdravotní stav a redukovat zdravotní rozdíly a to tak, že jsou identifikovány priority nutné pro změnu a naplánovány opatření potřebné k tomu, aby bylo dosaženo požadovaných změn. V jádru celého procesu stojí čtyři kritéria, která se zaměřují na proměnlivost problémů, přijatelnost a proveditelnost efektivních změn. Pro splnění daného cíle, tj. zlepšení zdravotního stavu, jsou určeny změny, které se zaměřují na zlepšení nejvýznamnějších faktorů ovlivňujících zdraví. Následuje integrace těchto změn do procesu plánování služeb a implementace těchto změn (Hooper & Longworth, 2002).

### **Co je to potřeba?**

Definovat potřeby je obtížné vzhledem ke komplikovanosti celého konceptu. Není tedy překvapením, že existuje celá řada definic. Různé skupiny profesionálů hovoří o potřebách a analýze potřeb různými způsoby. Vždy však byly potřeby definovány se záměrem zlepšit poskytované služby.

Z psychologického hlediska můžeme potřebu vymezit následovně. Potřeba je subjektivně pociťovaný nedostatek něčeho nezbytného. Při dlouhodobém nenaplnění potřeby nastupuje deprivace. Potřeba nás vede k činnostem, jimiž tuto potřebu uspokojujeme. Hartl a Hartlová (Hartl & Hartlová, 2000) definují potřebu jako „*stav lidského organismu, který znamená porušení vnitřní rovnováhy nebo nedostatek ve vnějších vztazích osobnosti. Opakem je stav rovnováhy, nepřítomnosti aktuální potřeby. Komplementárním pojmem k potřebě jsou hodnoty, jejichž výběrem mohou být potřeby uspokojovány.*“ Potřebou rozumíme něco konkrétního, co je pro člověka žádoucí. Pojem potřeby vyjadřuje základní formu motivu, z psychologického hlediska je

chápána jako stav puzení k aktivitě, která je zaměřená na dosahování určitého cíle, z biologického hlediska vyjadřuje stav nedostatku, narušení vnitřní rovnováhy organismu (Nakonečný, 2000). Podle základních klasifikací můžeme potřeby rozdělit na materiální a duchovní nebo na primární (biologické a fyziologické potřeby, potřeby, které jsou zásadní podmínkou pro přežití jedince) a sekundární (sociální potřeby) (Řezáč, 1998). Mezi nejoblíbenější klasifikaci potřeb patří pyramida amerického humanistického psychologa A. H. Maslowa. Maslow vytvořil originální teorii potřeb a motivace. Potřeby rozdělil na nižší a

vyšší, a to z hlediska naléhavosti, s jakou jsou prožívány jako vnitřní tlaky k jednání. Potřeby a z nich plynoucí motivy rozdělil na nedostatkové a růstové. V teorii jsou potřeby rozloženy vertikálně a předpokládá se, že aby se mohly rozvíjet potřeby vyšší, musí být uspokojeny potřeby nižší, viz Obrázek 1-1 (Nakonečný, 1997).

Obrázek 1-1 Pyramida potřeb a hodnot A. H. Maslowa



Potřeba vyjadřuje problém, kterému by měla být věnována pozornost nebo by měl být vyřešen. Něco chybí, je špatně nebo nepracuje správně a něco tedy musí být uděláno pro to, aby se vyřešila tato problematická situace. Obecně je potřeba definována jako nesoulad mezi tím, co je (současný stav) a co by mělo být (požadovaný stav). Všechny potřeby jsou orientované do budoucnosti, některé mají krátkodobou perspektivu (méně než 3 roky), jiné dlouhodobou (Altschuld & Kumar, 2010).

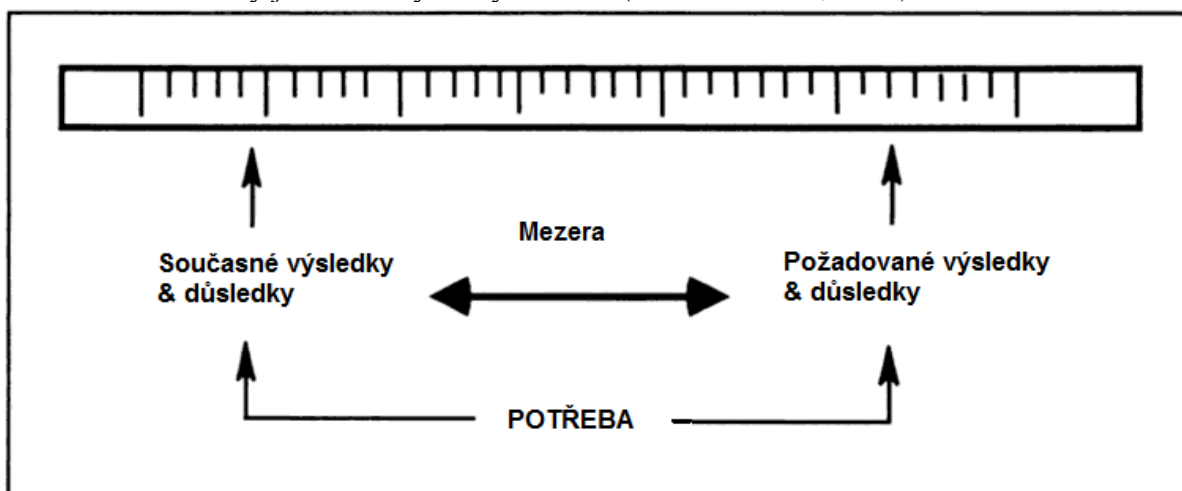
Baldwin (Baldwin, 1998) navrhl spíše teoretickou definici potřeby ve smyslu „tenzní potřeby“. Potřeba vyjadřuje touhu kompenzovat nějakou nerovnováhu jako např. žízeň způsobená ztrátou tekutin v těle. Také ale navrhl „teleologickou potřebu“ reflektující mezeru mezi současným a požadovaným stavem (např. touha po bypassové operaci srdce za účelem zkvalitnění a prodloužení života). Green a Kreuter (Green & Kreuter, 1991) se dívají na potřeby pragmaticky a považují je za cokoli, co je nutné pro zdraví a pohodlí, což se vztahuje

na osobní a sociální podmínky a podmínky prostředí. Z ekonomického pohledu lze na potřeby nahlížet jako na schopnost lidí využívat zdravotní a sociální péči (Stevens & Gillam, 1998). Jinými slovy, potřeba existuje pouze pokud existuje schopnost mít z konkrétních služeb prospěch.

Z pohledu sociálních věd je potřeba definována jako druh problému, který pociťuje určitá skupina lidí. Tito lidé žádají reakci na jejich problém. Mezi problémem a dostupným řešením je úzký vztah. Potřeba je poptávka po službě. Bradshaw (Bradshaw, 1972) identifikoval čtyři hlavní kategorie potřeb: normativní (rozlišované profesionály, jako např. očkování), pocitové (chtění, přání a touhy), vyjádřené (vyslovené potřeby nebo to, jak lidé využívají služeb) a komparativní potřeby (ukazují, že potřeby objevující se v jedné lokalitě mohou být podobné u lidí s podobnými sociodemografickými charakteristikami žijícími v jiné lokalitě). Tyto úrovně potřeby spojují individuální očekávání týkající se rozdílů ve zdravotním stavu (pocitové a vyjádřené) s těmi, které pociťuje daná populace jako celek (komparativní). Potřeby tedy mohou být identifikovány a řazeny podle jejich priority tak, že jsou vybírány priority z každé skupiny potřeb. Bradshaw dále vymezuje tři cílové skupiny, a to příjemce služeb, poskytovatele služeb a organizační systémy poskytující srovnání konkrétních intervencí (Witkin & Altschuld, 1995).

Potřebu můžeme v kontextu analýzy potřeb definovat jako mezeru ve výsledcích, důsledcích nebo dovednostech (Obrázek 1-2). Pokud jsou potřeby jednou identifikovány, je možné je seřadit podle důležitosti. Ve chvíli, kdy jsou určeny priority, je snadné vybrat nejlepší způsob, jak se dostat k požadovaným výsledkům (Kaufman, Rojas, & Mayer, 1993). Při analýze potřeb je nutné jít za identifikované potřeby a snažit se určit a napravit faktory, které jsou příčinou těchto mezer.

Obrázek 1-2 Potřeby jsou mezery ve výsledcích (Kaufman et al., 1993)



Kaufman (Kaufman, 1992) uvažoval o potřebách ve třech úrovních podle toho, kdo je klientem a příjemcem služeb. Pokud je příjemcem společnost, skupina lidí, externí klienti, potom hovoříme o úrovni MEGA. Je-li příjemcem samotná organizace, hovoříme o MAKRO úrovni a je-li příjemcem jedinec nebo malá skupina, jedná se o MIKRO úroveň.

Většina lidí, klientů služeb má více než jednu potřebu, má jich spoustu a ne všechny mohou být relevantní vzhledem k rozvoji a zkvalitnění služby. Je nutné identifikované potřeby seřadit podle důležitosti a takto s nimi dále pracovat. Vzhledem k tomu, že výsledky analýzy potřeb jsou komplexní, může změna na jedné úrovni systému zapříčinit změnu na úrovni jiné.

Je také důležité zmínit rozdíl mezi individuální potřebou a potřebou populace, obyvatel. Potřebu populace můžeme definovat jako sumu individuálních potřeb. Tato definice je ale závislá na způsobu provádění analýzy potřeb. Pokud se analýza potřeb odchýlí od svého zaměření a zkoumá především poptávku, lze hovořit o potřebách populace. Existuje totiž rozdíl mezi pohledem pracovníka, který se zaměřuje na posouzení potřeb jednotlivce a pohledem toho, kdo se dívá na celou populaci jako na celek. První hájí především zájmy pacienta / klienta a nebere v úvahu potřeby těch, kteří nejsou v kontaktu se službou (Stevens & Raftery, 2004).

## **Proč provádět analýzu potřeb?**

Na začátku stojí otázka, zda již skutečně víme vše, co potřebujeme vědět. Odpověď je ano i ne. Samozřejmě máme spoustu informací týkajících se prostředí, klientů, služeb apod., ale potřeby různých populací se mohou výrazně lišit, zejména se to týká různých specifických skupin populace (např. národnostní menšiny).

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 služby nové. Ještě před tím, než se rozhodneme pro změnu poskytovaných služeb či vytvoření služeb nových, je nutné zjistit, případně ověřit povahu problému a příčiny jeho vzniku. Součástí analýzy je tedy také rozhodování o prioritách konkrétní služby nebo o zdokonalení stávajícího systému:

- Analýza potřeb poskytuje veškeré nutné informace pro rozhodování bez ohledu na to, o jak velké rozhodnutí a změnu se jedná.
- Analýza potřeb poskytuje odůvodnění pro rozhodnutí ještě před tím, než jsou realizována.
- Analýza potřeb je realizovatelná v rámci jakkoli velkého projektu, časového plánu nebo rozpočtu.
- Analýza potřeb poskytuje replikovatelný model, který může být realizovaný začínajícími výzkumníky.
- Analýza potřeb umožňuje plánovat a poskytovat co nejefektivnější služby těm, kteří je nejvíce potřebují.
- Analýza potřeb aplikuje principy rovnosti a sociální spravedlnosti v praxi.
- Analýza potřeb zajišťuje to, že cenné služby jsou lokalizovány tam, kde mohou být maximálně užitečné.
- Analýza potřeb je prováděna ve spolupráci s širší společností, s jinými profesionály a poskytovateli služeb za účelem určení, které problémy jsou v popředí zájmu a za účelem plánování intervencí adresným způsobem.

Výsledkem analýzy potřeb 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 potřeb mohou hrát určitou roli při uspokojování těchto potřeb. Znamená to, že



analýza potřeb v této oblasti je komplexním úkolem, který vyžaduje čas, snahu a širokou škálu schopností (Scottish Executive, 2004).

### **Modely analýzy potřeb**

V posledních několika desetiletích se objevila celá řada modelů provádění analýzy potřeb. Co většinu těchto modelů spojuje je identifikace jakési mezery v aktuálním stavu a reakci na ni. Většina modelů byla vyvinuta v rámci zdokonalování managementu organizací, vzdělávání pracovníků, technologických postupů apod. (Watkins, Leigh, Platt, & Kafman, 1998).

Kaufman vyvinul model určení potřeb na základě mezer ve výsledcích (Kaufman & English, 1979; Kaufman & English, 1976). Aktuální potřeba může být identifikována pouze nezávisle na tom, jaké řešení bylo zvoleno. Podle Kaufmana nejdříve určíme současné výsledky, formulujeme požadované výsledky a vzdálenost mezi těmito výsledky je aktuální potřeba. Potřeby je nutné seřadit podle důležitosti a vybrat ty nejdůležitější. Jakmile je potřeba jednou identifikována, potom může být vybráno řešení zaměřující se na vyplnění tohoto nedostatku. Tento model se zaměřuje na identifikování potřeb především na sociální úrovni.

Jiné modely definují analýzu potřeb jako proces pro určení potřeb nebo mezer mezi současným a požadovaným stavem. Např. Grupta et al. (Grupta, Sleezer, & Russ-Eft, 2007) vyvinul model týkající se identifikování materiálních problémů/nedostatků/slabostí a výhod/příležitostí/silných stránek a na zhodnocení všech možných řešení, která berou tyto charakteristiky do úvahy. Tento model představili jako komunitní analýza potřeb, jež se primárně zabývá potřebami, které lidé pocítují v souvislosti se svým životem (např. ekologicky udržitelné prostředí, společnost udržuje a rozvíjí funkční sociální hodnoty, způsoby zajištění ekonomických a finančních požadavků, podmínky účasti na politických rozhodnutích apod.).

Model komunitní analýzy potřeb, který představil Neuber (Neuber & et al., 1980) zdůrazňuje komunikaci mezi poskytovateli služeb a komunitou. Analýza využívá data ze tří zdrojů. Jedná se o demografická a statistická data, data od klíčových informantů a data od klientů nebo potenciálních klientů služeb. Výhody tohoto modelu jsou: analýza zahrnuje také klienty služeb, zlepšuje informovanost komunity, je lehce přenosná, je relativně levná a generuje data

užitečná pro určení konkrétních potřeb, vývoj programu, rozvoj spolupráce a také pro využití v oblasti financování.

Stevens a Raftery (Stevens & Raftery, 2004) vymezili dva přístupy k analýze potřeb, srovnávací a sjednocující. Srovnávací přístup k analýze potřeb srovnává služby poskytované v určité oblasti s jinou oblastí. Srávnání může být významným nástrojem pro zkoumání zdravotnických a sociálních služeb, zejména v kontextu projektového financování. Sjednocující přístup k analýze potřeb je založen na potřebách, přáních a alternativních pohledech zainteresovaných subjektů (profesionálové, politici, veřejnost).

Epidemiologický model mapující potřeby vyvinul Ford a Luckey (Ford & Luckey, 1983), kteří navrhli čtyři kroky podporující analýzu potřeb:

- Určit geografickou velikost oblasti, která má být zkoumána.
- Odhadnout počet problémových uživatelů v každé skupině dané populace.
- Odhadnout počet uživatelů identifikovaných v předchozím kroku, kteří by měli být léčeni v daném roce (definováno jako žádost o léčbu).
- Odhadnout počet jedinců identifikovaných v předchozím kroku, kteří vyžadují službu z každé složky léčebného systému.

Zjištění velikosti populace uživatelů drog je velmi komplikované díky velké části skryté populace uživatelů a také díky obtížnosti přesně definovat, co vše může znamenat slovo „problematické“, když hovoříme o problémovém užívání drog.

### **Postup analýzy potřeb**

Před samotnou analýzou potřeb je vždy nutné vymezit, popsat populaci, která nás zajímá. V této fázi je nutné přemýšlet nad tím, co o zkoumané populaci chceme zjistit a jaké informace nám ji pomohou definovat a popsat a zjistit její potřeby. Můžeme se ptát na následující otázky (WHO, 2001):

- Jaké jsou klíčové charakteristiky dané populace? (Jaké geografické oblasti se analýza týká? Jakého počtu lidí se analýza týká? Jaké je věkové rozložení zkoumané populace? Jaký je poměr mužů a žen? Jaká je národnost a náboženství?)

- Jaký je zdravotní stav zkoumané populace? (Existuje několik různých způsobů, jak zjistit, jaký je zdravotní stav populace: vlastní pohled na své zdraví, statistické informace, kvalitativní výzkum, znalost zdravotnických pracovníků a dalších.)
- Jaké služby jsou v současnosti nabízeny? (Jaké jsou nejčastější problémy dané populace? Jsou tyto problémy vnímány stejně danou populací? Kolik lidí v současnosti využívá služeb? Dochází k nějakým změnám v dané populaci?)
- Jak samotní jedinci zkoumané populace nahlíží na své potřeby týkající se zdraví? (Hlavní část analýzy potřeb je zaměřena právě na získávání informací týkajících se vlastního pohledu na své zdraví a na potřeby s těmito problémy spojené. Zahrnutím těchto lidí do procesu plánování služeb zajistí to, že služby budou nastaveny na uspokojování potřeb svých potenciálních klientů.)
- Jaké jsou národní a místní priority, pokud jde o zdraví dané populace? (Národní priority jsou obvykle dány vládou a jsou ovlivněny politickou a ekonomickou agendou, tyto priority se promítají do Národní strategie. Místní priority samozřejmě reflektují priority národní a současně jsou identifikovány místní komunitou, odborníky apod.)

EMCDDA (EMCDDA, 2010) vymezuje následující aspekty analýzy potřeb:

1. Určit problém, který chceme plánovanou intervencí zacílit a faktory, které by mohly bránit nebo podporovat intervenci.
  - Kterému fenoménu chceme předejít plánovanou intervencí?
  - Jaké jsou sociodemografické charakteristiky lidí zasažených fenoménem ve srovnání s těmi, kdo zasaženi nejsou?
  - Kde se fenomén vyskytuje a kde ne?
  - Jak dlouho je fenomén znám? Mění se v průběhu času jeho rozsah a vliv?
2. Zjistit, jaká je situace kolem problému – v populaci a v cílové skupině – zda se problém vyskytuje, v jakém rozsahu, jaká je sociální situace.
  - Kolik lidí je fenoménem zasaženo? Kolik je nových případů a jak často se objevují? (prevalence, incidence)
  - Jaký očekáváme vývoj fenoménu v případě, že se nebude nic dít? Na čem stavíme tento názor?

- Jak byste popsali potřebnost intervence?
  - Existují rozdílné názory na potřebnost intervence?
3. Jak jste vyhodnotili potřebnost intervence?
  4. Předložit návrh intervence a zdůraznit její potřebnost.
    - Které vysvětlení původu fenoménu preferujete?
    - Které faktory jsou odpovědné za trvání fenoménu?
  5. Po dokončení analýzy potřeb:
    - stanovit širší cíl pro oblast intervence,
    - vědět, zda chceme intervence všeobecné, selektivní nebo indikované prevence nebo je chceme kombinovat,
    - být schopni vysvětlit proč, kde, pro koho a jak bude intervence prováděna a proč by měla být prováděna naším týmem,
    - načrtnout vyčerpávající popis kontextuální situace cílové skupiny,
    - sesbírat globální indikátory a údaje o rizikové situaci cílové populace,
    - mít informace o kulturních a normativních překážkách v oblasti,
    - definovat hlavní cílovou populaci intervence.

Rouda a Kusy (Rouda & Kusy, 1995) definují analýzu potřeb podobně jako výše zmínění autoři, a to jako systematické zkoumání toho, jaká skutečnost je a jaká by měla být. Uvažují především v kontextu výkonu jedince a/nebo organizace a stanovují čtyři fáze provádění analýzy potřeb:

1. Provést analýzu nedostatků za účelem určení potřeb a cílů. Analýza spočívá v popisu současné situace a požadované situace. V rámci této analýzy se ptáme na: a) problémy nebo nedostatky, b) nadcházející změny, c) příležitosti, d) silné stránky, e) nové možnosti. Na základě tohoto vznikne pravděpodobně dlouhý seznam potřeb.
2. Identifikovat důležité priority. Je nutné určit, zda identifikované potřeby jsou reálné, musíme určit jejich důležitost, aktuálnost a naléhavost.
3. Identifikovat příčiny zjištěných problémů a/nebo příležitostí, dále identifikovat oblasti specifických problémů a příležitostí.
4. Identifikovat možná řešení a příležitosti pro zlepšení.

Třífázový plán analýzy potřeb (Altschuld & Witkin, 2000):

1. fáze: předběžné zhodnocení: vytvoření plánu analýzy potřeb včetně určení způsobu sběru dat, zdrojů dat, výzkumných metod, definování obecného cíle analýzy, identifikování hlavních okruhů potřeb nebo problémů na základě dat, která existují a jsou dostupná; výstupem této fáze je plán výzkumu.
2. fáze: průzkum (sběr dat): určení kontextu, účelu a hranic analýzy potřeb, sběr dat týkajících se potřeb, stanovení předběžných prioritních potřeb, provedení analýzy a syntézy dat; výstupem této fáze jsou kritéria pro rozhodování vytvořená na základě potřeb s nejvyšší prioritou.
3. fáze: využití výsledků: určení priorit všech potřeb na všech úrovních jejich aplikace, uvažování o alternativních řešeních, vývoj akčního plánu týkajícího se implementace jednotlivých řešení, publikování / zveřejnění výsledků; výstupem této fáze je akční plán a zpráva z výzkumu.

Plán analýzy potřeb lze také vymezit podobně jako výzkumný plán: příprava (na konci přípravné fáze by mělo být zřejmé, co chceme zjistit, kam potřebujeme jít, jak a jaké informace budeme sbírat a jaké máme zdroje pro provedení výzkumu), sběr dat, analýza dat, prezentace a plánování intervence/programu. Trvání celého procesu záleží především na tom, jaké cíle jsme si stanovili. Analýza bude tedy trvat tak dlouho, dokud nezískáme adekvátní a přesné informace. Do celého procesu ovšem také vstupuje celá řada faktorů, které lze rozdělit na interní a externí faktory. Mezi interní faktory můžeme počítat: čas, dostupné finance, pracovníky a jejich schopnosti a dovednosti a samotnou metodologii výzkumu. Mezi externí faktory lze zařadit: velikost zkoumané populace, dostupnost dané populace a externí subjekty participující na analýze (UN, 2005).

Závěrem lze konstatovat, že proces analýzy potřeb by měl běžně zahrnovat následující komponenty (Scottish Executive, 2004):

- přehled existujících zdrojů informací relevantních ke zkoumané populaci,
- profil existujících služeb a popis profilu klienta,
- názor zkoumané populace,

- názor relevantních odborníků a poskytovatelů služeb,
- analýza a interpretace výsledků za účelem vyvození závěrů,
- provedení změn na základě identifikovaných potřeb (poté, co byla posouzena jejich relevantnost a důležitost)
- monitorování a evaluace za účelem ověření toho, že provedené změny mají požadovaný efekt a potkávají se s potřebami cílové populace.

### **Omezení analýzy potřeb**

Prostřednictvím analýzy potřeb získáme mnoho praktických informací, žádná analýza ale není schopná poskytnout přesné kvantitativní vyjádření potřeb. Častými problémy při provádění analýzy potřeb jsou (Soriano, 1995):

- neochota participantů uvádět pravdivé informace týkající se jejich současného využívání služeb nebo odhalit jejich osobní zájmy spojené s využíváním služeb,
- obrana proti odhalení poptávky po určitých službách, jejich změně, reorganizaci,
- nedostatek respondentů,
- neochota některých lidí podílet se na výzkumu,
- záměrně zavádějící odpovědi některých zainteresovaných,
- špatně napsané nebo zavádějící výzkumné otázky,
- chybná interpretace odpovědí.

Analýza potřeb navrhuje pravděpodobné potřeby, ne průkazné a přesvědčivé potřeby. Samotné získávání informací od lidí je komplikované. Tvoření otázek je kritické pro validitu a reliabilitu informací. Nepochopení otázky a nejasnost otázek může být, bez dalšího vysvětlení respondentovi, závažným problémem. Tento problém lze ovšem řešit pilotním výzkumem, ve kterém bude celá sada otázek otestována a případně upravena na základě diskuse s respondenty.

## 2 Charakteristika hl. m. Prahy

Praha je hlavním městem České republiky a jako milionová metropole tvoří přirozené centrum života státu. Pozice Prahy v systému osídlení ČR je navíc podpořena její centrální polohou v české kotlině. Moravská část České republiky má dva póly osídlení - Brno (369 tis. obyv.) a Ostravu (313 tis. obyv.) - obě z dalších největších měst ČR mají tedy zhruba třetinovou populaci. Hl. m. Praha má plochu 496 km<sup>2</sup>, což je pouze 0,6 % území republiky, ale 1 249 026 obyvatel představovalo 11,4 % populace státu (ČSÚ, 2010).

Během 90. let Praha zažila rozsáhlou proměnu života včetně modernizace svých stavebních fondů a infrastruktury. Město se muselo vyrovnat s bezprecedentní povodní v srpnu 2002. Rozsah, pestrost a zachovalost historického centra zařadily Prahu v r. 1992 na seznam kulturního dědictví UNESCO. Celkově se Praha pádem totalitního režimu vrátila mezi významná centra Evropy.

Praha je také nejvýznamnější dopravní uzel státu s největším regionálním trhem práce v ČR. Jeho hlavními rysy jsou vysoká atraktivita, profesní mobilita a nízká obecná míra nezaměstnanosti. Vysoké je zapojení zahraničních pracovníků. Evidenční počet zaměstnanců podniků, které mají sídlo v Praze, představuje cca 28 % celostátní zaměstnanosti. Pražská pracovní síla má ve srovnání s ostatními regiony ČR výrazně vyšší kvalifikaci, více než čtvrtina zaměstnaných jsou vysokoškoláci (28 % v r. 2001), jejich podíl v posledních letech roste. Také průměrné mzdy v Praze jsou nadprůměrné. Postavení Prahy ve státě je z hlediska výkonnosti ekonomiky výsadní, neboť zde vzniká cca čtvrtina celostátního HDP. Tento podíl v 90. letech rostl v přepočtu HDP na 1 obyvatele dosahuje ČR cca 60 % průměru zemí EU, ale v případě Prahy objem regionálního HDP na hlavu překračuje několik let průměr EU o více než pětinu. Vyšší úroveň tvorby HDP je typická pro metropole a je dána vysokým zastoupením sektoru služeb, vyšší úrovní mezd, lokalizací či registrací sídel významných ekonomických subjektů ve městě a konečně i dojížděnkou za prací a službami ze zázemí. Mezi odvětví s největší dynamikou v 90. letech se zařadil také cestovní ruch, který se stal významnou oporou ekonomického rozvoje města. Roste význam kongresové turistiky.

Pražské školství má mimořádné postavení mezi ostatními regiony zejména v nabídce vysokých škol, které využívají studenti celé ČR a stále více i ze zahraničí (zejména

Slovenska). V Praze je 8 vysokých škol s 36 fakultami, na nichž studovalo 79,6 tis. studentů (2002/2003). Navíc zde bylo 10,4 tisíce studentů doktorského studia.

Podobné postavení má Praha ve zdravotnictví, kdy některé specializované typy péče poskytuje pro celou ČR. Resort zdravotnictví měl 25 nemocnic se 196 odděleními a 10 535 lůžky. Celkový přepočtený počet lékařů dosáhl 3 487. Relativní ukazatele vybavenosti a výkonů zdravotnictví mírně rostou (např. 8,4 lůžka na 1000 obyvatel) (ČSÚ, 2010).

## **2.1 Demografická a socioekonomická charakteristika**

V Praze žije 1 249 026 obyvatel (k 31.12.2009). Pražská populace měla vždy spíše starší věkovou strukturu než ostatní kraje a snižování počtu zemřelých to ještě umocňuje. V současnosti se také hovoří o stárnutí populace v souvislosti s přesunem populačně silných ročníků do důchodového věku. Dlouhodobě ubývá dětská složka populace a to i přes příznivý vývoj porodnosti posledních několika let. Osob ve věku 15-29 je stabilně kolem 21 %, podíl osob ve věku 30-44 let mírně vzrostl, pravděpodobně díky dorůstání osob silných ročníků sedmdesátých let do tohoto věku a částečně i migrací cizinců v produktivním věku. Osoby pozdního produktivního věku (45-59 let) tvoří v současnosti cca 20 % populace, což je stejně, jako tomu bylo na začátku devadesátých let. Osob ve věku 60-74 let, tedy v důchodovém věku, mírně přibývá. Zastoupení poslední věkové kategorie v populaci Prahy (75 a více let) dlouhodobě stoupá.

Míra registrované nezaměstnanosti v r. 2009 byla 3,1 %. Míra zaměstnanosti činila 60,7 %, což je vyšší než celorepublikový průměr (54,8 %). Průměrná měsíční mzda je v Praze o 6 157,- Kč vyšší než průměrná mzda v ČR (22 229,- Kč) (ČSÚ, 2010).

V ČR stoupá počet cizinců a přistěhovalců. K 30.6.2010 bylo v ČR evidováno 426 498 cizinců (185 437 s trvalým pobytem a 241 061 ostatních typů pobytu), což je 4 % z úhrnného počtu všech obyvatel ČR. Tito cizinci jsou nejčastěji původem ze Slovenské republiky a Ukrajiny, dále z Vietnamu, Polska a Ruska. K 31.12.2008 byl azyl udělen 2 376 osobám. Mezi lety 2002-2004 docházelo k nárůstu trestné činnosti, a to jak u cizinců, tak u občanů České republiky. V roce 2005 byla u občanů ČR zaznamenána stagnace, zatímco počet odsouzených cizinců nadále rostl. U cizinců nastal pokles v roce 2006 a až v roce 2007 začaly počty



odsouzených osob opět narůstat (Obrázek 2-1). Nejčastějším trestným činnem byly krádeže (22 %), ohrožování pod vlivem návykové látky (18 %) a řízení motorového vozidla bez řidičského oprávnění (13 %). Nedovolená výroba a držení omamných a psychotropních látek a jedů byla zastoupena 1 % (ČSÚ, 2009). V r. 2008 zaznamenala Služba cizinecké a pohraniční policie MV ČR 3 829 případů nelegální migrace. Nedovoleným způsobem překročilo státní hranici 168 osob, u 3 661 osob bylo zjištěno porušování pobytového režimu (ČSÚ, 2010). Vývoj nelegální migrace v letech 2003-2008 ukazuje

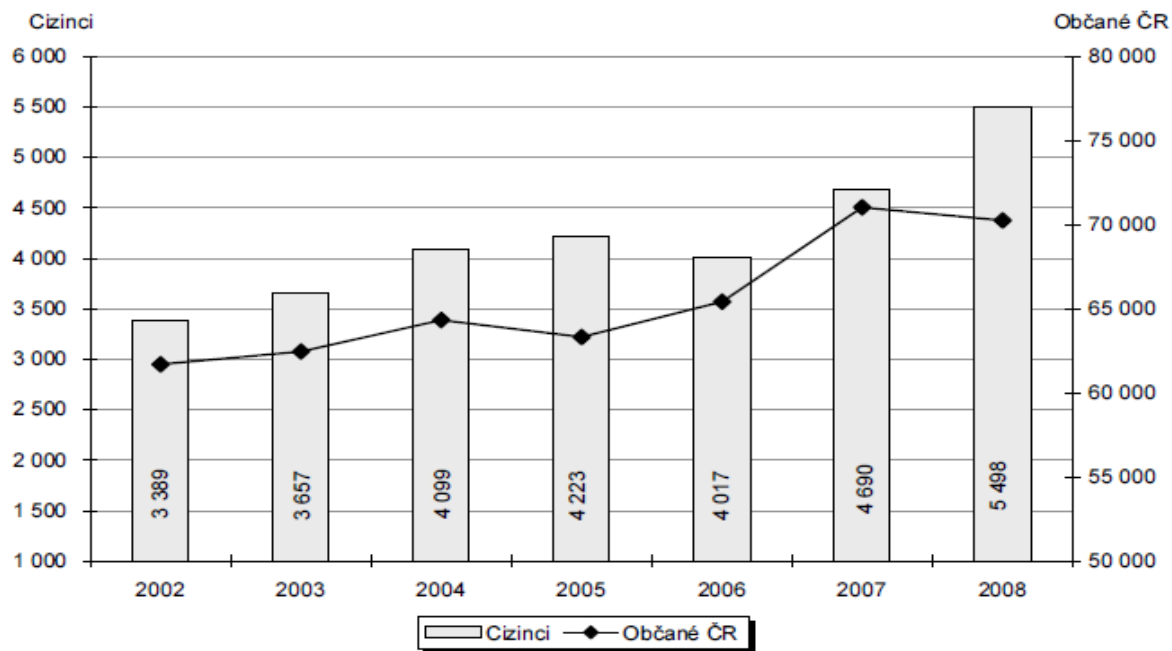
Obrázek 2-2. Nárůst případů nelegální migrace od roku 2000 je významně ovlivněno tím, že do roku 1999 nebyly systematicky sledovány informace o porušování pobytového režimu. Nelegální migrace bude mít pravděpodobně významný vliv na budoucí vývoj nízkoprahových služeb a substituční léčby. Výsledky studie naznačují, že pouze malý zlomek imigrantů majících problémy s návykovými látkami tyto služby vyhledá. Díky tomu máme velmi málo informací o potřebách těchto cílových skupin a zřetelná je naše malá schopnost zvýšit atraktivitu těchto služeb a dosáhnout tak většího záchytu. Ve spojitosti s tím lze očekávat další nárůst rizik spojených s užíváním návykových látek v této populaci, kterému lze čelit především větší pozorností zjišťování potřeb těchto uživatelů a promítnutím této znalosti do dalšího rozvoje nízkoprahových služeb.

V minulosti byla Praha migračně atraktivní z valné většiny pro české občany, v současnosti jde především o cizince. I když v posledním roce 2009 se migrační atraktivita Prahy pro cizince zejména s ohledem na ekonomickou krizi snížila. V Praze je nejvíce občanů Ukrajiny (více než 47 tisíc), Slovenska (téměř 20 tisíc osob) a Ruska (více než 15 tisíc) (ČSÚ, 2010).

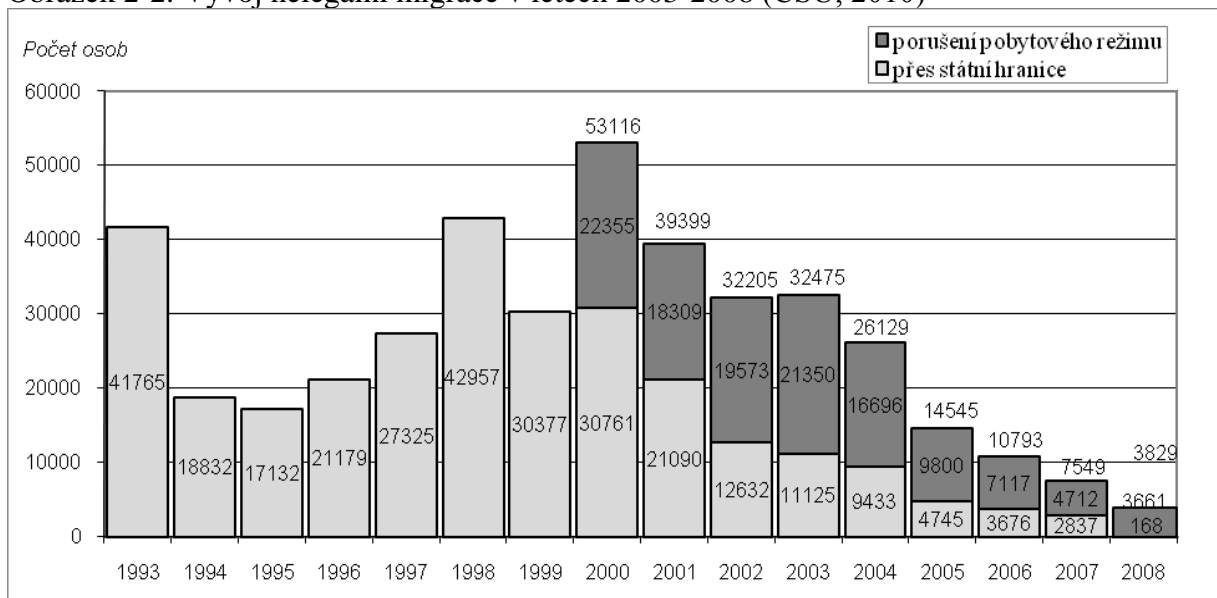
Srovnáním jednotlivých krajů mezi sebou se zabývá publikace „Srovnání užívání drog a jeho dopadů v krajích České republiky v roce 2002: Situační analýza v širším demografickém a socioekonomickém kontextu“ (Lejčková, Mravčík, & Radimecký, 2004). Shluková analýza rozdělila 14 krajů České republiky do pěti typů, podle toho, které kraje si byly navzájem nejvíce podobné. Praha tvoří jeden samostatný typ, který je charakteristický „výrazně nepříznivou charakteristikou sociálního prostředí; ukazuje se, že zde dochází k určité koncentraci kriminality včetně drogové, ...koncentruje se sem časté experimentování s nelegálními drogami (nadprůměrné zkušenosti mládeže s drogami), je zde vysoká prevalence problémových uživatelů drog a vyšší počet žádostí o léčbu v souvislosti s užíváním

heroinu. Zároveň je zde ale také vyšší vzdělanost obyvatelstva, nadprůměrně vysoká mzda a vysoké celkové dotace na drogovou politiku. Na druhé straně má relativně příznivou demografickou strukturu a vyznačuje se dobrým zdravotním stavem obyvatelstva.“ (Lejčková et al., 2004), s. 81).

Obrázek 2-1: Počet odsouzených osob v letech 2002-2008 – občané ČR a cizinci (ČSÚ, 2009)



Obrázek 2-2: Vývoj nelegální migrace v letech 2003-2008 (ČSÚ, 2010)



## 2.2 Epidemiologické údaje

### 2.2.1 Populační studie (školní a celopopulační studie)

V České republice bylo od poloviny 90. let realizováno několik dotazníkových šetření o drogách mezi studenty, pouze několik z nich bylo reprezentativních (Miovský & Urbánek, 2001; Polanecký et al., 2001). Mezinárodní školní studie ESPAD (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách) patří nejen mezi reprezentativní studie, ale je realizována pravidelně každé 4 roky, a to od roku 1995, již ve 35 evropských zemích. Česká republika se projektu účastní od jeho počátku. Cílem projektu je podat přehled o situaci v ČR v oblasti užívání legálních a nelegálních látek v populaci dospívající mládeže a porovnat ji se situací v ostatních evropských zemích.

Studie, realizovaná v roce 2003 a v roce 2007 u populace 16letých středoškoláků, poskytuje data za jednotlivé kraje, tedy i za hl. m. Prahu (Csémy, Sadílek, Sovinová, & Lejčková, 2003; Csémy, Lejčková, Sadílek, & Sovinová, 2006; Csémy, Chomynová, & Sadílek, 2008). Soubor všech 16letých respondentů ve všech krajích čítal 7 025 osob (47,8 % chlapců a 52,1 % dívek) v roce 2003 a 5 399 respondentů (45,6 % chlapců a 54,4 % dívek). V Praze byl získán reprezentativní soubor o velikosti 592 osob v roce 2003 a 493 osob v roce 2007.

Mezi šestnáctiletými studenty je celkem 25 % denních kuřáků. V Praze se počet denních kuřáků blíží celorepublikovému průměru. Podobně je tomu u silných kuřáků (8 % v Praze i celé ČR). Pití alkoholu 5 a vícekrát v posledních 30 dnech je v Praze výrazně vyšší než v celé ČR. Studenti v Praze také častěji učinili zkušenost s jakoukoli nelegální drogou za celý život. Mezi lety 2003 a 2007 došlo spíše ke snížení počtu zkušeností než k jejich nárůstu (Tabulka 2-1).

V roce 2004 realizoval Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR „Celopopulační studii o zdravotním stavu a životním stylu obyvatel v České republice“. Průzkumu se účastnilo 3526 respondentů ve věku 18-64 let (49,9 % žen, 50,1 % mužů) (ÚZIS ČR, 2005a). Celkem 22 % respondentů užilo někdy v životě nelegální drogu, v posledním roce to bylo 10,4 % respondentů a 5,3 % v posledním měsíci. Nejčastěji udávanou drogou byly konopné látky a extáze (ÚZIS ČR, 2005b). Výsledky nebyly prezentovány podle jednotlivých krajů.

Tabulka 2-1: Zkušenost s cigaretami, alkoholem, jakoukoli nelegální drogou a nekonopnou drogou u populace ve věku 16ti let v Praze a v ČR v roce 2003 a 2007 (v %)

	Hl. m. Praha		Česká republika	
	2003	2007	2003	2007
Kouření tabáku – denní kuřáci	30,7	24,2	27,0	25,2
Kouření tabáku – silní kuřáci (11 a více cigaret denně)	10,9	8,1	7,6	8,0
Alkohol 5 a vícekrát v posledních 30 dnech	28,8	31,5	28,8	24,3
Nadměrné pití 3 a vícekrát v posledních 30 dnech	17,3	19,0	17,5	19,7
Celoživotní zkušenost s jakoukoli nelegální drogou	49,8	49,0	43,8	46,6
Zkušenost s jakoukoli nelegální drogou v posledním roce	42,6	41,8	35,9	n.a.*
Zkušenost s jakoukoli nelegální drogou v posledním měsíci	24,7	20,4	19,4	n.a.
Celoživotní prevalence zkušenosti s jakoukoli nelegální drogou mimo konopné látky	14,7	13,2	11,2	n.a.
Prevalence zkušenosti s jakoukoli nelegální drogou mimo konopné látky v posledním roce	8,4	8,3	7,3	n.a.
Prevalence zkušenosti s jakoukoli nelegální drogou mimo konopné látky v posledním měsíci	4,1	3,3	3,3	n.a.

\*Pozn. n.a. – not available

### 2.2.2 Prevalenční odhad problémových uživatelů drog

Počet problémových uživatelů drog dosahuje v ČR odhadem 32 500 osob, z toho injekčních uživatelů je 31 200 osob, počet problémových uživatelů pervitinu je přibližně 21 200 a heroinu 6 400 osob. Počet problémových uživatelů v Praze tvoří 35,4 % z počtu problémových uživatelů v celé ČR – viz Tabulka 2-2. Odhadovaný počet injekčních uživatelů v Praze je 11 400 oso, počet uživatelů pervitinu je odhadován na 4 300 osob a uživatelů opiátů na 7 200 osob (Mravčík et al., 2009).

Tabulka 2-2 Prevalence problémových uživatelů drog v letech 2002-2008 v Praze a v České republice (Mravčík et al., 2003)

	<b>Hl. m. Praha</b>	<b>Česká republika</b>
2002	10 950	35 100
2003	n.a.*	29 000
2004	n.a.	30 000
2005	9 800	31 800
2006	8 400	30 200
2007	10 000	30 900
2008	11 500	32 500

\*Pozn. n.a. – not available

### 2.2.3 Léčba uživatelů drog

Léčba uživatelů drog a závislých je v ČR poskytována sítí služeb různých typů s relativně širokým spektrem. Hygienická stanice hl. m. Prahy v roce 2009 evidovala v registru žádostí o léčbu celkem 31 léčebně-kontaktních zařízení, 26 z nich do registru také hlásilo údaje o léčených uživatelích drog (10 ambulantních zdravotnických zařízení, 8 ambulantních nezávodnických zařízení, 9 lůžkových zařízení a 4 nízkoprahová centra) (Studničková & Petrášová, 2010a).

V r. 2009 bylo v Praze evidováno celkem 854 prvních žádostí o léčbu (first treatment demand) a 1 701 všech žádostí o léčbu (treatment demand) (Tabulka 2-3). V souvislosti s užíváním opiátů se léčilo 36,9 % osob (26,6 % v souvislosti s užíváním heroinu, 7,8 % Subutexu), s užíváním pervitinu a ostatními stimulancií 49,1 % a s užíváním konopných drog 10,8 %. Průměrný věk všech žadatelů o léčbu byl v roce 2009 26,7 let (muži 28,2 let, ženy 24,4 let), nejpočetnější věkovou skupinou byli žadatelé ve věku 20-29 let, následovali žadatelé ve věku 15-19 let (Studničková & Petrášová, 2010b).

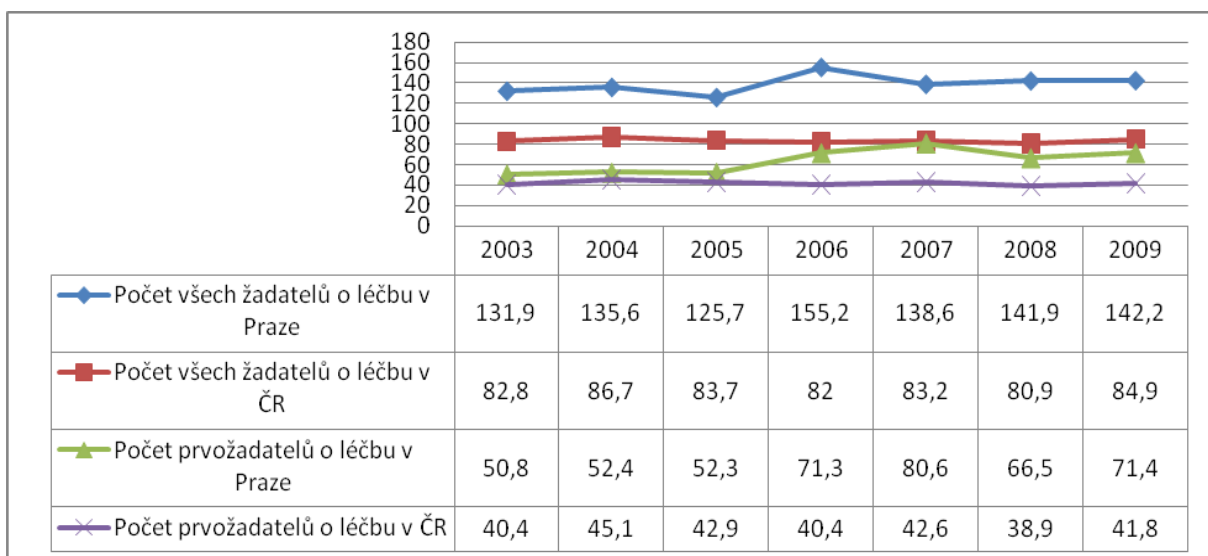
Mezi prvožadatelé o léčbu byli nejčastěji zastoupeni uživatelé pervitinu a ostatních stimulantů (51,6 %), následovali uživatelé heroínu a ostatních opiátů (28,5 %) a uživatelé kanabinoidů (15,8 %). Průměrný věk prvožadatelů o léčbu byl v roce 2009 24,8 let (muži 25,9 let, ženy 23,1 let), nejpočetnější věkovou skupinou byli žadatelé ve věku 20-29 let (Studníčková & Petrášová, 2010b).

Tabulka 2-3 Incidence a prevalence uživatelů drog – žadatelů o léčbu v Praze a v ČR v letech 2003-2009

	Hl. m. Praha		Česká republika	
	Počet všech žadatelů	Počet prvožadatelů	Počet všech žadatelů	Počet prvožadatelů
2003	1 549	596	8 522	4 158
2004	1 571	607	8 845	4 600
2005	1 460	608	8 534	4 372
2006	1 809	831	8 366	4 119
2007	1 610	936	8 487	4 346
2008	1 669	782	8 279	3 981
2009	1 701	854	8 763	4 318

Vývoj počtu žadatelů o léčbu se v průběhu let 2003-2009 výrazně nezměnil. Výrazné zvýšení počtu žádostí o léčbu bylo v Praze zaznamenáno v roce 2006, v následujících letech se situace opět stabilizovala. Incidenci a prevalenci žadatelů o léčbu na 100 000 obyvatel v Praze a v ČR v r. 2003 ukazuje Obrázek 2-3.

Obrázek 2-3 Incidence a prevalence uživatelů drog – žadatelů o léčbu v Praze a ČR v letech 2003-2009 na 100 000 obyvatel



#### 2.2.4 Zdravotní souvislosti a důsledky užívání drog

##### Infekční nemoci mezi uživateli drog

V roce 2008 došlo k opětovnému zvýšení podílu injekční aplikace mezi prvožadateli o léčbu v souvislosti s užíváním heroinu, a naopak k mírnému poklesu u uživatelů pervitinu; injekční aplikace je rovněž nejčastější formou aplikace Subutexu® mezi žadateli o léčbu v souvislosti s jeho užíváním. Infekcí přenášených v souvislosti s užíváním drog je celá řada (infekce kůže a měkkých tkání, záněty plic a tuberkulóza, infekční zánět srdeční nitroblány, infekce skeletu a centrálního nervového systému, pohlavní nemoci). Mezi nejčastější a nejzávažnější dlouhodobou komplikací injekčního užívání drog patří v České republice virové hepatitidy. HIV/AIDS je celosvětově nejzávažnější infekcí přenášenou v souvislosti s užíváním drog, ale v České republice se infekce HIV doposud rozšířila omezeně a počty hlášených případů nedosahují hodnot obvyklých v jiných zemích (Řehák & Krekulová, 2002; Mravčík et al., 2009).

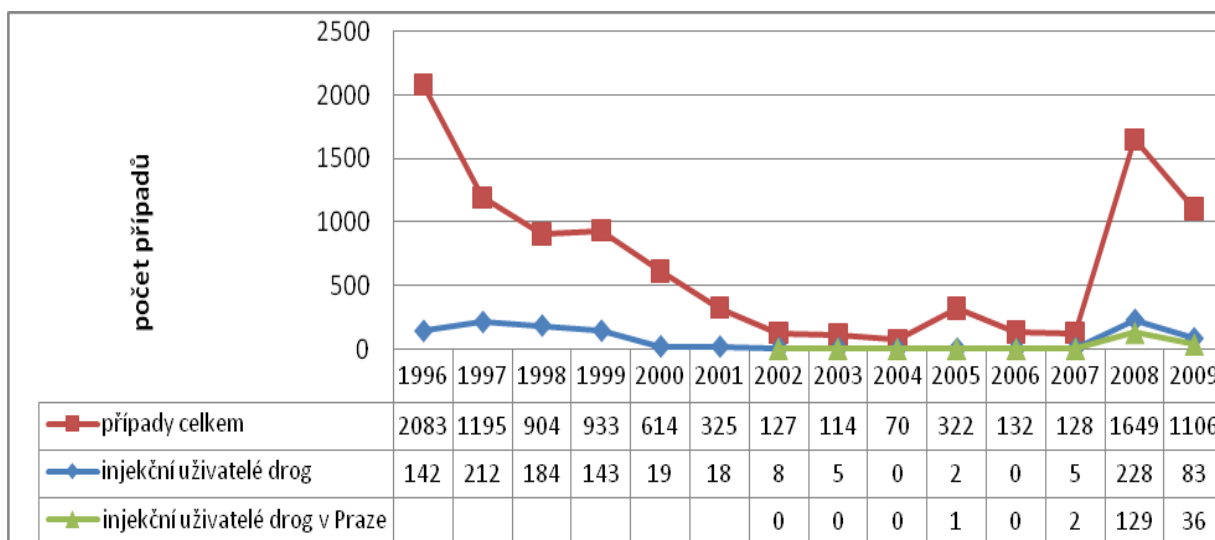
K 31.12.2008 bylo v ČR evidováno celkem 1 190 HIV pozitivních osob s trvalým pobytem na území ČR, z toho je 62 injekčních uživatelů drog a 21 dalších osob je ve smíšené kategorii zahrnující injekční užívání drog a homo/bisexuální styk (Mravčík et al., 2009).

Od roku 1996 stabilně klesá počet případů VHA v obecné populaci, v populaci injekčních uživatelů drog je situace stabilní. Výjimkou je až rok 2008, kdy probíhala v České republice epidemie VHA, která byla zejména v měsících květen – červen výrazně spojena s injekčním užíváním drog (Obrázek 2-4). V druhé polovině roku se epidemie šířila mezi dalšími rizikovými skupinami (bezdomovci, alkoholiky, osobami s rizikovým sexuálním chováním) a v obecné populaci. Většina případů byla hlášena z Prahy (54 %), kde také epidemie začala. Jedním z protiepidemických opatření bylo očkování uživatelů drog proti VHA, neboť u injekčních uživatelů drog se pravděpodobně jednalo o přenos přímým kontaktem nebo případně cestou injekční aplikace. Celkem bylo očkováno 2002 uživatelů drog a bezdomovců (Mravčík et al., 2009). V roce 2009 byla situace opět stabilizovaná (tabulka 2-4).

tabulka 2-4 Hlášená incidence akutní a chronické virové hepatitidy A, B, C v celé populaci a u injekčních uživatelů drog v Praze v r. 2009 (Studničková & Petrášová, 2010b)

Kraj	VHA celkem	injekční uživatelé		VHB celkem	injekční uživatelé		VHC celkem	injekční uživatelé	
		počet	%		počet	%		počet	%
Hl.m. Praha	229	36	15,7	69	20	29,0	151	107	70,9
Česká republika	1 106	83	7,5	442	80	18,1	843	539	63,9

Obrázek 2-4 Hlášená incidence VHA v celé populaci a u injekčních uživatelů drog v letech 1996-2009



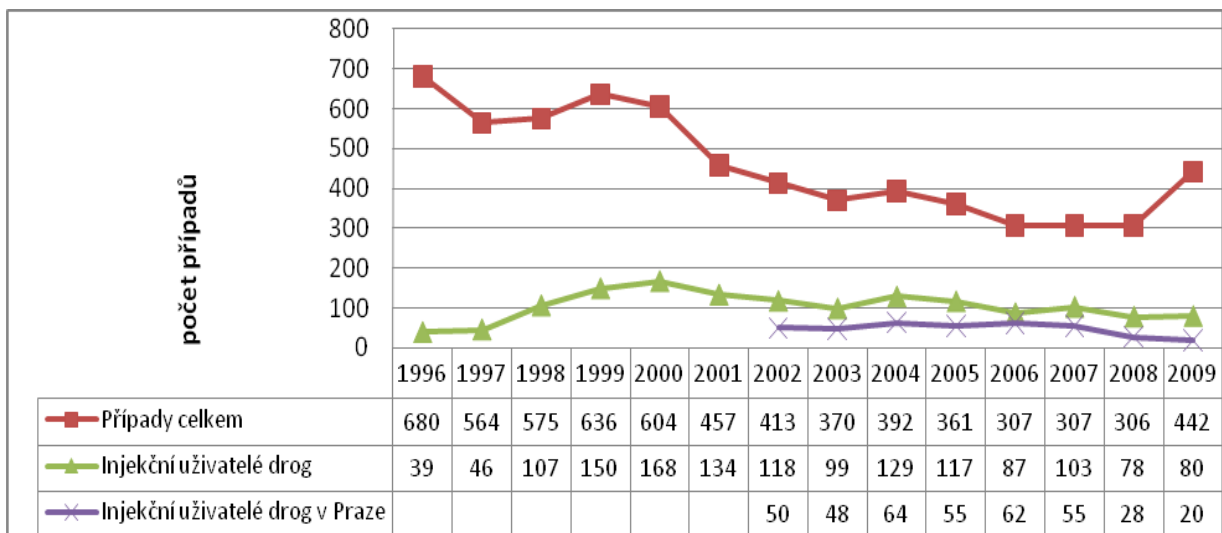


Od roku 1996 dochází také k poklesu VHB v obecné populaci. U injekčních uživatelů drog je situace stabilní nebo s mírným poklesem počtu případů. Zatímco ale situace u injekčních uživatelů drog byla v roce 2009 stabilní, situace v obecné populaci se změnila – došlo k nárůstu počtu případů VHB. Situace v hl. m. Praze je příznivá, v průběhu let 2002 – 2009 došlo k výraznému poklesu hlášených případů akutní a chronické VHB u injekčních uživatelů drog -

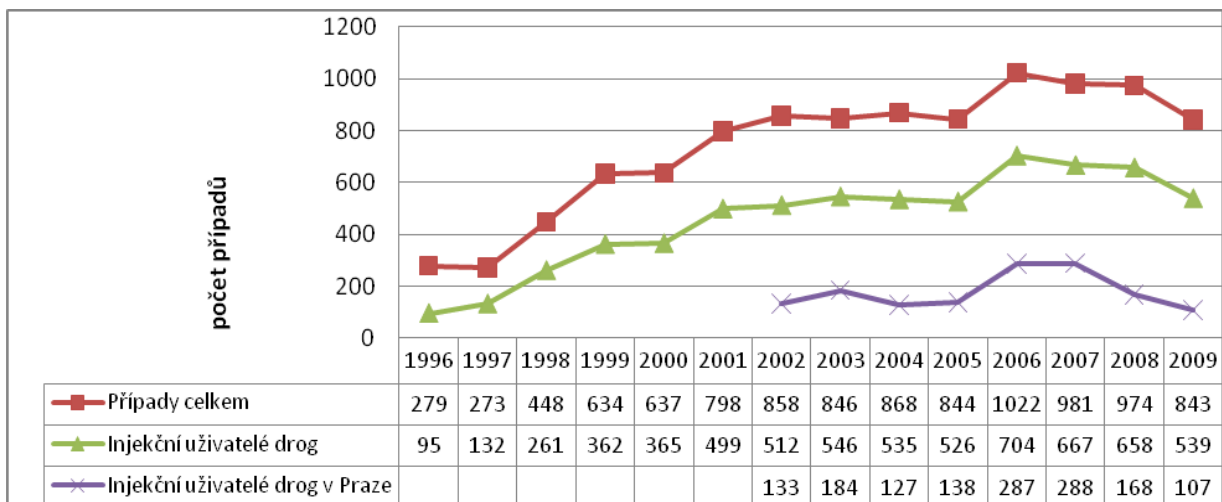
Obrázek 2-5 (Studničková & Petrášová, 2010a; Studničková & Petrášová, 2010b; Studničková, Benáková, Šeblová, & Zemanová, 2008).

V letech 1996-2006 docházelo k nárůstu případů akutní a chronické VHC v celé populaci a u injekčních uživatelů drog, od roku 2006 dochází k pozvolnému poklesu. Situace v hl. m. Praze byla v letech 2002-2005 relativně stabilní, v letech 2006 a 2007 došlo k výraznému nárůstu počtu hlášených případů. Od roku 2008 dochází opět k poklesu (Obrázek 2-6). V roce 2009 bylo celkem 19 % případů akutní a virové VHC hlášeno v hl. m. Praze.

Obrázek 2-5 Hlášená incidence akutní a chronické VHB v celé populaci a u injekčních uživatelů drog v letech 1996-2009



Obrázek 2-6 Hlášená incidence akutní a chornické VHC v celé populaci a u injekčních uživatelů drog v letech 1996-2009



Z výsledků studie Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti „Seroprevalence VHC u injekčních uživatelů drog“ provedené ve 12 nízkoprahových zařízeních v letech 2002-2003, z toho ve dvou pražských nízkoprahových zařízeních, vyplývá, že až 44,7 % klientů bylo pozitivních (viz tabulka 2-5).

tabulka 2-5 Průběžné výsledky seroprevalenční studie VHC ve vybraných zařízeních (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003)

Zařízení	Počet otestovaných respondentů	Počet testů s pozitivním výsledkem	
		Počet	%
Drop In, Praha	114	51	44,7
Kontaktní centrum SANANIM, Praha	101	37	36,6
Celkem	759	226	29,8

Od roku 2004 probíhá monitoring testování infekcí u injekčních uživatelů drog v nízkoprahových zařízeních. Výsledky za rok 2008 byly získány prostřednictvím internetového dotazníku umístěného na stránkách drogy-info.cz v období leden-únor 2009. Odpovědělo celkem 52 nízkoprahových programů, z toho 23 kontaktních center, 13 terénních programů a 16 programů současně provozujících kontaktní centrum i terénní program. Výsledky získané rychlými testy naznačují nižší míru prevalence než výsledky laboratorních

testů. Vysoké prevalence byly zjištěny v kraji Ústeckém (20 %) a Moravskoslezském (33 %) (Mravčík et al., 2009).

V r. 2007–2008 byla Centrem adiktologie realizována studie seroprevalence HIV, VHB a VHC zaměřená na injekční uživatele drog ze zemí bývalého Sovětského svazu pohybující se na drogové scéně v Praze (Zábranský & Janíková, 2008). Studie se zúčastnilo 59 osob ze zemí bývalého Sovětského svazu, které v současnosti injekčně užívají drogy. Otestována byla i jedna žena-neuživatelka, partnerka osoby pozitivní na sledovanou infekci. Byly zjištěny 2 případy HIV pozitivních uživatelů drog (3,5 %). Na VHC bylo pozitivních 49 (83,1 %) účastníků studie. Aktivní infekce VHC byla prokázána u 37 z 56 případů s hodnotitelnými vzorky (66 %). U 31 případů z 58 s hodnotitelným výsledkem byla prokázána proběhnuvší VHB (53,3 %); u 7 osob (11,9 %) byla prokázána současná akutní nebo chronická VHB infekce (přítomnost HBs antigenu), u 5 případů (8,5 %) byla prokázána replikace viru VHB, která je známkou vysoké infekčnosti onemocnění. Na základě výsledků studie byla státním orgánům a Magistrátu hl. m. Prahy doporučena realizace preventivních a léčebných opatření. V oblasti systémových opatření se jedná o léčebné a harm reduction intervence, které budou brát ohled na specifika komunit migrantů (uzavřenost vůči majoritní společnosti, kulturní specifika, legální status částí jejich příslušníků atd.). Optimálním řešením by měl být navrhovaný integrovaný program služeb pro imigranty užívající drogy realizovaný v hl. m. Praze i v aglomeracích nebo velkých městech. Zdravotnické služby by v rámci integrovaného programu měly být koordinovány s aktivitami nízkoprahových, azylových a dalších zařízení. Jako okamžitá opatření jsou navrhovány:

- zvýšení dostupnosti testování na HIV, VHB a VHC, služeb prvního kontaktu a další následné péče uživatelům drog a jejich blízkým (sexuálním) kontaktům,
- zajištění výroby a široké dostupnosti informačních materiálů v jazyce migrantů,
- zařazení péče o zahraniční uživatele drog do osnov vzdělávání pro zdravotnické a nezdravotnické odborníky v oblasti adiktologie,
- zvýšení znalosti azylového řízení mezi pracovníky služeb pro uživatele drog a podpora síťování mezi drogovými zdravotnickými a nezdravotnickými službami,
- dostupnost služeb v azylových zařízeních respektujících citlivost tématu (užívání drog, HIV, hepatitidy).

### 2.3 Institucionální kontext

Užívání drog sebou nese riziko, a to nejen pro jednotlivé uživatele a jejich zdraví, ale také pro zdraví konkrétní komunity a veřejné zdraví obecně. Cíle protidrogové politiky tedy jsou: předcházet tomu, aby lidé začali užívat drogy; předcházet tomu, aby lidé začali brát drogy nitrožilně; podporovat uživatele, aby přestali brát drogy; minimalizovat rizika spojená s užíváním drog. Pokud mají intervence/programy/zařízení účinným způsobem napomáhat uvedeným cílům, musí být ve vztahu k uživatelům drog pragmatické, musí pružně reagovat a poskytovat uživatelům drog takové služby, které potřebují (Rhodes, 1999).

V rámci této studie nebyla provedena samostatná institucionální analýza. Nicméně v hl. m. Praze je zastoupeno celé spektrum služeb: služby primární prevence, detoxifikace, krátkodobá a střednědobá ústavní léčba v psychiatrických léčebnách, ambulantní léčba, stacionární léčba, substituční léčba, následná péče zahrnující ambulantní doléčovací programy, programy chráněného ubytování a chráněných bytů s psychosociální podporou a programy chráněných dílen a chráněných zaměstnání s psychosociální podporou.

Pouze rezidenční léčba v terapeutických komunitách určená pro problémové uživatele drog starší 18 let<sup>1</sup> je soustředěna mimo hl. m. Prahu. V Praze je provozováno Středisko výchovné péče Klíčov, které je rozděleno na dvě ambulantní oddělení, dvě celodenní (stacionární) oddělení a jedno pobytové (internátní) oddělení. Tato oddělení spolu úzce souvisejí a spolupracují společně i v tom smyslu, že si navzájem podle indikace výchovného problému předávají klienty. Jednotlivé programy jsou určeny konkrétní cílové skupině klientů. Obecnou náplní Střediska je snaha o diagnostiku a nápravu výchovných problémů, nebo negativních projevů chování, které nastaly u dítěte přibližně od 6 do 18 let věku.

Občanské sdružení SANANIM poskytuje v Praze služby uživatelům návykových látek, kteří jsou motivováni k řešení své současné situace a jsou ve vazbě nebo ve výkonu trestu a nemohou osobně kontaktovat kontaktní či léčebné zařízení. Služba je také určena klientům s již nařízenou ústavní nebo ambulantní léčbou, kteří jsou aktuálně propuštěni z vazby nebo výkonu trestu. Služby jsou poskytovány ve vazebních věznicích Ruzyně a Pankrác (kde je také dostupná substituční léčba). Mezi základní poskytované služby patří asistence v oblasti

---

<sup>1</sup> Definice problémového užívání drog podle EMCDDA: užívání drog nitrožilně nebo dlouhodobé/pravidelné užívání heroinu, kokainu a/nebo amfetaminů.

sociální práce, kontakt před léčbou, diferenciatně diagnostický filtr, poradenství, kontakt se státními institucemi a soudy, s jinými sociálními pracovníky, s Probační a mediační službou ČR, kontakt s rodinnými příslušníky.

Mezi další služby specifické pro Prahu patří Právní poradna A.N.O., která poskytuje právní poradenství a konzultace v oblasti práva trestního, občanského, rodinného a pracovního související s problematikou užívání nealkoholových drog (zejména uživatelé konopí, mládež experimentující s drogami, zaměstnanci zařízení poskytující služby a ostatní profesionálové přicházející do styku s drogovou problematikou).

Je také nutné zmínit služby pro HIV pozitivní, s čímž úzce souvisí provádění prevence sexuálně přenosných chorob. Tyto služby v Praze nabízí celkem 6 organizací (La Strada ČR; Rozkoš bez rizika; Národní linka prevence AIDS, KHS; Poradna pro AIDS, VFN; AIDS centrum Bulovka; Česká společnost AIDS pomoc – Dům světla).

### 2.3.1 Nízkoprahové služby pro uživatele drog

Nízkoprahová centra určená uživatelům drog poskytují kontaktní služby, poradenství, motivační trénink, programy harm reduction, diferenciatně diagnostický filtr a zprostředkování detoxifikace a ústavní nebo ambulantní léčby. Cílovou skupinou jsou problémoví uživatelé drog, experimentátoři a jejich rodiny a blízcí. Často jsou nízkoprahová centra první službou, kterou tito uživatelé využijí. Abstinence není podmínkou spolupráce klienta se zařízením. Klientům je také umožněn anonymní kontakt, čímž dochází k odbourání stigmatizace z návštěvy odborného zařízení, dochází k navázání kontaktu a budování důvěry mezi klientem a pracovníky (Libra, 2003).

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

Prevence infekčních nemocí patří mezi základní služby poskytované nízkoprahovými zařízeními (poskytování informací, distribuce letáků upozorňujících na nebezpečí infekčních chorob a dalších zdravotních problémů, vzdělávání a motivace k bezpečnější aplikaci drog a k

bezpečnému sexu, výměnný program jehel a stříkaček, distribuce kondomů, poskytování/zprostředkování testování infekcí a případné další zdravotní péče) (Mravčík et al., 2009).

Významnou součástí služeb nízkoprahových, ale také léčebných zařízení, je prevence předávkování, která je prováděna prostřednictvím poradenství a tréninku uživatelů drog v rámci těchto služeb. Hlavními tématy vzdělávání jsou první pomoc v případě předávkování, rizika kombinování drog a zásady bezpečnějšího užívání. Většina nízkoprahových zařízení poskytuje anonymně poradenství v těchto oblastech i prostřednictvím e-mailu a telefonu. K dispozici je celá řada informačních materiálů zpracovávaných samotnými zařízeními, některé z nich i v cizích jazycích (zejména v romštině a ruštině, ale také v angličtině, např. v rámci Safer Party Tour). Sdružení Podané ruce (Brno) zpracovalo manuál pro bezpečnější (injekční) užívání drog, který je dostupný na internetu. Pracovníci nízkoprahových zařízení, především terénních programů, jsou proškoleni v poskytování první pomoci v případě předávkování u klienta (Mravčík et al., 2009).

Většina uživatelů drog není v kontaktu s existujícími službami a často se nedaří tuto populaci účinně oslovit existujícími způsoby intervencí, případně existující služby neposkytují takové služby, které cílové skupiny populace potřebují. V těchto případech je účinnou intervencí terénní práce, která by se měla zaměřovat na ty jednotlivce, kteří nejsou v kontaktu se stávajícími službami a kteří potřebují odbornou pomoc (Rhodes, 1999). Terénní programy se tedy zaměřují na těžko dostupnou populaci, na populaci, která není v kontaktu s žádnými službami. Nejrizikovějšími cílovými skupinami jsou skupiny mladých uživatelů drog (EMCDDA, 2001). Terénní programy jsou ve Standardech odborné způsobilosti (RVKPP, 2003) definovány jako služby prvního kontaktu v terénu včetně komplexního programu harm reduction s cílem ovlivnit motivaci klienta ke změně životního stylu, rizikového chování a k vyhledání příslušných odborných zařízení. Terénní práce je metodou šíření zdravotnické osvěty a služeb, a to šíření informací o možných zdravotních rizicích, podporování změn směrem od rizikového chování a udržení pozitivní změny v chování. Cílem terénní práce je vyjít vstříc cílové skupině (Rhodes, 1999). Terénní práce se nezaměřuje pouze na vyhledávání skryté populace uživatelů drog, ale také na současné trendy na drogové scéně. Mezi tyto trendy můžeme zahrnout: a) užívání nových drog jako např. syntetických drog, b) užívání

přírodních drog (např. halucinogenních hub, efedry), které mají dlouhou tradici, ale nejsou široce rozšířené, c) návrat „starých“ drog jako např. zvýšení užívání kokainu na tanečních akcích v některých evropských zemích, d) nové způsoby užívání, e) měnící se cílové skupiny (např. bezdomovci, žadatelé o azyl nebo návštěvníci tanečních akcí).

Jedním ze zdrojů informací pro klienty nízkoprahových programů v Praze je např. časopis Dekontaminace vydávaný o. s. SANANIM. Terénní pracovníci ho distribuují mezi aktivní uživatele návykových látek. Časopis je zaměřen na poskytování informací týkajících se bezpečnějšího užívání, bezpečnějšího sexu, sítě léčebných zařízení pro uživatele, informací o drogové scéně, novinek z oblasti adiktologie apod. Informace o drogách a poradenství, které mimo jiné zahrnuje i problematiku předávkování, infekčních chorob a zdravotních problémů souvisejících s drogami, poskytují také internetové poradny [www.drogovaporadna.cz](http://www.drogovaporadna.cz) (o. s. SANANIM) a [www.extc.cz](http://www.extc.cz) (Sdružení Podané ruce).

V rámci Systému včasného varování před novými psychoaktivními (Early Warning System) látkami jsou všechna nízkoprahová zařízení informována v případě, že je v ČR zachycen výskyt nových drog či nebezpečných drog se zvýšeným rizikem vzniku zdravotních potíží a předávkování (Mravčík et al., 2009).

Základními dokumenty pro zajištění kvality poskytovaných služeb jsou „Standardy kvality sociálních služeb“ (MPSV, 2007) a Standardy odborné způsobilosti – obecné a speciální (RVKPP, 2003). Cílem dodržování standardů je zvyšování kvality služeb pro uživatele drog a jejich efektivní financování z veřejných zdrojů.

Síť nízkoprahových programů tvoří kontaktní nízkoprahová centra a terénní programy, v roce 2008 jich bylo celkem 100. Počet uživatelů drog, kteří využili služby těchto zařízení v posledních třech letech roste. Od roku 2003 je patrný nárůst počtu problémových uživatelů drog v kontaktu a naopak pokles počtu uživatelů konopných látek. Průměrný věk uživatelů dlouhodobě roste. Návštěvnost nízkoprahových zařízení a objem poskytnutých služeb zůstává v posledních třech letech stabilní. Nejvyšší počet kontaktů vykazují nízkoprahové programy v Praze a dále v krajích Ústeckém, Jihomoravském a Olomouckém. Nejvyšší počet výměn byl proveden v roce 2008 v hl. m. Praze (cca 120 tis.) a v kraji Ústeckém (cca 31 tis.) (Mravčík et al., 2009).

V Praze v r. 2003 působily celkem 4 nízkoprahová, kontaktní, centra (Nízkoprahové středisko Drop In; Harm reduction – výměnný program IUD, ČČK; Kontaktní centrum o. s. SANANIM), které poskytovaly služby osobám užívající návykové látky. Cílovou populací jsou uživatelé nejen z Prahy, ale také z ostatních krajů a zahraničí (Slovensko, státy býv. SSR, Jugoslávie, Polsko). Ruský mluvící uživatelé drog ze zemí bývalého SSSR (zejména z Ukrajiny) se pohybují na drogové scéně v Praze v počtu desítek osob; terénní program SANANIM proto zaměstnává ruský mluvící (rodilí mluvčí) terénní pracovníky, kteří s těmito klienty pracují. Dolní věková hranice cílové populace je 15 let. Pro uživatele drog romské národnosti bylo v roce 2003 určeno Kontaktní středisko pro romské uživatele drog v Praze (o. s. HOST). Služby jsou poskytovány také rodičům, příbuzným, přátelům, partnerům či známým uživatelů.

Základní poskytované služby:

- kontaktní práce,
- výměnný program stříkaček a jehel,
- základní zdravotnický servis,
- hygienický servis,
- testy HIV, prevence HIV/AIDS,
- poskytování kondomů,
- vitamínový a potravinový servis (voda, čaj, polévka, pečivo),
- sociální práce,
- poradenství, motivační trénink,
- krizová intervence,
- telefonické poradenství, telefonická krizová intervence,
- pracovní programy,
- asistence při jednání s úřady,
- probační práce (ochranná ambulantní léčba).

V roce 2010, v době provedení druhé analýzy potřeb, poskytovaly nízkoprahové služby 3 nestátní neziskové organizace (o. s. SANANIM, DROP IN a Stage 5 o.s. Progressive). Národní monitorovací středisko monitoruje vybrané výkony provedené v nízkoprahových zařízeních a referuje o nich ve Výročních zprávách o stavu ve věcech drog v ČR.



V Praze byly v roce 2003 provozovány 4 terénní programy (Terénní program soc. asistentů–Streetwork, o. p. s. Drop In; Terénní programy, o. s. SANANIM; Stanice prvního kontaktu, o. s. ESET-HELP; Mobilní terénní program soc. asistentů – Streetmobil, o. p. s. Drop In). Cílovou skupinou jsou problémoví uživatelé návykových látek starší 15ti let a také uživatelé tanečních drog. Pro romské uživatele drog je určen program Terénní práce s romskými uživateli drog v Praze (o. s. HOST).

Základní poskytované služby:

- výměnný program injekčních stříkaček a jehel,
- sběr použitých injekčních stříkaček na veřejných místech,
- distribuce kondomů, desinfekčních tamponů, filtrů, sterilní vody, alobalu,
- poradenství ohledně zdravotních rizik spojených s užíváním drog, poskytování informací o bezpečném brání, o bezpečnějším sexu, motivační trénink ke změně životního stylu směrem k abstinenci,
- zdravotní ošetření,
- potravinový a vitamínový servis,
- sociálně-právní poradenství,
- reference do sociálních a zdravotnických zařízení,
- testy HIV, VHC, těhotenské testy,
- distribuce letáků o nebezpečích spojených s užíváním drog.

V roce 2010 bylo v Praze provozováno 5 terénních programů (Terénní program Streetwork o.p.s. Drop In, Terénní program Mobil Street o.p.s. Drop In, Romský terénní program o.s. SANANIM, Terénní program o.s. SANANIM a Terénní program No Biohazard o.s. Progressive).

Z tabulky 2-6 je zřejmé, že se zvyšuje množství distribuovaného injekčního materiálu, což může souviset s rostoucím počtem odhadovaných injekčních uživatelů drog (Mravčík et al., 2010), ale také s tím na co upozorňují autoři kvalitativního šetření provedeného v Praze ((Radimecký, Janíková, & Zábranský, 2009):

- drogová populace postupně stárne a lze tedy předpokládat, že vlivem delší drogové kariéry mají uživatelé poškozený žilní systém a tedy k úspěšné aplikaci drogy spotřebují více injekčních stříkaček,
- dochází ke změně uživatelských návyků, někteří uživatelé Subutexu filtrují roztok k injekční aplikaci v jedné stříkačce a k samotné aplikaci použijí stříkačku jinou,
- uživatelé dbají více zásad bezpečné aplikace a používají více sterilního materiálu.

tabulka 2-6 Počet distribuovaných jehel a stříkaček ve výměnných programech v Praze a v ČR v letech 2003-2009 (Mravčík et al., 2010)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Hl. m. Praha	979 560	1 210 704	1 697 554	1 850 330	2 071 788	2 060 588	2130 729
Celkem v ČR	1 777 957	2 355 536	3 271 624	3 868 880	4 457 008	4 644 314	4859 100

V r. 2002 zahájila Společnost Hvězda realizaci projektu „Romský terén“, který byl v r. 2003 rozšířen o projekt „Baterie“. Cílem obou projektů bylo zvýšit schopnosti terénních pracovníků pro přímou práci s klientem a týmovou práci a využít jejich zkušeností a kontaktů s terénem pro získání informací o užívání drog romskou populací a následně pro zlepšení této situace. Projekt Romský terén se zaměřoval na realizaci třífázového výcviku romských a neromských terénních pracovníků, kteří pracují v romských komunitách. Projekt Baterie byl zaměřen na vytvoření romsko-českého Komiksu (Vrtbovská, 2003).

Podle průzkumu mezi klienty všech pražských nízkoprahových programů pro uživatele drog z května 2008 (Šejvl, 2008) využívali klienti nejvíce výměnný program (48 %), dále poradenství a rozhovor s pracovníkem (25 %), kontaktní místnost (12 %), zdravotní ošetření (11 %) a hygienický servis (7 %). Denní nebo téměř denní užití služeb uvádí 26 %, několikrát týdně 33 %, několikrát v měsíci 24 % a méně často 13 % klientů, 4 % klientů frekvenci využití služeb nevedla. K testování na HIV uvedlo 51 % klientů, že bylo testováno v posledním roce, 31 % dříve než v posledním roce a 18 % uvedlo, že nebylo testováno nikdy. Dvě třetiny (66 %) klientů byly na HIV testovány v kontaktním centru, 19 % při nástupu do vazby či výkonu trestu a 15 % při nástupu do léčby závislosti. Na VHC bylo testováno 53 % klientů v posledním roce, 33 % dříve než v posledním roce a 14 % nikdy; 57 % klientů bylo na VHC

testováno v kontaktním centru, 26 % při nástupu do vazby či výkonu trestu a 17 % při nástupu do léčby závislosti.

Pražské nízkoprahové programy spolupracovaly v r. 2008 na vyšetřování a očkování v rámci protiepidemických opatření při zvýšeném výskytu VHA – viz výše.

Součástí služeb nízkoprahových zařízení je v rámci prevence přenosu infekcí distribuce aluminiové folie ke kouření heroiny a v některých programech jsou distribuovány také želatinové tobolky určené k polykání drogy, především pervitinu. V roce 2006 (Mravčík et al., 2007) byly zveřejněny první informace o programech distribuce želatinových tobolek jako službě vedoucí k redukci injekční aplikace. V roce 2009 proběhl internetový dotazníkový průzkum s cílem podrobněji zmapovat distribuci kapslí. Internetový dotazník vyplnilo 52 nízkoprahových zařízení. Z dotazníků vyplývá, že v současnosti kapsle jako harm reduction materiál distribuují 17 zařízení a dalších 20 o distribuci kapslí uvažuje. Poptávka po kapslích mezi uživateli drog roste. Podle účastníků ohniskových skupin, které byly provedeny mezi klienty Terénních programů o.s. SANANIM v Praze, jsou primární cílovou skupinou injekční uživatelé pervitinu, kteří mají poškozené žíly a hledají alternativu k injekčnímu užívání drogy. Dalšími cílovými skupinami jsou zejména rekreační uživatelé pervitinu, kteří nemají s injekčním užíváním zkušenost, a sociálně stabilizovaní uživatelé drog, kteří se za určitých okolností obávají aplikovat drogy injekčně (např. v práci). Uživatelé opiátů nebyli uvedeni jako cílová skupina pravděpodobně vzhledem k nižší metabolické dostupnosti opiátů ze zažívacího traktu. Poškozené žíly a motivace ke snížení frekvence injekčního užívání drog jsou hlavními uváděnými důvody pro užívání kapslí. Kapsle ve srovnání s prostým orálním užitím pomáhají eliminovat typickou hořkou chuť drogy a při jejich užití nechybí tzv. nájezd účinku drogy. Výhodou kapslí je snadná příprava a bezpečnost aplikace. Zmíněna byla ale i zdravotní rizika související s orálním užitím pervitinu, zejména v souvislosti s poškozením sliznic zažívacího traktu. Distribuce kapslí se jeví jako vhodný efektivní přístup snižování rizik, zejména ve skupině uživatelů pervitinu, resp. uživatelů drog na bázi amfetaminů. Potenciální rizika i výhody užívání kapslí v harm reduction by měly být předmětem dalšího výzkumu (Škařupová, Mravčík, & Orlikobá, 2009).

Na začátku roku 2010 spustilo o.s. SANANIM projekt, v rámci kterého provozuje sanitku, ve které jsou poskytovány služby uživatelům drog. Vůz je přistaven v dosahu největší otevřené

drogové scény v blízkosti Václavského náměstí a ve Vrchlického sadech. Každé pondělí a čtvrtek od 14.00 do 18.00 zde mohou klienti využít služeb výměnného programu, zdravotního ošetření, testování na infekční choroby a poradenství. Mezi hlavní cíle projektu patří: 1) zvýšení počtu klientů otestovaných na infekční choroby, 2) zvýšení dostupnosti zdravotní péče, 3) navazování klientů na následnou zdravotní péči, 4) zvýšení množství vyměněného injekčního materiálu, 5) zvýšení počtu zprostředkovaných následných léčeb v terénních podmínkách.

Občanské sdružení PROGRESSIVE v květnu 2008 zahájilo projekt NON STOP 24. V rámci tohoto projektu instalovalo v Praze prodejní automaty na harm reduction materiál. Cílem projektu je rozšířit systém ochrany veřejného zdraví prostřednictvím zvýšení dostupnosti harm reduction materiálu a oslovení specifické skupiny injekčních uživatelů drog. Pilotní fáze programu byla zahájena instalací 2 přístrojů v Praze 5. Automaty umožňovaly časově neomezený přístup k čistému injekčnímu materiálu, dezinfekcím, čisté vodě apod. Jeden z automatů byl vybaven bezpečnostním kontejnerem na odhoz použitých stříkaček. V říjnu 2008 byl projekt pozastaven ze strany Městské části Praha 5, uvedeným důvodem bylo zhodnocení dopadů celého projektu pro městskou část; do srpna 2009 nebyl projekt obnoven. Interní vyhodnocení projektu ukázalo, že počet setů vydaných v automatech kontinuálně rostl a služba byla klienty pozitivně hodnocena; ukázalo se také, že přibližně třetina klientů nebyla v kontaktu s žádným jiným harm reduction programem a projekt tak zachytil dosud nekontaktovanou, resp. těžce kontaktovatelnou část pražské populace injekčních uživatelů drog (Mravčík et al., 2008; Mravčík et al., 2009).

Dalším projektem v oblasti harm reduction v Praze je FIX POINT realizovaný o.s. PROGRESSIVE. Projekt spočívá v instalování speciálních bezpečnostních kontejnerů na odhoz použitého injekčního materiálu. Tyto kontejnery jsou umístěny na vytipovaných místech tak, aby byly pro injekční uživatele drog co nejdostupnější. Cílem projektu FIX POINT je rozšíření možností bezpečné likvidace použitého injekčního materiálu v lokalitách zatěžovaných injekčním

užíváním drog. Příprava tohoto projektu probíhala od r. 2008 a oficiálně byl projekt zahájen v červnu 2009. V současnosti jsou kontejnery umístěny na 9 místech v Praze 5 (Mravčík et al., 2009).

Nízkoprahová zařízení poskytují svoje služby také účastníkům tanečních akcí. V Praze se jedná o o. p. s. Drop-In, které vykazalo v r. 2008 v závěrečných zprávách aktivity harm reduction mezi uživateli drog na tanečních akcích (Mravčík et al., 2009).

Vedle nízkoprahových zařízení se na snižování rizika přenosu infekčních nemocí mezi uživateli drog podílí také lékárny, které představují doposud ne plně využívaný zdroj injekčního materiálu (Vacek, Gabrhelík, & Miovský, 2008).

### 3 Osobnost uživatele drog

O závislosti a jejích příčinách lze uvažovat ze tří hlavních dimenzí: biologické, psychologické a sociální. Někteří autoři k těmto třem základním rozměrům závislosti přidávají ještě čtvrtou, kterou je dimenze spirituální (Rotgers, 1999). Dále je třeba k těmto čtyřem dimenzím přidat další dvě, a to ekonomický a právní rozměr, bez kterých nelze o osobě závislého uvažovat. Netík a kol. (Netík, Budka, Neumann, & Válková, 1990) mluví o třech hlavních okruzích, ze kterých vyrůstají modely drogových závislostí. Jsou jimi: endogenní okruh (osobnost, biochemické a fyziologické mechanismy), exogenní okruh (prostředí, subkultura), smíšený okruh (sociální učení se vzorcům „toxikomanského chování“, formy a možnosti trávení volného času).

Rozbor osobnosti uživatele může hlouběji osvětlit genezi jeho drogové závislosti. V rámci zkoumání osobnosti uživatele ho musíme nahlížet ve třech rovinách – osobnost, prostředí, droga. Tyto proměnné koncipují osobnost nikoli izolovaně, ale komplexně vždy v rámci jejího sociálně-psychologického pole a dynamicky probíhající interakce s drogou.

Ladewig (Netík et al., 1990) popsal model popisující vývoj osobnosti, jež je ve zvýšené míře ohrožena užíváním návykových látek, pomocí těchto rizikových činitelů: strukturálně a funkčně dezorganizovaná rodinná absence dospělé osoby poskytující intimní kontakt v rodině, ve škole a při trávení volného času, výskyt neodpovědného a lehkomyšlného zacházení rodičů s léky a alkoholem, předčasný negativní vliv vrstevníků v prostředí, kde jsou k dispozici drogy.

Podle výzkumu Vojtíka a Břicháčka (Netík et al., 1990) zaměřeného na stanovení struktury osobnosti 100 pacientů psychiatrické léčebny, zneužívajících návykové látky, a na postižení základních mechanismů, jimiž se vyrovnávají s obtížnými situacemi, se liší jejich osobnost od obecné populace jak v osobnostní struktuře psychické variability, tak ve struktuře vnitřních stavů a ve struktuře životních frustrací. Uvedeme nejdůležitější charakteristiky, které z výzkumu vyplynuly:

- adjustační rigiditu spojují s vysokou regulační variabilitou – nezřízenost, spontánnost v chování, což vede k maladjustaci na specifické aspekty nových situací s tendencí užívat vlastních již zacvičených postupů a schémat chování,

- ve spojení s nedostatečnou anticipační regulací chování s nižšími autoregulačními zábrany pak projevují nezdrženlivé a nekontrolované formy interakce se situačními proměnnými,
- vyšší emocionální vzrušivost, prožívání napětí, situačního napětí a úzkosti se spojuje se sníženou kognitivní kapacitou při postihování a zpracování situačních proměnných a zdůrazňuje tendenci k neřízenému emocionálně nezdrženlivému chování, spojenou se sníženým sebecitem a aspirační úrovní, se sníženou sebedůvěrou a s nízkou vnitřní integrovaností,
- nedostatek vnitřní pohody a čínorodosti, výrazné zvýšení psychického napětí a pocitů deprese a psychického vyčerpání,
- výrazná frustrace nejen v celkovém životním pocitu, ale i v jednotlivých situacích,
- relativně malá frustrace v oblasti zdravotního stavu tělesného i duševního, chybějící náhled vlastní nemoci.

Jedním z podstatných rysů závislosti nejen na alkoholu a návykových látkách, ale i patologického hráčství, workaholismu a dalších je bažení (craving). Jedná se o různě silnou touhu pociťovat účinky psychoaktivní látky, s níž měl jedinec dříve zkušenost, rozlišujeme bažení tělesné (vznikající při odeznívání účinku návykové látky nebo bezprostředně po něm) a psychické (objevuje se i po delší abstinenci). Bažení je nejsilnější v počátcích abstinence a hraje tedy významnou roli při recidivách. Negativní duševní stavy a pocity, zejména úzkost, zvyšují intenzitu bažení (podrobněji viz (Nešpor & Csémy, 1999)).

### 3.1. Psychoanalytické teorie závislosti

První hypotézy, časově se vztahující převážně k období klasické psychoanalýzy 30., 40. a 50. let, se soustřeďují na fakt uspokojení některých infantilních potřeb. Konkrétně Freud, Ferenczi, Rickman, Simmel a další (In: (Mikota, 1995), s. 24) uvažují o tom, že *„farmakologických vlastností návykových látek je využíváno k uspokojení některých infantilních potřeb. Narkotický účinek ovlivňuje v první řadě psychické superstruktury, tj. dočasně oslabuje sebekritičnost, inhibice a vytěsnění. Primitivnější popudy a potřeby, ve střízlivém stavu nepřijatelné, se mohou aspoňčástečně vyjádřit a uspokojit. Pití pomáhá udržet*

*psychickou rovnováhu pomocí opakované, samovolně vyvolané psychózy a v tomto smyslu na ně lze pohlížet jako na pokus o svépomocnou léčbu.“*

Dispozice k výběru symptomu je spatřována v rané fixaci na orálním stadiu psychosexuálního vývoje a vyznačuje se silnou potřebou, aby o něj bylo pečováno, aby dostával zájem a podporu bez sebemenšího úsilí, obecnou netolerancí vůči psychickému napětí, malou schopností snášet bolest, frustraci, odklad apod. Intoxikace je příležitostí k dočasnému úniku z těchto každodenních frustrací (Mikota, 1995). Autoři těchto myšlenek spatřovali důvody k orálním fixacím v anomální konstelaci původní rodiny závislého. Předpokládali ambivalentní postoj matky k synovi, někdy ho nadměrně uspokojovala, jindy zase frustrovala. „*Nevyřešená vazba k matce a chybějící kontakt s otcem měly vést k pasivitě a feminní identifikaci, včetně problémů s pasivněhomosexuálními potřebami*“ (Mikota, 1995), s. 25). Farmakologický účinek drogy tedy usnadňuje jedinci regresivní únik od frustrující skutečnosti a částečné uspokojení infantilních popudů, jež mají většinou orální, homosexuální a masochistickou podobu.

Je-li disponovaný jedinec opakovaně vystaven účinku drogy, tj. rozpuštění obran a sublimací, jeho labilní psychosexuální organizace a objektní vztahy se posunují směrem k desintegraci a regresi. Zralejší formy uspokojení jsou postupně nahrazovány primitivnějšími a méně diferencovanými, až se znovuvytvoří orální fixace a droga a intoxikace se stanou jedinými zájmy v životě závislého jedince.

V egopsychologickém období, jehož počátek bývá někdy kladen už do klasického období, kdy vznikl strukturální model lidské psychiky ve 30. letech a končící na začátku 80. let, analyticky zajímá především druh konfliktů než druh popudů, a v anamnéze pacientů si kromě psychosexuálního vývoje všímají zejména rozvoje objektních vztahů (Jacobsonová, Fairbairn, Kernberg) a tvorby psychických struktur, umožňujících člověku unést a řešit nevyhnutelné vnitřní konflikty (Erikson, Hartmann, G. Blancková a R. Blanck). Přestali operovat s pojmy latentní homosexuality a primárního masochismu a redefinováno bylo i pojetí regrese, jež chápou jako desintegraci premorbidní osobnosti do nekonzistentních fragmentů (Mikota, 1995).

V klasickém období psychoanalýzy se hovořilo o orálním charakteru, jež je predisponovaný k závislosti na návykových látkách, v egopsychologické terminologii je používáno označení



hraniční organizace osobnosti. Avšak ne každý závislý měl premorbidně tyto povahové vlastnosti a ne každý hraniční pacient podlehne závislosti na návykových látkách.

Krystal (Rotgers, 1999) uvažuje o závislých na návykových látkách jako o jedincích s hraniční organizací osobnosti. Závislost vysvětluje v rámci teorie objektních vztahů: závislá osoba prožívá k droze symbolický vztah jako k primárnímu mateřskému objektu, touží po sjednocení s ním a současně se toho obává. Dále Krystal prezentoval teorii o narušení afektivních funkcí závislých (alexithimie). Ti nedokáží rozeznat kognitivní aspekty emočních stavů, prožívají globální fyziologické stavy a napětí, namísto diferencovaných pocitů jako je smutek, zlost, štěstí apod.

Psychologie self, reprezentovaná zejména jejím zakladatelem Heinzem Kohutem, považuje za příčinu závislosti na alkoholu a jiných návykových látkách „slabost self“, tj. neadekvátnost „jádra osobnosti“ vůči možnostem a nárokům „obvyklého očekávaného prostředí“ (Mikota, 1995).

Kohut (Mikota, 1995), s. 29) se vyjadřuje o jedinci závislém na droze následovně: *„Závislý člověk touží po droze, jež mu připadá vhodná k léčbě centrálního defektu jeho self. Stává se mu náhražkou selfobjektu (specifického funkcionálního objektu), s nímž se minul s traumatizující nenadálostí a intenzitou v době, kdy měl ještě (vývojové fázi adekvátní) pocit všemocné kontroly nad jejím porozuměním a činy v souladu s vlastními potřebami, jakoby tato osoba byla jeho součástí. Požitím drogy symbolicky nutí zrcadlíci selfobjekt, aby ho konejšil a akceptoval. Idealizovaný objekt nutí, aby ho poslouchal, nechal ho se sebou splynout, a tak měl podíl na jeho magické moci. V každém případě mu požití drogy dodává sebeúctu, kterou jinak postrádá. S pocitem akceptovanosti si zajistí sebedůvěru, nebo splynutím se zdrojem moci získá pocit vlastní síly a hodnoty. Všechny tyto účinky zesilují pocit, že je živý a existuje na tomto světě.“*

Nejkonzistentnější pokus o formulaci psychologických podmínek vedoucích k závislosti na návykových látkách provedl Leon Wurmser (Mikota, 1995). Všimá si podmínek intrapsychických a sociálních a člení je do čtyř kategorií:

- předběžná, ale nepostačující podmínka se týká latentní poruchy osobnosti, disponované k intrasystemickým konfliktům, které vyvstávají z nemožnosti smířit subjektivně žádoucí s

percipovanou objektní nebo sebe-reprezentací,

- specifická podmínka má základ v emoční poruše, která se vyvíjí nezávisle na setkání s drogou a subjektivně se projeví prožitkem nepřekonatelné krize, doprovázené desiluzí, vztekem, pocitem naprosté prázdnoty, nebo prudkou úzkostí a za tímto psychickým stavem je skryt osobní problém, týkající se vědomě zapomenutých, ale vnitřně přechovávaných pocitů velkoleposti a všemoci – jedná se o *narcistický konflikt*, jež způsobuje popsanou *narcistickou krizi*; osoby náchylné k této poruše nemají vyvinuté účinné ochrany proti silným, ochromujícím afektům, člověk, disponovaný k závislosti nepotřebuje unikat vnějšímu nebezpečí, ale svým neúnosným vnitřním stavům,
- spolupůsobící podmínky nemusejí být nutně přítomny, jsou to sociální a demografické podmínky,
- spouštěcí podmínky bezprostředně předcházejí vzniku závislosti, patří sem snadná dostupnost drogy a svedení vrstevníky. Předpoklad narcistické poruchy jako podmínky vzniku drogové závislosti vyslovil i egopsycholog Otto Kernberg. Drogová závislost je častým syndromem hraniční struktury osobnosti a její prognóza závisí na subtypu povahy, narcistické struktury prognózu zhoršují.

Naopak Khantzian (Rotgers, 1999) považuje za podstatu problémů osob, užívajících návykové látky, deficity, nikoli konflikty, tedy slabé stránky self než konflikty mezi psychickými instancemi. Jedinec vyhledává konkrétní látku, určitý účinek drogy, který kompenzuje daný deficit.

Důležitou charakteristikou závislých je dysforický afekt beznaděje (Mikota, 1995), který pramení z přesvědčení, že to co si opravdu přejí nebo dokonce potřebují, se jim nikdy nesplní. Tento afekt je výsledkem patického individuálního vývoje. Pomocí návykové látky se vyhnou subjektivně neúnosnému prožitku a zapomenou na něho. Společným vyústěním psychopatologických podmínek je „*nevíra v lidi, což zahrnuje všechny stavy, které člověku znemožňují, aby si ve vztazích s druhými lidmi odpočinul, čerpal z nich optimismus, sebeúctu a všechna uspokojení, jež v nich lidé obvykle hledají a nacházejí, aniž by se nad tím museli pozastavovat, nebo podrobovat tento jev soustavné introspekci*“ (Mikota, 1995), s. 37).

### 3.2. Hraniční a narcistické osobnosti

V této kapitole se budeme podrobněji věnovat deskriptivní a dynamické diagnostice struktury osobnosti, a to pouze hraniční a narcistické organizaci osobnosti, a to proto, že na základě řady výzkumných studií předpokládáme, že osobnost jedinců závislých na návykových látkách je nejčastěji organizována na hraniční či narcistické úrovni organizace osobnosti (viz výše).

#### Možnosti diagnostiky osobnostní struktury

Kernberg (Lerner, 1991) navrhl posouzení osobnosti na základě dvou relativně nezávislých dimenzí. První je deskriptivní popis charakterové struktury, jež vychází z předpokladu, že se na základě určité logiky některé rysy osobnosti nevyskytují nebo vyskytují společně a podle toho vytváří specifickou strukturu charakteru. Druhou dimenzí je posouzení stupně organizace osobnosti, který se nachází za charakterovou strukturou a tvoří její základ. Kernberg se o toto rozlišení pokusil v rámci psychoanalýzy, ale v dnešní psychiatrii lze tyto trendy sledovat také. Jedná se o dva přístupy k diagnostice osobnosti, o deskriptivní a psychodynamický.

Deskriptivní přístup se nejvíce uplatnil v klasifikačních systémech duševních poruch, DSM-IV, MKN 10, ačkoli DSM-IV je již značně ovlivněn dynamickými přístupy k diagnostice osobnosti. Podrobnějším srovnáním těchto dvou přístupů se ve své přednášce věnoval Stiegler – uvádíme jeho přehlednou tabulku (Tabulka 3-1).

Tabulka 3-1 Srovnání podstatných znaků deskriptivně–statistické a psychodynamické diagnostiky podle M. Stiglera (Stigler, 1995)

<b>Deskriptivní diagnostika (DSM-IV a MKN 10)</b>	<b>Psychodynamická diagnostika</b>
Zaměřuje se na symptom a syndrom, tj. na povrch (= pojetí pozorovatelného).	Menninger: „What is behind the symptom?“ (Co je za symptomem?) (=pojetí nevědomí).
Jak symptom vypadá?	Jak je symptom prožíván?
Pacient se má v první řadě precizně popsat.	Pacient je podněcován k introspekci a asociaci.
Symptom beze smyslu.	Symptom intra- a interpsychicky smysluplný.
Osoba diagnostika (lékaře) zůstává „venku.“	Plná subjektivní implikace diagnostika

	(lékaře).
Terapeutický plán se dá vyvodit jen omezeně.	Cíle a plán terapie odvoditelné z diagnózy.
Časový faktor jen omezeně zahrnut.	Geneze, vývoj a průběh jsou významné.
Spektrum normální-patologické je předělené (diskretní).	Kontinuální spektrum normálnípatologické.
„Ateoretická“ opce (volba), tj. bez teoretické hypotézy.	Hypotézy psychogenetické, konfliktové a vztahové.
Epistemologický rámec: logický empirismus.	Epistemologický rámec: hermeneutický empirismus.
Těžiště ve velkých skupinách - výzkum (nomotetický přístup).	Těžiště v jednotlivých případech – klinika (idiografický přístup).
V popředí reliabilita (standardizované dotazníky, test – retest reliabilita).	V popředí validita (spojená, ale také v konfliktu s reliabilitou).
Re-medikalizace psychiatrie.	De-medikalizace.

Psychodynamická a deskriptivní diagnostika se vzájemně nevylučují, obě se navzájem doplňují a jedna se velmi těžko obejde bez druhé. Deskriptivní diagnostika má značné výhody při výzkumné práci, kde je třeba konkrétních kritérií pro srovnávání skupin zkoumaných osob mezi sebou. Naopak v psychoterapii se upřednostňují dynamická hlediska, která umožňují diferencovanější porozumění a tím také diferencovanější plánování průběhu terapie pro konkrétního jedince. Deskriptivní diagnostika hovoří tedy o osobnostní poruše, zatímco psychodynamicky orientovaní autoři mluví o osobnosti, jež je výrazem osobnostní struktury či organizace osobnosti. Ta je individuální, v základě daná a vyplývá ze způsobu a souhrnu intrapsychických mechanismů jedince. Chce-li psychodynamická diagnostika v budoucnu obstát proti statisticko-deskriptivní diagnostice, musí se s ní umět měřit a srovnávat, musí se tedy stát svým zcela specifickým způsobem měřitelnou a srovnatelnou (Stigler, 1995).

Deskriptivní a dynamické diagnostické systémy se tedy samozřejmě ovlivňují nejen v diagnostice samotné, ale už na úrovni samotné terminologie. V této práci nerozlišujeme tedy nejrůznější termíny, které považujeme za synonyma, nerozlišujeme tedy hraniční organizaci osobnosti od hraniční struktury osobnosti ani od hraniční osobnostní dynamiky nebo

hraničního stylu self procesu, ačkoli je zřejmé, že vznik ani užití těchto termínů nejsou zcela totožné. Za základ deskriptivní diagnostiky považujeme kritéria uvedená v klasifikačních systémech (zde konkrétně DSM-IV), jež však hovoří o poruše osobnosti. Domníváme se, že dynamické pojetí hraniční organizace osobnosti je širší – pouze u některých pacientů s hraniční organizací osobnosti dosáhne míra specifických patologických rysů takové intenzity, že je možné diagnostikovat poruchu osobnosti.

### **Deskriptivní diagnostika**

DSM-IV vymezuje 10 poruch osobnosti v rámci tří základních podskupin:

- podivínské, excentrické osobnosti: paranoidní, schizoidní, schizotypní;
- dramatické, emocionální a nestálé osobnosti: antisociální, hraniční, histriónské, narcistické;
- úzkostné, bázlivé osobnosti: vyhubé, závislé a obsedantně-kompulzivní.

MKN-10 popisuje 9 poruch osobnosti, a to paranoidní, schizoidní, disociální, emočně nestabilní, histriónskou, anankastickou, úzkostnou, závislou, narcistickou, pasivně-agresivní a depresivní.

Diagnostický systém používaný v DSM-IV je pětiosý. I. osa se týká základních klinických poruch. II. osa zahrnuje poruchy osobnosti u dospělých nebo vývojové poruchy u dětí. Somatické poruchy související s léčbou jsou posouzeny na ose III. IV. osa se týká těch psychosociálních faktorů a faktorů prostředí, které ovlivňují etiologii, diagnózu, léčbu a prognózu duševní poruchy. Na V. ose se posuzuje celková úroveň výkonnosti pacienta.

Obecná kritéria DSM-IV pro **poruchu osobnosti**:

1. Přetrvávající vzorec chování a vnitřního prožívání, který je významně odlišný od norem pacientovy kultury. Tento vzorec se projevuje alespoň ve dvou z následujících oblastí:
  - Afekt (přiměřenost, intenzita, labilita a celková šíře emocí).
  - Kognice (jak pacient vnímá a interpretuje sebe, druhé a události).
  - Kontrola impulsů.
  - Interpersonální fungování.
2. Vzorec je stálý a ovlivňuje množství osobních a sociálních situací.

3. Tyto symptomy vedou ke klinicky významnému pocitu distresu nebo narušují práci, sociální nebo osobní fungování.
4. Tento stabilní vzorec již trvá delší dobu, jeho kořeny leží již v adolescenci nebo rané dospělosti.
5. Uvedené symptomy nelze lépe vysvětlit jinou psychickou poruchou.
6. Uvedené symptomy nejsou přímo způsobeny léky nebo užíváním jiných látek, včetně léků a látek, které bývají zneužívány.

Diagnostická kritéria **hraniční poruchy osobnosti** (DSM-IV):

Trvalé a nápadné projevy nestability v interpersonálních vztazích, sebehodnocení, emocích, kontrole impulzů, začínající v časném věku dospělosti a objevující se v různých souvislostech.

Porucha je vymezena nejméně pěti z následujících příznaků:

1. Horečné úsilí vyhnout se reálnému nebo domnělému odmítnutí (nezahrnuje sebevražedné nebo automutilační chování uvedené v bodě 5).
2. Nestálé a intenzivní interpersonální vztahy, charakteristické střídáním nadměrné idealizace a devalvace.
3. Porucha identity (těžce narušené nebo nestálé sebehodnocení nebo sebeobraz).
4. Potenciálně sebepoškozující impulzivita, alespoň ve dvou oblastech: utrácení, riskantní jízdy vozidlem, sex, extrémní přejídání se, zneužívání látek (nezahrnuje sebevražedné nebo automutilační chování uvedené v bodě 5).
5. Opakované suicidální tendence, pokusy, hrozby nebo sebepoškozující jednání.
6. Emoční nestabilita způsobená výraznou reaktivitou nálad (intenzivní epizodická dysforie, podrážděnost nebo úzkost, obvykle trvající několik hodin a pouze zřídka déle než několik dnů).
7. Chronické pocity nudy nebo prázdnoty.
8. Nepřiměřený intenzivní hněv nebo neschopnost svůj hněv ovládat (např. časté projevy zlosti, opakované fyzické útoky, trvalé pocity vzteku).
9. Přechodné a nepříliš obsáhlé paranoidní myšlenky nebo těžké asociativní symptomy spojené se stresovými situacemi.

Diagnostická kritéria **narcistické poruchy osobnosti** (DSM-IV):

Grandiozita (fantazijní nebo skutečná), nedostatek empatie a touha po obdivu jsou již od rané dospělosti přítomny v různých situacích a projevují se alespoň pěti z následujících příznaků:

1. Velikášský pocit svého významu (pacient přeceňuje vlastní výkony a schopnosti).
2. Zaujetí fantaziemi o své kráse, vtipu, ideální lásce, moci a síle, o svém neomezeném úspěchu.
3. Víra, že osobní jedinečnost pacienta ho předurčuje ke kontaktu (a porozumění) pouze s lidmi nebo s institucemi, kteří/ktelé mají nějaký výjimečný status.
4. Vyžadování přehnaného obdivu.
5. Pocit situaci nepřiměřené oprávněnosti, kompetence (pacient bezdůvodně očekává zvláště výhodné jednání a zacházení s ním nebo automatické uspokojování jeho vlastních potřeb).
6. Pacient vykořisťuje druhé, aby tak dosáhl svých osobních cílů.
7. Nedostatek empatie (pacient neumí rozpoznat nebo se identifikovat s tím, co cítí a potřebují druzí).
8. Častá žárlivost na druhé nebo víra, že druzí závidí pacientovi.
9. Arogance nebo nadutost v postojích nebo v chování.

Tato porucha osobnosti je typická velikášskými představami o vlastní důležitosti (např. přeceňování vlastních úspěchů, vloh apod.), zaujetím fantaziemi o absolutním úspěchu, moci, vlastní skvělosti, kráse nebo ideální lásce. Jedinec věří, že je „zvláštní“ a jedinečný a že může být pochopen a být ve spojení opět pouze se zvláštními a výjimečnými či vysoce postavenými lidmi nebo institucemi. Má potřebu nekonečného obdivu a představu o zvláštní privilegovanosti, neoprávněné očekávání zvláště slibného způsobu léčby nebo automatické splnění jeho přání a očekávání. Využívá interpersonálních vztahů ve svůj vlastní prospěch tak, že využívá výsledků jiných osob k dosažení vlastních cílů. Chybí empatie, váhavost a je zřejmá neochota rozpoznat nebo se vžít do pocitů nebo potřeb jiných lidí. Často závidí jiným nebo věří, že jiní závidí jemu. Přistupuje nebo se chová arogantně či zpupně.

### **Psychodynamický přístup k diagnostice hraniční a narcistické osobnosti**

Rané psychoanalytické práce týkající se diagnostiky hraničních osobností lze rozdělit do dvou skupin. První skupina viděla tyto pacienty jako ty, kteří mají mírnou formu schizofrenie. Tito

pacienti byli popisováni nejrůznějšími termíny, např. ambulatorní schizofrenie, pseudoneurotická schizofrenie, latentní schizofrenie apod. a všichni byli viděni jako součást schizofrenické skupiny. Zatímco druhá skupina je vidí jako odlišnou a separovanou skupinu pacientů, ani neurotickou ani psychotickou, umístěnou z hlediska psychopatologie mezi těmito dvěma póly. Stern užil termín *borderline* v tomto smyslu jako první, Frosch vytvořil termín *psychotický charakter*. Ačkoli ale tyto pacienti sdíleli mnoho charakteristik s psychotiky, lišili se od psychotických pacientů v jejich relativní schopnosti uchovat testování reality, jejich kvalitnějšími objektivními vztahy a jejich kapacitou pro reverzibilitu v případě regrese (Goldstein, 1987).

Centrální práce v současném dynamickém myšlení souvisejícím s hraničními osobnostmi je práce Otto Kernberga. Jeho práce poskytla mnoho integrací a syntéz zejména teoretiků objektivních vztahů, nabízí sjednocený a vyčerpávající systém pro deskripci, definici a porozumění této organizaci osobnosti a zařazuje vývoj hraniční patologie do kontextu vývoje ego struktury.

Kernberg rozlišuje tři základní úrovně organizace osobnosti: normální neurotická, hraniční a psychotická (podrobněji Tabulka 3-2). Uvádí možnost čtvrté organizace osobnosti, a to narcistické, která leží mezi neurotickou a hraniční (Goldstein, 1987).

Každou úroveň lze posuzovat z hlediska úrovně vývoje pudů, manifestací slabostí ega, úrovně organizace obranných mechanismů, úrovně internalizovaných objektivních vztahů, úrovně vývoje superega a dosažené ego identity (Lerner, 1991).

Tabulka 3-2 Neurotická, *borderline* a psychotická struktura osobnosti (Stigler, 1995)

	<b>Neurotická struktura (stabilně integrovaná)</b>	<b>Borderline (hraniční) organizace (mírně integrovaná)</b>	<b>Psychotická struktura (desintegrovaná)</b>
<b>Vztah</b>	Oidipální/genitální	Anaklitický/zrcadlící	Splývající
<b>Obrana</b>	Zralá	Mírně zralá	Nezralá
<b>Úzkost</b>	Ztráta lásky, kastrace	Ztráta objektu	Zničení
<b>Identita</b>	Jasná	Vágní	Nejasná
<b>Konflikt</b>	Intrapsychický	Interpersonální	Id versus realita



<b>Test reality</b>	Intaktní	Nekonstantní	Narušené
<b>Agování</b>	Mírné	Časté	Masivní
<b>Frustrační tolerance</b>	Dostatečná	Malá	Minimální
<b>Schopnost truchlit</b>	Dostatečná	Malá	Minimální
<b>Opakování</b>	Diferencující	Rigidní, schematické	Archaické
<b>Agresivita</b>	Libidinózně vázaná	Štěpící agresivita/libidinózní	Destruktivní
<b>Erotizace</b>	Adekvátní	Inadekvátní	Derealizovaná
<b>Závislost</b>	Mírná	Tlak, využívání	Masivní
<b>Identifikace</b>	Částečná	Mimetická	Splývající

Hraniční organizace osobnosti má specifickou stabilní organizaci osobnosti, zahrnující funkce ega a superega a vzorce instinktivní pudové organizace. Tato organizace je relativně stabilní a rezistentní vůči změně (kromě intenzivní psychotherapeutické intervence). Hraniční jedinec má zvláštní strukturu ega, která sestává ze specifického vzorce sil ega a slabostí ega (Goldstein, 1987; Goldstein, 1995).

**Síly ega** jsou následující:

- Relativní neporušenost testování reality: Pod vlivem stresu a ve velmi uzavřených interpersonálních situacích, je tendence k tomu, že tato ego funkce regreduje, někdy to vede až ke krátkým psychotickým epizodám. Co se týká symptomatologie, je někdy těžké diferencovat tyto regrese od schizofrenických nebo jiných psychotických epizod. Co odlišuje tyto epizody je jejich krátkost (minuty až den nebo dva) a jejich spontánní reverzibilita. Tyto přechodné psychotické epizody jsou přípustné, ale rozhodně nejsou závazné k vytvoření diagnózy hraniční.
- Relativní neporušenost procesu myšlení: Proces myšlení v každodenním fungování a ve strukturovaných situacích je převážně sekundárním procesem. Ačkoli pod akutním stresem a v nestrukturovaných situacích (jako je projektivní psychologické vyšetření), se často vynoří primární proces. Předpoklad je takový, že ačkoli zjištění sekundárního procesu ve WAIS a primárního procesu v ROR je pravděpodobným důkazem pro

hraniční diagnózu, tento vzorec není zcela nutný pro stanovení této diagnózy. U některých hraničních se z nejasných důvodů neodhalí primární proces v ROR.

- **Relativní neporušenost interpersonálních vztahů:** Interpersonální vztahy u hraničních osobností jsou často na pohled nedotčeny. Na povrchu se zdá, že se hraniční vztahují k ostatním, mohou mít mnoho známých a někdy mohou dokonce udržovat dlouhotrvající vztahy. Po podrobném zkoumání je zřejmé, že vztahy jsou často charakterizovány nápadným nedostatkem hloubky a nedostatkem zájmu o druhého jedince jako osobu. Druhá osoba je viděna jako někdo, kdo může být použit pro setkání s potřeby hraničního jedince, spíše než jako osoba v její vlastní pravosti. Hloubka a empatie chybí a hraniční často zaváhají mezi povrchními vztahy a intenzivními závislými vztahy, které jsou zničeny primitivními obranami. Základní, na pohled nedotčené interpersonální vztahy jsou internalizované objektové vztahy, které jsou docela primitivní, charakterizované neintegrovanými a neslučitelnými reprezentacemi self a objektními reprezentacemi.
- **Relativní neporušenost adaptace na realitu:** Adaptace na realitu je na pohled nedotčená, v tom mohou hraniční vypadat normálně a mohou ukazovat adekvátní úspěch v práci nebo ve škole. Po podrobném zkoumání lze předpokládat, že adaptace je méně než optimální. Základní slabosti ega obvykle nedovolují udržovat adaptaci. Existují výjimeční hraniční jedinci, kteří mohou maximalizovat určité síly a adaptovat se adekvátně v čase, zejména ve strukturovaném prostředí. Tito jedinci často dělají docela dobře svoji profesi, zatímco typicky projevují mnohem větší chaos v jejich sociálním životě. Zdá se, že tato výjimečná skupina, více než jiní, vyhledává intenzivní psychoterapii.

Tyto čtyři síly jsou pouze relativní, snadno se zhroutí pod vlivem různých náročných, stresových situací. Jsou na povrchu organizace osobnosti a umožňují tedy jedinci docela „normální“ vystupování. Tyto čtyři síly, zejména první dvě, nejjasněji diferencují hraniční osobnosti od více psychotických jedinců.

Základní **slabosti ega** jsou následující:

- **Kombinace kontroly popudů a frustrační tolerance:** Nejsou schopni odložit požadavek po okamžitém uspokojení a mají sklon k předvádění se pod stresem. Tyto

charakteristiky jsou nezdědka kombinovány s pocitem oprávněnosti. Tyto obtíže velmi často sami prezentují tendencí ke stavům ničivého vzteku, užíváním drog a alkoholu, za účelem vyhnutí se frustraci, získání dočasného uspokojení a uniknutí práci a interpersonální situaci pod stresem.

- Sklon k užívání primitivních obran ega: V každodenním fungování tendují hraniční k užívání primitivních obran o něco více než neurotici, pod stresem mají tendenci ke spoléhání se na tyto primitivní obrany. Vaillant klasifikuje obrany do hierarchie o pěti úrovních se zvyšující se psychopatologií: 1. dospělé, zralé obrany; 2. neurotické; 3. nedospělé, nevypělé; 4. borderline a 5. narcistické obrany. V každodenním fungování hraniční jedinci, se zřetelem k individuálním odlišnostem, užívají neurotické, nevypělé a hraniční obrany. Pod stresem hraniční projevují zřetelnou tendenci spoléhat se na hraniční obrany. Ve zřejmých regresích mohou také použít některé narcistické obrany. Hraniční obrany zde zahrnují štěpení (splitting), primitivní idealizaci, projekci, projektivní identifikaci, primitivní popření, omnipotenci a devalvacii. Tyto obrany Kernberg považoval za patognomické pro hraniční organizaci osobnosti. Primitivní obrany zahrnují kromě těchto hraničních obran předvádění se a narcistické obrany.
- Difúze identity: Tento termín popisuje identitu, která není integrovaná nebo kohezivní, soudržná, ale difúzní. Je to identita založená na hromadných, neslučitelných, nesjednocených představách o sobě a o světě. V jednu konkrétní chvíli je vyvoláno jedno konkrétní sebehodnocení, v jinou je vyvoláno úplně jiné. Stejně je to aplikováno na představy o světě. Hraniční jedinec je proto neschopen smysluplně popsat sebe samého nebo ostatní. K popsání tohoto problému lze užít termínů jako nedostatek integrovaného sebepojetí, nedostatek cítění sebe sama, nedostatek pravého self, nedostatek stabilní identity, nedostatek koherentního pocitu sebe.
- Afektivní nestabilita: Je běžnou charakteristikou hraničního pacienta. Často je zdůrazňována přítomnost intenzivního afektu, obvykle depresivního nebo hostilního; hněvu jako zažívaného afektu; a depresivní pocity, osamělost, prázdné pocity bez energie. Agrese není používána konstruktivním, egosyntonním, adaptivním způsobem, jako sublimace, práce, rekreace a zábava. Agrese často prorazí přímo ničivým způsobem, jako např. výbuchy hněvu a zuřivosti, nebo agrese chrání proti

maladaptivními způsoby a vede k jiným egodystonním afektivním stavům, jako je deprese, nuda a prázdnota. Často zde mohou být rychlé a dramatické obraty, změny z jednoho afektu do jiného.

Tyto charakteristiky se stávají více zřejmými až po hlubším porozumění jedinci a diferencují hraniční jedince od neurotických jedinců.

Podle Kernberga (Goldstein, 1995) je stěžejní problém hraničních pacientů v obtíži integrovat pozitivní a negativní introjekty a tomu odpovídající selhání v dosažení libidinózní stálosti objektu. Předpokládá, že normálně vyvíjející se dítě organizuje svoje zkušenosti (začátek krátce po narození) podle afektivních stavů, zpočátku je vše dobré, nebo vše špatné. Zpočátku představy o sobě a představy o objektech splývají a pojí se buď s pozitivními nebo negativními afekty. Kolem osmi měsíců se představy o sobě separují od představ o objektech a pojí se buď s pozitivními nebo negativními afekty. Kolem osmnácti měsíců je u dítěte vyvinuta stálost objektu, ale ještě pořád vidí sebe a ostatní buď jen jako dobré nebo jen jako špatné. Tato tendence byla popsána Melanií Kleinovou a nazývá se splitting (štěpení). Mezi druhým a třetím rokem dosahuje dítě libidinózní stálosti objektu a přestává užívat splitting jako primárního organizujícího principu. Selhání v dosažení libidinózní stálosti objektu, s obtížemi v integraci dobrých a špatných představ o sobě a o objektech (nebo selhání v integraci pozitivních a negativních introjektů), je ústředním problémem hraničních pacientů. Přítomnost nepřiměřeného agresivního pudu v raných obdobích života je základním etiologickým faktorem. Tento nepřiměřený agresivní pud zasahuje do rozvíjejícího se procesu separace-individuace takovým způsobem, že posiluje splitting a libidinózní stálost objektu tedy nebude již nikdy skutečně dosažena. Tento nepřiměřený agresivní pud buď pochází z vrozených faktorů, nebo je sekundárním projevem těžké frustrace v raném dětství. Tento pud se stává hlavním problémem mezi prvním a třetím rokem života dítěte. Kernberg se domnívá, že kritické vývojové období pro většinu hraničních jedinců se shoduje se subfází znovusblížení ve fázi separace – individuace podle Mahlerové a pro malou skupinu hraničních pacientů je kritickým obdobím subfáze diference.

*„Kernberg vyzdvihl závažnost faktorů konstitučních (nedostatek schopnosti neutralizovat agresi, převaha orální agrese, snížená tolerance úzkosti), jiní (Mahlerová, Masterson, Rinsley*

aj.) *zdůraznili význam osobnosti matky a patologických interakcí s vyvíjejícím se dítětem*“ (Boleloucký, 1993), s. 57).

Splitting je hlavním obranným mechanismem u hraničních osobností. Jedná se o aktivní separaci zcela dobrých a zcela špatných představ o sobě a ostatních, jejich integrace by spustila nesnesitelnou úzkost a vinu. Proces štěpení souvisí a je podporován dalšími obrannými mechanismy, a to primitivní idealizací, devalvací a projektní identifikací (Faldyna, 2000).

Goldstein (Goldstein, 1995) zmiňuje důležité etiologické faktory při vývoji hraniční osobnosti: deprivace, strádání a zanedbávání na straně jedné a přílišné rozmazlování a příliš stimulující až dotěrná mateřská péče na straně druhé. V druhém případě pečující osoba vytváří pohlcující, dusící a splývající vztah s „budoucím hraničním dítětem“ a nedovolí mu/jí separaci a individuaci. Stále častěji se také hovoří o takových etiologických faktorech jako je trauma v raném dětství a fyzické a/nebo sexuální zneužívání.

Když hovoříme o etiologii, nesmíme zapomenout na prevalenci této organizace osobnosti v rodině hraničního jedince, ale také na biologické faktory: patologické rysy hraniční osobnosti mohou být v některých případech výsledkem organických faktorů.

Důležitým přínosem pro ego-psychologický diagnostický přístup k hraničním osobnostem je práce Meissnera. Podle něho se tato diagnostická skupina skládá z heterogenní skupiny pacientů, reprezentovaných škálou různých úrovní patologického fungování osobnosti. Rozděluje hraniční pacienty do dvou velkých podskupin: hysterické kontinuum a schizoidní kontinuum. Každé kontinuum je ještě rozděleno do odlišných diagnostických kategorií podle stupně psychopatologie. Tyto těžké patologické charakteristiky zahrnují kvalitu objektových vztahů, úroveň stálosti objektu, úroveň dosažené a udržované koheze self, regresní potenciál, stupeň tendence k projekci a úroveň strukturalizace ega a superega (Goldstein, 1995).

Podobně jako hraniční osobnost, **narcistická osobnost** se stává stále více známým a široce užívaným termínem v současné psychiatrii. Termín narcistická osobnost se stal široce používaným psychoanalytickou komunitou a poté se rozšířil do obecné psychiatrické populace. Podobně jako hraniční osobnost, narcistická osobnost se poprvé objevila v oficiální psychiatrické nomenklatuře v DSM-III. Popularita tohoto termínu jasně pramení z rozsáhlého psaní Kohuta a Kernberga na toto téma. Jejich práce se staly tak dominantní, že současné

koncepty narcistické osobnosti, zahrnující i DSMIII, spočívají téměř výlučně na nich (Goldstein, 1987).

Podle Kernberga (Lerner, 1991) pacienti s touto organizací osobnosti manifestují zvýšenou úroveň sebezaujetí, nadměrnou potřebu být milováni a obdivováni. Jejich emocionální život je povrchní, projevují malou empatii pro motivy a pocity druhých a cítí se neklidní a unudění, pokud jejich sebeúcta není vyživována. Potencionální poskytovatelé narcistických nabídek k uspokojení jejich potřeb jsou idealizováni, zatímco ti, od kterých očekávají málo, jsou devalvováni a zacházejí s nimi s opovržením. Za pozlátkem vřelosti jsou chladní, arogantní, bezohlední a vykořisťující.

Hlavním problémem narcistické osobnosti je postižení jejich sebeúcty v souvislosti se specifickým narušením jejich objektových vztahů. Na druhé straně tito jedinci nemají sklon k hluboké regresi, většina z nich funguje v sociálním životě velmi dobře a obvykle mají větší schopnost kontroly impulzů než osobnosti s vývojově ranějším postižením (Kernberg, 1967).

Kohut (Lerner, 1991) popsal narcistické osobnosti jiným způsobem než Kernberg. Identifikoval specifický komplex symptomů (tento komplex zahrnuje nedostatek entuziasmu a nadšení, perverzní aktivity, subjektivní pocity neživosti), ale tento komplex podle něho není dostačující pro prokázání narcistické diagnózy. Nejdůležitějším diagnostickým znakem narcistické organizace osobnosti je podle něho nestabilita nebo sklon k regresi. Narcističtí jedinci jsou příliš opatrní, hypersenzitivní, nedůtkliví a nesmírně zranitelní. Jejich sebeúcta je velmi malá a depresivní afekty, jež zažívají, zahrnují pocity prázdnoty a marnosti. *„Pocity prázdnoty a nudy, vnitřní nepřítomnost lásky se stávají hrozivými přízraky, které se dají zahánět jen trvalou aktivitou. Nevydávat energii, nic nedělat znamená depresi, sklíčenost, zoufalství, ztrátu odvahy a naděje“* (Röhr, 2001), s. 65).

Pro diferenciální diagnózu Kohut (Kocourek, 1992) používá konceptu „*kohezivního self*“ a vývoje narcistického přenosu. Mohou probíhat dvě formy přenosu, a to idealizující a zrcadlicí přenos. Idealizující přenos vzniká v důsledku reaktivace idealizovaného rodičovského imaga, následuje regrese, jež vede často k extázi, transu, hypomanickému podráždění, terapeut je vnímán jako ten nejskvělejší člověk na světě. Zrcadlicí přenos se objevuje po reaktivaci vlastního grandiózního self, což se projeví autoritativním chováním, afektovanou řečí a gestikou, nerealistickými grandiózními činy. Jedinec se může dostat do hlubšího regresního

stavu, jehož projevem je zvýšená hypochondrie, autostimulace, perverzní fantazie a aktivity a vytvoření autoerotického „body-mind-self“.

Kohut (Kocourek, 1992) formuluje následující výčet patologických rysů:

- V sexuální oblasti: perverzní fantazie, nedostatek zájmu o sex.
- V sociální oblasti: pracovní inhibice, neschopnost formovat a udržet signifikantní vztahy, delikventní aktivity.
- V manifestacích osobnostních rysů: nedostatek humoru, nedostatek empatie pro potřeby a pocity druhých lidí, tendence k atakám nekontrolovatelného vzteku, patologické lhaní.
- V psychosomatické oblasti: hypochondrické zabývání se fyzickým a mentálním zdravím, vegetativní poruchy v četných orgánových systémech.

Za účelem diferencování narcistické osobnosti od hraniční, je důležité srovnání prací Kernberga a Kohuta, které provedl Goldstein (Goldstein, 1987). Zabýval se tímto aspektem do hloubky z pohledu ego-psychologického přístupu. Kernberg dělí narcistickou osobnost do tří skupin. Jedna skupina, navzdory narcistické identitě, podle definice funguje zřetelně na hraniční úrovni, jasně se setkává s kritérii, jež byla vysvětlena výše. V dalších dvou skupinách integrovaná, ačkoli patologická identita narcistické osobnosti způsobuje větší stabilitu než u typicky hraniční osobnosti. Kvůli srozumitelnosti Goldstein spojil tyto dvě skupiny dohromady a označil je Kernbergovým termínem: „zdravější“ narcistické osobnosti. Tyto Kernbergovy zdravější narcistické osobnosti spojil s Kohutovou narcistickou osobností a v kontrastu s hraniční osobností.

Nejvíce nápadný rozdíl mezi narcistickou osobností a hraniční je v oblasti identity. Místo neintegrované a nestabilní identity má narcistická osobnost integrovanou, ač vysoce patologickou identitu založenou na grandiózním self. Ačkoli je docela primitivní, tato identita je více stabilní než u hraniční osobnosti a více rezistentní k regresi. Tedy, testování reality je trochu lepší u narcistických pacientů než u hraničních. Kontrola impulzů a frustrační tolerance, společně s afektivní stabilitou, jsou rozhodně citlivé k regresi u narcistické osobnosti. Na rozdíl od hraniční, kde tyto funkce jsou celkově více citlivé, u narcistických pacientů tato citlivost je více omezena do oblasti znevažování, trápení a urážení, do oblasti nazvané narcistická zranitelnost. Interpersonální vztahy jsou obvykle udržovány na lepší

úrovni u narcistických než u hraničních osobností, ale jsou ještě zdeformovány narcistickými potřebami. Adaptace na realitu u narcistické osobnosti je obvykle lepší než u hraniční, zatímco proces myšlení zůstává nedotčený, neporušený. Obrany určitě zahrnují primitivní idealizaci, omnipotenci, devalvací a splitting a jsou podobné hraničním obranám.

Tato kondenzace Kohutovy narcistické osobnosti s Kernbergovou „zdravější“ narcistickou osobností se nesečkala s diagnostickými kritérii pro hraniční. Tato skupina stojí mezi hraničními a neurotiky v úrovni psychopatologie. Kernberg nabídl základní práci, kde klasifikuje všechny pacienty spadající do tří úrovní psychického fungování. Čtyři úrovně psychického fungování mohou být přidány ke Kernbergově konceptu. Tato úroveň, narcistická úroveň, také s odlišnou základní strukturální konfigurací, jasně spadá mezi neurotiky a hraniční – v souladu se stupni psychopatologie. Musíme pamatovat na to, že v souladu s Kernbergem, některé narcistické osobnosti spadají do této skupiny, zatímco jiné spadají do hraniční skupiny.

Pro člověka s narcistickou strukturou osobnosti je těžké přijmout milostný vztah. Do vztahu nedokáže skutečně vstoupit, udržuje si odstup, neumí prožít závislost v pozitivním smyslu, protože má panický strach z blízkosti: „*Jako malé dítě se obrátil se vsí láskou k matce, ale jeho naděje, že ona ji bude opětovat se nenaplnila*“ (Röhr, 2001), s. 41). V jeho raném vývoji významným způsobem selhalo okolí – dítě velmi dobře vnímá, že rodiče ho nemohou uchránit od nebezpečí reálného světa. Trauma extrémní bezmoci, které dítě zažilo ve vztahu k dřívějším objektům, v něm vzbudilo zoufalou snahu zůstat skryté a nenalezené (Mikota, 1995). Rovnoprávný vztah je tedy pro něho nemyslitelný, proto hledá někoho, kdo je závislý, kdo se cítí malý a podřízený. Jen s takovým partnerem se může cítit jistý, neboť za velkolepou fasádou je on sám nesmírně malý a zranitelný (Röhr, 2001).

Celkovou prognózu u narcistických osobností je podle Kernberga (Kernberg, 1992) nutné zvažovat opatrně. „*Rigidita a falešnost ve fungování této charakterové struktury činí velké potíže analytickému pokroku*“ (Kernberg, 1992), s. 41). Psychoanalýza je kontraindikací v léčbě těchto pacientů, jako nejlepší se jeví více podporující léčebný přístup. Pokud jde o narcistické pacienty, kteří se jeví být schopní podstoupit psychoanalýzu, Kernberg (Kernberg, 1992) našel následující prognostické činitele, jež lze v individuálních případech použít:



- Tolerance deprese a smutku: Prognóza je příznivější u pacientů, kteří si uchovávají určitou schopnost snášet depresi a smutek, zvláště když jejich deprese obsahuje prvky pocitů viny.
- Sekundární zisk z analytické léčby: Uspokojení z „učení“ se analýze může kompenzovat velmi účinně skryté znehodnocení analytika a pacientovu neschopnost akceptovat sebe jako pacienta.
- Přenosový potenciál pro vinu versus přenosový potenciál pro paranoidní vztek: Existují narcističtí pacienti s různými druhy skrytého přenosového potenciálu. Někteří rozvinou v přenosu intenzivní paranoidní reakce, zatímco ostatní se jeví jako schopní prožít alespoň určitý pocit viny a znepokojení nad tím, co dělají analytikovi. Tento typ pacienta má lepší prognózu než ten typ, který v přenosu prožívá čistou paranoidní reakci.
- Kvalita sublimačního potenciálu: Pacienti, kteří byli schopni dosáhnout určitého skutečně kreativního vývoje v určité oblasti svého života, mají lepší prognózu než ti, kteří v tomto ohledu nemají žádnou kapacitu. Občas je těžké zhodnotit tento faktor, ale tyto informace poskytne pečlivá pozornost věnovaná pacientovým zájmům a aspiracím.
- Stupeň a kvalita integrace Superega: Integrace Superega je u těchto osobností slabá. Obsahují především deriváty primitivních, agresivních, zdeformovaných rodičovských obrazů bez normální integrace agresivních předstupňů s ideálním Self a ideálními objektovými představami a bez poslední fáze depersonifikace a oddělení Superega. Avšak někteří mají depersonifikované a oddělené Superego v určitých oblastech. Tito pacienti mají lepší prognózu než ti, u kterých zbývá jen velmi málo takové „malé morálky“. Nejhorší prognózu má antisociální osobnostní struktura a představuje extrémní formu tohoto nedostatku vývoje Superega.
- Přítomnost životních okolností posilujících neobvyklé narcistické uspokojení: Ke špatné prognóze vede to, má-li pacient příležitost k přehrávání (acting out) jeho potřeby moci, sociální důležitosti a přijetí.
- Kontrola impulzů a tolerance úzkosti: Narcističtí jedinci mají často relativně dobrou kontrolu impulzů, ale mají několik oblastí, které představují kompromis a umožňují uspokojení patologických narcistických potřeb. Horší prognóza je u pacientů, kteří

vykazují slabou nebo neexistující kontrolu impulzů, kteří se ztrácí v „acting outu“, kteří kombinují určitou formu sexuální deviace s alkoholismem, toxikománií apod.

- Regrese na úroveň primárně-procesuálního myšlení: U některých pacientů se může projevat velmi malá symptomatologie, ale primárně-procesuální myšlení je překvapivě blízko povrchu.
- Motivace k léčbě: Ke zkoušce motivace dojde po určité době terapie. Obvyklá motivace - zbavit se symptomů - se může ukázat jako zcela falešná. Ve skutečnosti se mohou chtít stát dokonalými, perfektními a mohou do terapie vstupovat s tímto očekáváním.

### **3.3. Jak posoudit organizaci osobnosti?**

V procesu psychoterapie terapeut neustále posuzuje aktuální úroveň organizace osobnosti pacienta a v průběhu terapie dospívá k orientačnímu určení této organizace či poruchy. Terapeut vychází především z historie pacienta a z aktuálního prožívání a chování v prostředí pacienta, vše posuzuje vzhledem k určité teoretické koncepci.

Faldyna (Faldyna, 2000) vymezuje tři základní způsoby, jimiž lze přistoupit k diagnostice poruch osobnosti. Prvním způsobem je dedukce, jež odpovídá svým pojetím dynamickému přístupu. Druhým způsobem je *deskripce*, která se zaměřuje především na aktuální projev a jeho srovnání s diagnostickými kritérii MKN-10, či DSM-IV. Třetím je syntéza obou předchozích přístupů.

K posouzení úrovně organizace osobnosti vytvořil Kernberg se spolupracovníky interview. Toto interview je semistrukturované, pomocí dotazů a podnětů dospívá terapeut k posouzení stavu integrace identity, obran, testování reality pacienta. Terapeut se snaží získat integrovaný pohled na pacienta, jeho okolí a interakce s ním (Boleloucký, 1993). Toto interview bylo v roce 1989 přepracováno Zanariniovou, Gundersonem, Frankenburgem a Chaunceyem a v současnosti se používá jeho revidovaná verze DIB-R (podrobněji viz (Faldyna, 2000).

Pro základní orientaci nám může posloužit již první interview. Toto interview terapeut nestrukturuje, dává prostor samotnému pacientovi, jak on sám využije nabídnutý prostor, jak se v něm bude pohybovat, strukturovat ho. V tomto prvním sezení se vytváří základy vztahu

mezi terapeutem a pacientem a mimo jiné pacient dává terapeutovi objektivní informace, informace o jeho vzhledu, chování, citovém nastavení. Terapeut také může pozorovat způsob reagování pacienta a jeho vztahování se k terapeutovi. K získání všech těchto důležitých informací o pacientovi musí mít terapeut přístup ke svým vlastním předvědomým procesům vnímání a myšlení, musí být vybaven dobrými pozorovacími schopnostmi a četnými zkušenostmi. První interview v psychoterapii podrobněji propracoval německý lékař a psychoanalytik Hermann Argelander (Argelander, 1992).

*„Nejnáročnější, ale nejspolehlivější cestou k diagnostice hraniční osobnosti je vedle objektivních kritérií zážitek vztahu s hraničním pacientem a monitorování přenosových a protipřenosových jevů. Ideálním předpokladem je zde dobrá znalost psychoanalytické teorie, dynamicky orientovaný psychoterapeutický výcvik, zkušenost s terapeutickými vztahy a pravidelná supervize“* (Faldyna, 2000), s. 25).

Neodmyslitelnou součástí diagnostiky osobnosti pacienta je biografická anamnéza, ať již z pohledu deskriptivního nebo dynamického. Dührssenová (Dührssen, 1998) se pomocí biografické anamnézy snaží získat „celkovou diagnózu“ pacienta, pomocí ní shrnout pacientův aktuální konflikt, jeho utváření charakteru, osobnosti a jeho dosavadní životní historii, do které neodmyslitelně patří také vnitřní vyladění a minulost pacientových rodičů.

Další pomůckou pro posouzení úrovně organizace osobnosti pacienta mohou být projekční techniky. K jemné a systematické diagnostice slouží Rorschachův test. V projikovaném materiálu lze identifikovat obranné mechanismy, úroveň objektních reprezentací a jejich projekci do interpersonálních vztahů. Jedinci s hraniční organizací osobnosti reagují v nestrukturovaných situacích výrazně odlišně než v situacích strukturovaných. Navíc, nestrukturovaný podnětový materiál provokuje primární proces myšlení, zatímco strukturovaný testový materiál (např. WAIS) provokuje sekundární proces.

Podobně jako ROR můžeme použít techniky raných vzpomínek. Rané vzpomínky mapují úroveň vývoje objektních vztahů, umožňují orientaci ve vztahové realitě pacienta a posouzení jeho zralosti, úrovně separace a individuace, zvládnutí agresivních impulzů apod. (Šťastná, Miovský, & Polák, 2003).

Měla by být také věnována pozornost nejrozličnějším rizikovým faktorům, které mohou podporovat rozvoj hraniční poruchy osobnosti, mezi které patří zejména sexuální a fyzické

zneužívání v dětství, týrání, těžké zanedbávání v dětství, závislost a kriminální chování rodičů, ale také časná separace od rodičů (týdenní jesle, hospitalizace) v prvních třech letech věku dítěte.

#### 4 Přehled doposud realizovaných analýz potřeb

V odborné literatuře nalezneme mnoho studií věnovaných problematice spokojenosti klientů různých druhů zdravotní péče. Velmi málo studií bylo ale publikováno na téma analýza potřeb, případně analýza spokojenosti uživatelů drog, kteří jsou v kontaktu s drogovými službami. Nejčastěji publikovanými pracemi jsou studie věnující se spokojenosti klientů v léčbě drogové závislosti (McLellan & Hunkeler, 1998), dále potom studie srovnávající různé druhy léčby (Speed & Janikiewicz, 2000) a studie zkoumající spokojenost s dostupností léčby (Chitwood, Comerford, & McCoy, 2002). Jinou oblastí výzkumu je zkoumání životní spokojenosti klientů určitého typu léčby (Luty & Arokiadass, 2008).

To, že jsme v rámci rešerše zahraniční odborné literatury nenašli odpovídající výzkumné studie, nemusí nutně znamenat, že takové studie nebyly a nejsou prováděny. Většinou jsou tyto studie prováděny na místní úrovni, zaměřeny na daný, konkrétní problém a nejsou příliš „vědecky“ atraktivní pro publikování. Jedním z příkladů mohou být studie realizované National Treatment Agency for Substance Misuse, které uvádíme níže.

V letech 2005 – 2007 provedla v Anglii National Treatment Agency for Substance Misuse studie zaměřené na zkušenosti, názory a spokojenost uživatelů drog s různými službami. První studie byla provedena v roce 2005 (Best, Campbell, & O'Grady, 2006). Každý rok se výzkum zaměřil na jiné téma. V roce 2005 to bylo komunitní plánování služeb a v roce 2006 se výzkum zaměřil právě na služby harm reduction (NTA, 2007).

V roce 2006 se tedy NTA zaměřila na to, jaké harm reduction služby jsou nabízeny uživatelům všech typů služeb včetně výměny jehel a stříkaček v lékárnách. Hlavním důvodem pro toto zkoumání byl zvyšující se počet uživatelů drog, kteří sdílejí injekční náčiní s jinými uživateli. V důsledku toho narůstá také riziko přenosu krevně-přenosných infekcí. Výzkum byl proveden v rámci dotazníkové studie „The 2006 user survey“, která obsahovala také část zaměřenou na služby harm reduction (NTA, 2007).

Hlavním cílem tohoto výzkumu týkajícího se spokojenosti klientů bylo zjistit, jaká je úroveň harm reduction služeb a získat informace, kterou mohou být využity pro měření změn v čase. Druhým cílem bylo zjistit rozsah poskytování služeb pro uživatele drog a nakolik tyto služby

pracují v souladu s Modely péče a dalšími guideliny, definovanými NTA a Komisí pro zdravotní péči (NTA, 2006).

Dotazník byl distribuovaný klientům, kteří využívají služby pro uživatele drog v Anglii. Dotazník, který obsahoval také část zaměřenou na služby harm reduction byl distribuovaný pouze klientům programů výměny injekčního náčiní v lékárnách. Celkem bylo analyzováno 10 070 vyplněných dotazníků (8 765 dotazníků z výzkumu „The 2006 user survey“ a 1 305 dotazníků z lékáren). Zkoumaná populace uživatelů sestávala tedy převážně z uživatelů drog v léčbě, kteří měli v 65 % stanovený léčebný plán. Také přibližně 60 % respondentů kontaktovaných prostřednictvím lékáren mělo léčebný plán a 70 % respondentů bylo buď v substituční léčbě, nebo mělo léčebný plán, nebo boje. Pro 4 % respondentů je lékárna jediným kontaktem se zařízením pro uživatele drog. Přibližně 70 % současných injekčních uživatelů využívalo drogové služby a programy výměny jehel a stříkaček za účelem získání sterilního injekčního materiálu a parafernálií. S tímto účelem využilo lékárnu 57 % respondentů. 30 % současných injekčních uživatelů získává čisté injekční náčiní od drogových služeb, programů výměny jehel a stříkaček a z lékáren. Necelých 7 % také získává sterilní náčiní od jiných uživatelů a 2 % od dealerů.

Pokud jde o cíle zaměřené na snižování rizik, ty byly zahrnuty téměř ve všech léčebných plánech. Přibližně 60 % současných uživatelů, kteří mají léčebný plán, udalo, že jejich plán obsahuje také cíle zaměřené na snižování rizika šíření infekčních nemocí a předávkování. Součástí léčebného plánu bylo ve 30 % také snižování rizik spojených s užíváním alkoholu.

V rámci služeb harm reduction většina injekčních uživatelů drog (více než 60 %) byla poučena o rizicích sdílení injekčního náčiní a o zvýšeném riziku předávkování při injekčním užívání drog. Další rizika spojená s injekčním užíváním byla zmíněna výrazně méně často. Častěji dostávali služby harm reduction ti klienti, kteří byli současnými uživateli drog nebo měli léčebný plán, byli v substitučním programu, byli v kontaktu s klíčovým pracovníkem a byli muži. Podstatná část respondentů si myslí, že služby harm reduction jsou pro ně relevantní, ale ve skutečnosti je nedostali. Například 33 % současných uživatelů drog věří, že trénink prevence předávkování je pro ně relevantní, ale neabsolvovali ho a 30 % respondentů udalo význam zdravotních prohlídek. Z toho lze usoudit, že potřeby těchto respondentů nejsou naplněny. Výzkum jasně ukazuje potřebu zlepšit služby harm reduction v rámci celého

léčebného systému se zaměřením na intervence pro nejrizikovější skupiny uživatelů a na ty, kteří nevyužívají těchto služeb.

V roce 2007 se NTA zaměřila na rozmanitost poskytovaných služeb a na rezidenční léčbu, následnou péči a na podporované bydlení. Vzhledem ke stanoveným cílům byl výzkum rozdělen na dvě části. První se zaměřila na dospělou populaci uživatelů, kteří využívají komunitní typ drogových služeb. Druhý se zaměřil na klienty následné péče a podporovaného bydlení. Součástí obou studií bylo také zjišťování spokojenosti klientů se specializovanou léčbou. Výzkumu se zúčastnilo 12 398 respondentů. Z výsledků vyplývá, že většina klientů byla spokojena se svou léčbou. Léčbu viděli v pozitivních termínech a souhlasili s tím, že byla příčinou změn v jejich životech (Gordon, Burn, Campbell, & Baker, 2008).

### **Analýza potřeb uživatelů drog v České republice**

Po roce 2000 začaly být realizovány různé studie zaměřené na analýzu potřeb klientů drogových služeb. Výsledky těchto studií často nebyly publikovány v odborných časopisech, proto zde vycházíme ze závěrečných zpráv těchto studií. Jednou z prvních byla „Analýza potřeb klientů nízkoprahových služeb ve Středočeském kraji“ (Charvát & Gabrhelík, 2004; Gabrhelík, Charvát, & Miovský, 2005), která se zabývala zkušenostmi a potřebami klientů, tj. kontaktovaných uživatelů nelegálních drog. Konkrétně se jednalo o zkoumání toho, jak klienti vnímají kvalitu a účinnost nabízených služeb, jaká zlepšení by uvítali, v čem spatřují přitažlivost služeb pro uživatele drog, za jakých podmínek služby využívají (případně nevyužívají) a jaká je dostupnost služeb v rámci regionu. Nízkoprahová zařízení ve Středočeském kraji mají různou historii, některá jsou poměrně nová, snažící se prosadit a aktivně vyhledávat potenciální klienty. Při kontaktování nových klientů se nejlépe osvědčuje šíření informací prostřednictvím samotných uživatelů a dále také prostřednictvím informačních letáčků a plakátů. Aktivní vyhledávání cílové populace je možné pouze za předpokladu, že v rámci daného zařízení funguje i dobře rozvinutý terénní program. Odhadovaný počet problémových uživatelů pracovníky nízkoprahových služeb ve Středočeském kraji se pohybuje mezi 200 až 300 uživateli. Podle klientů je v kontaktu s nízkoprahovými službami přibližně 50 % všech problémových uživatelů drog. Pokud jde o využívání nízkoprahových služeb, první kontakt je ze strany uživatelů vnímán jako ohrožení.

Klíčovou roli při rozhodování, zda vyhledat a kontaktovat nízkoprahové služby, hraje konkrétní představa, kterou si uživatel vytvořil z dostupných informací. Nejčastějšími překážkami jsou obava z prozrazení, anticipace spíše zdravotnického zařízení a nevlídného, spíše staršího personálu. V kontextu prvního setkání je personál vnímán velmi pozitivně. Téměř polovina respondentů je s nízkoprahovými službami spokojená. Klienti udávají, že nejdůležitější je pro ně výměna injekčního materiálu. Pokud klientům něco chybí, je to především časové rozšíření služeb v terénu a fungování kontaktního centra i přes víkend. Klienti nemají výraznější námitky, co se týká přístupu personálu.

Většina dalších studií byla provedena v Praze v letech 2006 – 2008. Důvodem je pravděpodobně to, že v Praze je soustředěna velká část uživatelů drog a také finanční prostředky jsou vyšší než v ostatních krajích České republiky.

V roce 2006 byla provedena „Analýza potřeb a současného stavu adiktologických služeb na území hl. m. Prahy určených dětem do 15 let“ (Miovský et al., 2006b). Respondenty této studie byli poskytovatelé zdravotních a sociálních služeb, pediatři, pražští protidrogoví koordinátoři a zástupci městské samosprávy. Ze získaných dat je zřejmé, že dochází ke stálému narůstání problémů s nelegálními návykovými látkami, přestože větší objem problémů je s alkoholem a tabákem. Byla zaznamenána potřeba rozšířit služby pro děti (primární prevence, telefonní linka, síť zařízení, pobytové programy), zřídit specializovaná zařízení pro děti (ambulantní, lůžkové, nízkoprahové) a restrukturalizovat ústavní péči. Z institucionální analýzy ale vyplynulo, že v Praze služby pro tuto cílovou skupinu existují a z informací od respondentů je zřejmé, že informovanost o nich je malá. Opakovaným problémem je tedy často neznalost sítě služeb. Rezervy v současném systému jsou zřetelné v oblasti návaznosti péče, lepší propojenosti a spolupráce mezi jednotlivými poskytovateli.

Další studie provedená na území Prahy byla „Analýza potřeb příslušníků národnostních menšin a přistěhovalců v oblasti drogových služeb na území hl. m. Prahy“ (Miovská, Vacek, Gabrhelík, & Miovský, 2006). Jejím cílem bylo popsat současný stav drogových služeb na území hl. m. Prahy určených příslušníkům národnostních menšin a identifikovat potřeby příslušníků národnostních menšin. Celkem bylo provedeno 27 rozhovorů se zástupci 8 národností (nejčastěji Romové, Gruzínci, Slováci). Respondenti byli se službami spokojeni, nejčastěji jim chyběla lékařská péče, výdejní automaty na injekční materiál, případně noční



výdej a výdej o víkendech. Většina klientů nevnímala jazyk jako faktor narušující kontakt, větší problémy byli zaznamenány u rusky mluvících klientů. Důvody, proč někteří uživatelé nevyužívají nízkoprahové služby jsou především strach a nedůvěra v instituci a v pracovníky.

V roce 2006 získalo o. s. SANANIM finanční prostředky na zavedení nového typu služby, a to na Pracovní a sociální agenturu a zadalo tedy Centru adiktologie Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze provést analýzu potřeb. Byla tedy provedena „Analýza potřeb léčených uživatelů návykových látek z hlediska jejich uplatnitelnosti na trhu práce“ (Miovský et al., 2006a). Hlavním cílem bylo zjistit a popsat potřeby jednotlivých cílových skupin zapojených do projektu z perspektivy uplatnitelnosti klientů následné péče na trhu práce. Výzkumný soubor tvořilo celkem 63 klientů terapeutických komunit a následné péče a 11 pracovníků zdravotnických a sociálních zařízení v Praze. Většina respondentů uvádí, že má zkušenost s prací na hlavní pracovní poměr, někteří však nebyli zaměstnáni legálně. V porovnání s mírou obtíží při hledání zaměstnání byly úspěchy v nalezení práce zmiňovány okrajově. V takových případech bylo nalezení zaměstnání v minulosti vázáno především na aktivitu klienta, kdy výdrž a překonávání odmítnutí vedly nakonec k úspěchu. Nejčastěji uváděným důvodem pro nepřijetí žadatele byl dle jejich vlastního názoru záznam v rejstříku trestů, dále nízké vzdělání a nedostatečná nebo žádná praxe v daném oboru. Jako nejčastěji uváděné překážky v přijetí do zaměstnání uvádějí klienti nedůvěru v instituce, které mají zajišťovat zprostředkování práce, jedná se zejména o Úřady práce, psychický či somatický handicap, přičemž respondenti potvrzují, že handicap se projevil až po delší době užívání nebo ho začali vnímat až při abstinenci, těžkosti při navazování kontaktů v pracovním kolektivu. Pokud jde o „fungování“ respondentů v zaměstnání, významnou roli v jejich úspěšnosti hrálo to, zda abstinovali či nikoliv. Užívání drog v minulosti, v době trvání pracovního poměru, vedlo často k dobrovolnému odchodu ze zaměstnání.

Na tuto analýzu navázal Morávek „Analýzou potřeb potenciálních zaměstnavatelů léčených uživatelů návykových látek v Praze“ (Morávek, 2007), která se zaměřila na zjištění a popsání vnímání možností a překážek zaměstnávání léčených uživatelů drog mezi potenciálními zaměstnavateli v Praze. Celkem 17 respondentů – osob zodpovědných za přijímání zaměstnanců v soukromých i veřejných podnicích a organizacích na území Prahy, poskytlo 25 rozhovorů. Potenciální zaměstnavatelé si jsou vědomi některých výhod spojených se

zaměstnáváním léčených uživatelů drog (např. motivace k práci, vděčnost za šanci), vyjadřují ale také vůči nim nedůvěru spojenou se záznamem v trestním rejstříku, s drogovou minulostí a dlouhou nezaměstnaností. Poslední uvedené vede zaměstnavatele k domněnce, že uchazeč nemá skutečný zájem o práci, čemu lze předejít vysvětlením těchto mezer v životopise. Jednou z nejčastějších obav, které personalisté v souvislosti s léčeným uživatelem drog vyslovují, je jeho snížená pracovní způsobilost. Téměř všichni zaměstnavatelé vyjadřují obavu z relapsu. Oslovení zaměstnavatelé projevíli zájem o službu Pracovní a sociální agentury o. s. SANANIM zaměřenou na vytvoření kvalitního a korektního vztahu se zaměstnancem (Agenturu vidí jako zdroj referencí o uchazeči, záruku proti relapsu a jako zdroj informací o okolnostech závislosti a abstinence).

Poslední studie provedená v Praze byla „Analýza potřeb kriminálních uživatelů drog v Praze“ (Morávek, Šíp, & Veis, 2008). Ta byla provedena s cílem vytvořit standardizovaný program sociálních služeb pro cílovou skupinu dlouhodobých uživatelů drog v opakovaném konfliktu se zákonem v Praze a zjistit potřeby této cílové skupiny. Z analýzy 20 rozhovorů vyplynulo, že klienti jsou nespokojeni s kapacitou chráněného bydlení s doléčováním, tu považují za nedostatečnou. Vedle bydlení se někteří uživatelé potýkají s vyšším znevýhodněním na trhu práce, většinou kvůli záznamu v rejstříku trestů a nízké nebo žádné kvalifikaci. Respondenti tedy vítají asistenci pracovníků při kontaktu s úředníky státní správy a jsou spokojeni s individuálním přístupem těchto pracovníků k řešení jejich problémů. Limitem zůstává fakt, že část klientů asistenci odmítá.

Dále jsme identifikovaly další analýzy potřeb provedené v České republice. První z nich byla realizována v roce 2006 a jednalo se o „Analýzu potřeb uživatelů sociálních služeb - osob užívajících drogy, osob ohrožených drogovou závislostí a jejich blízkých“ (CpKP, 2006). Cílem této analýzy bylo zprostředkovat možné náměty k diskusi a k zamyšlení pro komunitní plánování sociálních služeb. Bylo provedeno celkem 30 rozhovorů s uživateli sociálních služeb v Plzni (16 uživatelů drog, 8 klientů následné péče, 6 rodinných příslušníků uživatelů). Z analýzy vyplývá, že v Plzni je nedostatek chráněného bydlení pro všechny typy klientů. Zcela chybí následná péče a doléčování pro děti do 15 let věku. Uživatelé také apelují na zavedení dostupné a systematické substituční léčby. Z rozhovorů s rodiči a blízkými klientů vyplynul požadavek na rozšíření poradenských služeb pro rodiče dětí ohrožených drogovou závislostí. Nejsou také dostatečně rozšířeny programy specifické primární prevence. Analýza

se také zabývala nízkoprahovými službami. Respondenti uvedli nutnost rozšíření stávajících služeb (nové prostory, delší provozní doba kontaktních center, možnost využívat služby i o víkendu).

Druhou, zatím poslední studií je bakalářská práce Paštrnákové, kterou realizovala v Břeclavi a obhájila pod názvem „Analýza potřeb klientů Kontaktního centra Břeclav“ (Paštrnáková, 2009). Autorka se zaměřila na získání informací o tom, jak klienti uspokojují svoje potřeby prostřednictvím kontaktního centra, jak jsou spokojeni s poskytovanými službami tohoto centra a s jejich kvalitou, jak hodnotí přístup personálu a do jaké míry personálu důvěřují. Zatímto účelem bylo provedeno 9 rozhovorů s pravidelnými klienty kontaktního centra. Respondenti využívají služeb kontaktního centra v plné míře (např. také potravinový servis, hygienický servis apod.). Respondenti vyjádřili nespokojenost s poskytovanými službami v oblastech, které byly spojeny se zázemím a naplňováním potřeby domova. Tyto potřeby ale není možné v rámci služeb kontaktního centra naplnit.

V roce 2009 byla provedena studie zaměřená na aktuální trendy na drogové scéně (Radimecký et al., 2009), která se mj. také zabývala potřebami klientů nízkoprahových služeb. Data byla sbírána prostřednictvím ohniskových skupin s pracovníky těchto služeb. Celkem tři ohniskových skupin se účastnilo 25 pracovníků z Prahy a Středočeského kraje, z Čech a Moravy. Z výsledků vyplývá, že služby jsou klienty přijímány velmi dobře a lze mluvit o větší otevřenosti klientů k pracovníkům služeb, na něž si klienti již zvykli a vědí, co od nich mohou očekávat. Oproti minulosti nepřicházejí klienti terénních programů jen se zakázkou na výměnu injekčního materiálu, ale využívají také služeb sociálního poradenství. Uzavřenost skupin nebo celých komunit je nejčastěji spojována s etnickými/národnostními menšinami, v některých místech mají programy dobré kontakty s romskými uživateli drog. V nových lokalitách se těžko buduje důvěra potenciálních klientů. V sociálně vyloučené lokalitě může být problémem střet otevřenosti klientů a uzavřeného prostředí. Pro navázání kontaktu jsou nejvíce využívány přirozené kontakty, zprostředkování kontaktu stávajícím klientem, který pracovníky představí dalším klientům. Pro zvýšení efektivity jsou testovány večerní a noční hodiny, což však naráží na finanční a personální nároky programu. Osvědčená kontaktní metoda, která do služby přiláká široké spektrum klientů, je nabídka testování na infekční choroby. Ale pro uživatele z prostředí taneční zábavy chybí nabídka testování tablet.

Studie také podpořila trend nárůstu počtu injekčních stříkaček vyměněných a/nebo distribuovaných nízkoprahovými programy. To může být ovlivněno následujícími faktory:

- část populace injekčních uživatelů stárne a má zdevastovaný žilní systém. Proto může k úspěšné aplikaci drogy potřebovat více injekčních stříkaček;
- část uživatelů drog může - zvláště při i.v. užívání Subutexu - používat jednu stříkačku pro „rozdělení“ drogy a druhou pro její aplikaci;
- část uživatelů drog může injekční stříkačky prodávat dalším uživatelům, kteří zrovna čistý injekční materiál nemají a potřebují jej;
- zejména mladší uživatelé drog patrně více dbají o zásady bezpečnějšího užívání a používají více sterilního injekčního materiálu.

Uživatelé mají zájem o nové pomůcky pro přípravu a aplikaci drog jako lžičky či gelatinové kapsle. Zejména v Praze podle respondentů chybí aplikační místnosti a automaty na injekční materiál. V řadě zdravotnických zařízení, jež poskytují substituční léčbu, podle respondentů chybí odpovídající míra komunikace lékařů s klienty a dostupnost psychosociální složky léčby.

Přitom se respondenti stále setkávají s případy, kdy uživatelům drog předepisuje substituční preparát nezávisle na sobě více lékařů. Respondenti by uvítali více specializovaných pracovišť pro uživatele s duální diagnózou a s určitým prahem programu pro uživatele, kteří chtějí výhledově substituční léčbu ukončit. Nejčastěji vnímanou bariérou v dostupnosti zdravotní péče pro klienty nízkoprahových programů se zdají být přístup zdravotnického personálu ke klientům, kterému programy zčásti čelí asistencí klientům, tj. jejich doprovodem do zdravotnického zařízení, chybějící finanční prostředky na poplatky ve zdravotnických zařízeních a chybějící doklady klientů (Radimecký et al., 2009).

## 5 Cíle výzkumu a formulace výzkumných otázek

Cílem práce je identifikovat okruhy problémů, které mohou být jednak podnětem pro další zlepšování poskytovaných služeb či zavádění neexistujících, chybějících programů apod. a jednak problémů, které se mohou týkat kvality získaných dat, či rozšířit jejich interpretační možnosti. Zaměřujeme se přitom na tyto oblasti:

- chování uživatelů návykových látek (vzorové užívání, komunikace s uživateli, charakter místní drogové subkultury atd.),
- využívání služeb (způsob kontaktování a jeho efekt, in-treatment rate, vzájemné ovlivnění služeb a uživatelů atd.),
- aktuální problémy uživatelů na místní drogové scéně (např. specifický výskyt nějakého onemocnění, lokální nedostupnost některé služby, nekvalitní provádění služby atd.).

Tématickým jádrem studie je **analýza potřeb**, které je podřízeno získávání ostatních údajů. Jedná se tedy především o snahu zjistit a ověřit:

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

## 6 Etické normy a pravidla výzkumu

Charakter nízkoprahových služeb a zejména terénních služeb přímo ovlivňuje možnosti a limity terénního výzkumu. Podstatnou roli sehrává cílová skupina, kterou jsou injekční uživatelé drog, jejichž chování je často spojeno s dalšími rizikovými faktory jako je např. sexuálně rizikové chování, trestná činnost apod. (Miovský, Miovská, & Gajdošíková, 2004; Miovský et al., 2004).

Základním předpokladem a závazkem při získávání informací prostřednictvím interview je neohrozit a nepoškodit účastníky výzkumu a současně se tento problém týká také tazatele, který se především při práci s touto rizikovou populací vystavuje jistému nebezpečí (Miovský et al., 2004). Mezi základní etická pravidla patří respekt a ohled vůči účastníkům výzkumu, právo na informace, právo na soukromí a ochranu informací o účastnících výzkumu a právo odstoupit od výzkumu (Ferjenčík, 2000).

Proces rozhodování o tom, jaké chování je etické, vyžaduje více než jednoduché akceptování etických pravidel a principů. Pravidla a principy musí být aplikovány a testovány ve specifických podmínkách. Cílem by měly být takové principy, které jsou vhodné pro konkrétní specifické podmínky. Již existující pravidla a principy mohou posloužit jako odrazový můstek pro diskuzi, jejímž výsledkem budou přiměřená a vhodná rozhodnutí (UNODC, 2004).

### **Přijaté etické normy a pravidla výzkumu:**

- Rozhovory bude provádět zaškolený tazatel.
- Respondenti se zúčastní zcela dobrovolně, bez nároku na odměnu.
- Účastníci výzkumu budou vždy na začátku interview seznámeni se všemi základními informacemi o studii a svých právech, včetně práva odmítnout nahrávání nebo práva, kdykoli žádat o zničení nahrávky (informovaný souhlas).
- Respondenti budou náležitě chráněni před fyzickou a duševní nepohodou, újmou či nebezpečím, jež by mohlo nastat v důsledku rozhovoru. V případě, kdy by výzkumné postupy vyústily v nežádoucí následky pro respondenta, tazatel nese odpovědnost za odhalení a odstranění nebo nápravu těchto následků.

- Nahrávky budou bezpečně archivovány u tazatelů a mohou být využity výhradně pro účely tohoto výzkumu. Nemá k nim mít přístup nikdo další a nesmí být využity k žádné jiné činnosti a nikým, kdo není členem výzkumného týmu.
- Všechny údaje, jež by bylo možné využít k identifikaci respondenta budou z písemného záznamu interview odstraněny a dále s nimi nebude pracováno – anonymita tedy bude zachována.
- Respondenti budou seznámeni také s jejich právem kdykoli přerušit účast na této studii, neodpovídat na otázky či kdykoli přerušit rozhovor apod.
- Tazatel si je vědom rizik spojených se situací, je seznámen s možnostmi, jak řešit krizové situace apod.

### 7.1 Volba metodiky Rapid Assessment and Response

Metody rychlého posuzování (Rapid Assessment and Response, RAR) prošly poměrně velmi dlouhým vývojem. Poprvé se v ucelené formě objevují již v 70. letech a navazovaly na linii trendů kritizujících malou specifickou a velké opoždění pro aplikaci u rozsáhlých studií (Pearson & Kessler, 1992). Také se stále výrazněji začala objevovat potřeba doplnit data z rozsáhlých statistických šetření o data týkající se vzorců užívání, specifickosti lokální drogové scény, kulturních a sociálních odlišností a jejich průmětů do užívání drog apod.

Metodika RAR byla vyvíjena specificky k provádění rychlých kvalitativních studií menšího rozsahu, zaměřených vždy k určitému problému. Její použití se nachází ve velmi široké aplikační oblasti od drobných lokálních studií sloužících k mapování a orientaci, až ke srovnání různých lokalit mezi sebou a kombinaci s různými dalšími přístupy a metodami. Jedná se o typ studií, za jejichž přednosti lze považovat rychlost, pragmatismus, efektivnost z hlediska nákladů a plastičnost. Je třeba však současně zdůraznit, že RAR nikdy nemůže nahradit longitudinální kvalitativní studie či hloubkově zaměřené případové studie a že jeho limitovanost spočívá především v určité povrchnosti a selektivnosti v zacházení s daty (Miovský, 2002). Metodika RAR má potenciál generovat důležité informace týkající se veřejného zdraví, které mohou být užitečné pro rozvoj programů. Metodika je využitelná zejména tam, kde je nutné rychle reagovat na problém (Fitch & Stimson, 2003).

RAR může pomoci při zhodnocení vhodnosti, přiměřenosti služby, dostupnosti služby a při návrhu nových intervencí. RAR by měl být součástí plánování a vývoje intervencí a služeb jak na komunitní, tak i na národní úrovni. Rychlé zhodnocení situace může přinést důležité informace politikům, poskytovatelům finančních prostředků a pomoci jim při rozhodování o rozvoji služeb či zavádění nových služeb a intervencí.

RAR je souborem několika metod a technik, propojených do společného referenčního rámce. V nejobecnější rovině jej lze rozdělit na tři více či méně samostatné části. První tvoří informační rámec zahrnující postupy vedoucí k identifikaci existujících informačních zdrojů, jejich využití a vytvoření jakési výchozí „informační základny“ před samotným provedením výzkumu. Kromě jiného je tato informační základna využita při analýze a interpretaci dat. Druhou část tvoří nominační technika, kterou je v ideálním případě „snowball sampling“



(překládaná do českého jazyka jako metoda sněhové koule). Třetí část pak tvoří metody získávání dat. Jedná se o polostrukturovaný rozhovor (semistructured interview), ohniskové skupiny (focus groups), zúčastněné pozorování (participative observation) a kvalifikovaný odhad (estimation techniques). Nejslabším článkem jsou metody sloužící k analýze a interpretaci dat, které metodika nemá adekvátně zpracovány a specificky upraveny.

Speciálními znaky metodiky RAR jsou: rychlost, hospodárnost, využívání existujících dat, využívání různých indikátorů a zdrojů dat, výzkumné (investigativní) zaměření, indukce a budování závěrů na základě porovnávání a ověřování širokého spektra informací, má význam vzhledem k intervencím a praktickým problémům, zkoumá mnoho úrovní společnosti, zahrnuje ty, kteří se podíleli na vzniku a rozvoji intervencí, zkoumané problémy diskutuje s různými odborníky a uživateli služeb, klade důraz spíše na adekvátnost a aplikovatelnost než na vědeckou přesnost (Stimson, Fitch, & Rhodes, 1998).

Ačkoli RAR se řídí principem rychlosti, indukce a kreativity (viz výše), neznamená to, že nevyžaduje pečlivé plánování a organizaci. Před samotným plánováním je nutné se seznámit s danou metodikou, dále je nutné naplánovat veškeré kroky potřebné ke splnění stanovených cílů, sestavit výzkumný tým a jednotlivým členům týmu přidělit konkrétní úkoly, zjistit, zda a jak se bude na výzkumu podílet širší společnost a následně začít realizovat výzkumný plán.

Podobnou metodiku Focus Assessment Studies využívající stejných metod pro sběr a analýzu dat vytvořila Jane Fountain (Fountain, 2004).

Metody rychlého posuzování jsme zvolili z důvodů, kterými jsou:

- specifická zkoumaná populace,
- stanovené cíle,
- povaha získávaných dat.

## 7.2 Metody získávání dat

### Identifikace zdrojů dat

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

Kritéria zařazení do studie:

#### 1. respondenti

- problémoví uživatelé drog dle definice EMCDDA (EMCDDA definuje problémové užívání drog jako injekční užívání drog a/nebo dlouhodobé či pravidelné užívání opiátů a/nebo drog amfetaminového typu a/nebo kokainu (Mravčík et al., 2009),
- využívání nízkoprahových služeb.

#### 2. poskytovatelé nízkoprahových služeb přímo pracující s problémovými uživateli drog.

V roce 2003 se studie se zúčastnilo celkem 30 klientů nízkoprahových služeb. S 16 pracovníky ze 6 nízkoprahových programů byly provedeny 2 ohniskové skupiny. V roce 2010 se studie zúčastnilo celkem 27 klientů nízkoprahových služeb v Praze. Byla provedena jedna ohnisková skupina se 6 pracovníky nízkoprahových služeb. Pro analýzu byly dále využity záznamy z dalších dvou ohniskových skupin, které byly provedeny v roce 2009 v rámci výzkumu „Trendy na drogové scéně v ČR – ohniskové skupiny s pracovníky nízkoprahových programů“ a „New Trends in HIV-Related Risky Patterns of Injecting Drug Use and Drugs Distribution in Three Eurasian Countries with Substantial Presence of ATDS.“

Respondenti byli převážně vybíráni pracovníkem konkrétního zařízení (gatekeeper), který respondenta doporučil a facilitoval tak snadnější přístup ke klientovi. Tazatelé byli také klienty přijati s větší důvěrou, čímž se zvýšil úspěch rekrutace. Současně nebyly narušeny etické principy, které proklamují pracovníci nízkoprahových služeb. Nominační technikou byl tedy **cílený výběr**, protože byli vybíráni klienti, kteří měli podle pracovníků informace, které mohou pomoci dosáhnout cílů studie. Pro ohniskové skupiny byla oslovena zařízení poskytující nízkoprahové služby na území hlavního města Prahy.

Mezi zdroje relevantních dat patří také existující informace, tj. data pravidelně získávaná 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. Dále mohou pomoci porozumět chování klíčových informantů nebo respondentů.

### **Polostrukturovaný rozhovor**

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. Rozhovor musí být vždy připraven dopředu, tazatel musí být vybaven teoretickou znalostí daného problému a zkoumaného prostředí (Švaříček, 2007).

Respondenti byli kontaktováni prostřednictvím pracovníků nízkoprahových center či terénních programů. Rozhovory probíhaly buď v kontaktní místnosti či jiné místnosti nízkoprahového centra, nebo byli respondenti pozváni do kavárny, hospody apod. Výraznou ochotu a dobrou spolupráci zaznamenali tazatelé u 21 respondentů.

S každým respondentem byl proveden jeden polostrukturovaný rozhovor o délce jedné hodiny až hodiny a půl. Při plánování rozhovorů jsme vycházeli z koncepce Garyho Barkera (Barker, 2000) a Steinara Kvaleho (Kvale, 1996), kdy jsou prostřednictvím rozhovoru zkoumáni členové určitého prostředí, určité specifické sociální skupiny s cílem získat stejné pochopení jednání událostí, kterým disponují členové dané sociální skupiny. Rozhovory byly nahrávány na diktafon.

V úvodní fázi rozhovoru byly respondentovi podány všechny základní informace o studii, o jeho účasti ve studii, o jeho právech. Byl získán informovaný souhlas. Dále byl rozhovor rozdělen do tří částí, ke kterým respondenti mohli volně vyjadřovat svůj názor, popisovat události, zkušenosti apod.

Okruhy otázek:

1. Osobní údaje:

- osobní anamnéza, zejména rodinná situace, vzdělání, ekonomická situace,
- užívání drog: současné užívání, množství, frekvence užívání, způsob aplikace, kombinování drog, alkohol, cigarety, začátek užívání a jeho následný vývoj, výměna a sdílení jehel, přátelé užívající drogy.

## 2. Využívání nízkoprahových služeb:

- zkušenost se službami: jakých služeb respondent využívá, kde a kdy jich naposledy využil, jak se o nich dozvěděl, jaké měl respondent představy a očekávání, jakou zkušenost s nimi respondent má, jak dlouho a jak často respondent těchto služeb využívá,
- atraktivita nízkoprahových služeb: v čem jsou služby atraktivní, v čem ne, co chybí v nabídce služeb, co by je přilákalo,
- spokojenost s nízkoprahovými službami: je nabídka dostačující, má respondent dostatek informací o službách, jak tyto informace získává, jak je získat lépe, co za pomoc respondent potřebuje, co by respondent změnil, kdyby měl možnost,
- spokojenost s přístupem personálu: hodnocení chování pracovníků, jak jejich přístup změnit.

## 3. Využívání substituční léčby:

- využívání substituční léčby respondenty – Subutex, metadon, informovanost o této možnosti, atraktivita substituční léčby, případně co, kde je lepší než substituce.

Tento popis je pouze rámcový, úplnou strukturu rozhovoru nalezte v příloze 1.

## **Ohniskové skupiny**

Při zkoumání některých sociálních jevů se ukázalo prospěšné zjišťování názorů či postojů u více respondentů současně. Postupně se tedy začaly rozvíjet techniky skupinového rozhovoru a ohniskové skupiny, jejichž podstatou je právě větší počet zároveň dotazovaných účastníků (Sedláček, 2007). Není jednoduché striktně rozlišit tyto dvě metody. Skupinový rozhovor lze pojímat jako metodu, při níž se provádí strukturované interview s více než třemi osobami najednou, přičemž se nepracuje se skupinovou interakcí a dodržuje se model otázka – odpověď (Miovský, 2006).

Ohnisková skupina tedy představuje výzkumnou metodu, pomocí které získáváme data za využití skupinových interakcí, které samovolně vznikají a probíhají v debatě na předem určené téma (Morgan, 2001). Ohniskové skupiny se obvykle sestávají z 6 až 10 osob i přesto, že při práci s méně než šesti osobami je tlak na vyjádření každého zúčastněného velmi výrazný. Diskuse jsou vedeny moderátorem nebo facilitátorem, který udržuje téma diskuse nebo fokusuje na dané téma. Jako v případě hloubkového rozhovoru by toto řízení mělo být

otevřené a řídicí vstupy by měly být minimalizované. Facilitátor se snaží vést diskusi a konstruovat otázky co nejpřirozenějším způsobem připomínajícím „každodenní konverzaci“, spíše než by jen lpěl na připraveném plánu a řízeném rozhovoru (Morgan, 2001; Barker, 2000).

Podstatou ohniskové skupiny je tedy téma, ohnisko, které se odvíjí od výzkumného problému a výzkumných otázek. Vedle ohniska představuje druhý pilíř metody sama skupina (Sedláček, 2007).

Za silné stránky ohniskové skupiny můžeme považovat to, že zprostředkuje informace velmi rychle, mnohem rychleji a s menšími náklady než individuální rozhovor. Je vhodná pro identifikování a zkoumání postojů a chování, myšlenek a názorů, a také pro identifikování jednotlivých otázek pro individuální rozhovory. Účastníci ohniskové skupiny se často při diskusi cítí pohodlně, protože je to přirozená forma komunikace ve společnosti (Stimson et al., 1998).

Mezi slabé stránky ohniskové skupiny patří již výše zmíněná skupinová dynamika, která může výrazně ovlivnit to, kdo mluví a kdo ne. Dále počet otázek je obvykle nižší než v případě individuálního rozhovoru. Facilitace ohniskové skupiny vyžaduje značné dovednosti, je důležité vědět, jak řídit skupinu tak, aby byli účastníci schopni sdílet svoje názory. Je těžké si během ohniskové skupiny dělat poznámky a přepis nahrávky je velmi časově náročné a drahé. Ve srovnání s individuálním rozhovorem má výzkumník malou kontrolu nad průběhem diskuze (Stimson et al., 1998).

Dvou ohniskových skupin v roce 2003 se zúčastnilo celkem 16 pracovníků, zástupců 6 nízkoprahových programů pro uživatele drog. V roce 2010 byla provedena jedna ohnisková skupina se 6 pracovníky ze 3 nízkoprahových programů. Pro analýzu byly dále využity záznamy z dalších dvou ohniskových skupin, které byly provedeny v roce 2009 v rámci výzkumu „Trendy na drogové scéně v ČR – ohniskové skupiny s pracovníky nízkoprahových programů“ a „New Trends in HIV-Related Risky Patterns of Injecting Drug Use and Drugs Distribution in Three Eurasian Countries with Substantial Presence of ATDS.“ Byl proveden záznam všech ohniskových skupin a také záznam posazení účastníků kolem stolu (schématický náčrt polohy účastníků v průběhu ohniskové skupiny pro jejich identifikaci

v audio záznamu). Témata ohniskových skupin provedených s poskytovateli služeb byly stejné jako témata pro rozhovory s respondenty.

### **Zúčastněné pozorování - nestrukturované**

Pozorování patří mezi nejstarší metody získávání informací o světě. Lidské pozorování je ale vždy selektivní a výjimkou není ani vědecké pozorování. Zachytit a zaregistrovat veškeré podněty není možné, zákonitě tedy dochází k selekci vnímaných podnětů. Vědecké pozorování je na rozdíl od pozorování v běžném životě plánovitě selektivní. Výzkumník pozoruje a zaznamenává to, co si předem pečlivě naplánoval, pečlivě definoval a vymezil (Ferjenčík, 2000).

Součástí práce s informacemi byl také materiál získaný prostřednictvím osoby tazatele. Právě konfrontace mezi transkripcí záznamu interview a tím, co pozoroval tazatel sám, byla zdrojem dalších dat užitečných při analýze. Tento přístup je postaven na různých introspektivních technikách. Obecně platí pravidlo, že čím kvalitnější je schopnost introspekce a tedy čím lepšího a kvalitnějšího sebe-poznání tazatel dosáhne, tím kvalitnějším a užitečnějším se stává „výzkumným nástrojem“. Toho se dosahuje systematickým a kontrolovaným nácvikem (Miovský, 2000).

Zaznamenáno bylo vzezření respondenta, jeho spolupráce a postoj, úsilí, pozornost a adaptace na testovou situaci, spontaneita v chování, celková nálada, kontakt během rozhovoru, známky úzkosti a napětí a celkový dojem o osobnosti respondenta a také to, zda respondent byl, či nebyl pod vlivem nějaké legální nebo nelegální návykové látky. Tazatel si ihned po skončení interview udělal podrobné poznámky.

### **Kvalifikovaný odhad**

Kvalifikovaný odhad (Stimson et al., 1998) je podobně jako zúčastněné pozorování metodologicky zakotven jako introspektivní přístup. Samozřejmou podmínkou pro jeho užitečné použití je stanovení kritérií, za kterých můžeme s určitým stupněm jistoty o určitém posuzovateli prohlásit, že díky své hluboké zkušenosti je schopen nám o jevu, který pozoruje a s nímž má dobrou zkušenost, sdělit informace nedostupné prostým pozorováním a popisem.

Samozřejmým úskalím je právě jistým způsobem uzavřený rámec osobní zkušenosti a jeho aplikace na novou pozorovanou a zažívanou událost. Tedy zkreslení vznikající zaběhlým způsobem uvažování a interakce se zkoumaným jevem, u nichž lze předpokládat, že svojí setrvačností mohou negativně ovlivnit přesnost a validnost registrace a pozorování jevu (Miovský, 2002).

### 7.3 Analýza dat

#### Fixace a transkripce dat

Osobní údaje, tzn. osobní anamnéza a užívání drog, byly zapsány do připravených archů, které tazatelé vyplňovali v průběhu první části rozhovoru. Druhá a případná třetí část rozhovorů (třetí část byla určena pro uživatele opiátů) a všechny ohniskové skupiny byly nahrávány a poté doslovně přepsány. Doslovné přepisy rozhovorů byly upraveny pomocí redukce I. a II. řádu.

*„Transkribovaná verze rozhovoru je méně přehledná. Nejen vzhledem ke svému značnému rozsahu, ale také proto, že jde o obtížně čitelný text. Příčinou jsou rozdíly mezi mluveným a psaným jazykem. Některé jevy, jichž si v živém rozhovoru nejsme vědomi, např. nečekaná přerušování, nedokončené věty atd., rozdělují text na kratší úseky, které na sebe plynule nenavazují a znesnadňují tak čtenáři, jenž není s materiálem důvěrně obeznámen, sledovat základní linii rozhovoru“* (Čermák & Lindénová, 2000), s. 18). K vyřešení tohoto problému byly provedeny dvě verze původní transkripce.

Redukcí I. řádu rozumíme proces transformace údajů obsažených ve významových jednotkách do podoby vhodnější pro další analytickou práci. S daty z 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 opět netvoří podstatnou součást nositele informace, tedy významovou jednotku (Miovský, 2000).

Redukce II. řádu má za úkol *„selektivně na základě hlavních výsledků analýzy případové studie zvolit všechny identifikované hlavní kategorie a vzájemně je spojit do smysluplného celku s kategoriemi identifikovanými v rámci analýzy ostatních případových studií. Výsledkem je tvorba sítě vztahů mezi těmito hlavními kategoriemi. V případě úspěšné práce, je na základě*

této sítě možné zpětně vysvětlit a interpretovat jakoukoli analyzovanou případovou studii. Naopak při nenasycenosti dat, dochází ke vzniku „trhlin“ při výkladu a interpretaci při této zpětné kontrole“ (Miovský, 2000), s. 40).

## **Metoda analýzy dat**

Zakotvená teorie (ZT) byla vyvinuta v šedesátých letech 20. století a jejími autory jsou Barney Glaser a Anselm Strauss. ZT představuje sadu systematických induktivních postupů pro vedení kvalitativního výzkumu zaměřeného na vytváření teorie (Šedřová, 2007).

*"Zakotvená teorie je teorie induktivně odvozená ze zkoumání jevu, který reprezentuje. To znamená, že je odhalena, vytvořena a prozatím ověřena systematickým shromažďováním údajů o zkoumaném jevu a analýzou těchto údajů. Proto se shromažďování údajů, jejich analýza a teorie vzájemně doplňují. Nezačínáme teorií, kterou bychom následně ověřovali. Spíše začínáme zkoumanou oblastí a necháváme, ať se vynoří to, co je v této oblasti významné"* (Strauss & Corbinová, 1999), s. 23).

Principy, na nichž je ZT vystavěna se prakticky bez větších odchylek shodují se základními obecnými principy kvalitativní analýzy a je možné ji užívat v různých obměnách a specifických úpravách prakticky v jakémkoli kvalitativním výzkumu. Jednou z dalších velmi významných výhod této metody je její plastičnost, tedy možnost ji v rámci definovaných pravidel a zásad libovolně upravovat dle předmětu a cíle výzkumu. Samotní její autoři počítají s jejími úpravami a přizpůsobováním a při její konstrukci zohlednili uvedený požadavek. Díky tomu není ZT rigidním nástrojem, ale velmi živým a tvůrčím prostředkem výzkumu.

Na ZT klade Strauss a Corbinová (1999) čtyři základní požadavky:

- Shoda (mezi pozorovanými a kódovanými skutečnostmi).
- Srozumitelnost (vystavění teorie na základě empirických, ověřitelných a srozumitelných poznatků).
- Obecnost (schopnost vypovídat o podobných jevech, vysvětlovat tyto jevy, ev. být schopen zdůvodnit jak fungují a proč např. jiné fungují jinak).
- Kontrola (zpětné ověření vybudované teorie konfrontací s výchozími daty).



Analýza, neboli kódování představuje operace, pomocí kterých jsou údaje rozebrány, konceptualizovány a opět složeny novými způsoby. Jedná se o ústřední proces tvorby teorie z údajů. Základem procesu kódování jsou dva analytické postupy, porovnávání a kladení otázek, které dodávají pojům v ZT přesnost a specifčnost. Prvním krokem analýzy je otevřené kódování. Začínáme konceptualizací údajů, což znamená rozbor pozorování a označování jevů pojmy. Následně je třeba pojmy seskupit, kategorizovat na základě společných vlastností a jednotlivé kategorie pojmenovat. Kategorie můžeme dále rozvíjet do vlastností a rozkládat na jednotlivé dimenze. Vlastnosti a dimenze jsou potom základem pro vytváření vztahů mezi kategoriemi, subkategoriemi a hlavními kategoriemi. Po otevřeném kódování následuje axiální kódování. Jedná se o soubor postupů, pomocí nichž jsou údaje znovu uspořádány novým způsobem prostřednictvím vytváření spojení mezi kategoriemi. Každou kategorii (jev) rozvíjíme ve smyslu jejích příčinných podmínek, které ji způsobují, a konkrétní dimenzionální umístění tohoto jevu ve smyslu jeho vlastností, kontextu, strategií jednání nebo interakce užitými ke zvládnutí, ovládnutí nebo reakci na tento jev v tomto kontextu a následků jednání nebo interakce. Nadále ovšem pokračujeme v hledání dalších vlastností každé vlastnosti. Po fázi shromažďování a analýzy údajů je nutné integrovat kategorie do zakotvené teorie (Strauss & Corbinová, 1999).

Techniky týkající se analýzy a interpretace shromážděného materiálu také přehledně zpracovali ve svém článku Čermák a Štěpaníková (Čermák & Štěpaníková, 1998) podle práce Milese a Hubermana, kteří doporučují následující postupy ke generování významu z dílčí konfigurace kvalitativních dat:

- zachycení vzorců, témat, či „gestaltů“ (jednotlivé informace byly redukovány do menšího počtu jednotek – témat – na základě podobnosti),
- vidění plausibility (na počátku analýzy jsme intuitivně nacházeli vztahy mezi různými tématy a kategoriemi, tyto vztahy byly zohledněny ve výzkumných otázkách),
- vytváření trsů jako souvisejících kategorií (dílní výzkumné jednotky jsme seskupili do kategorií),
- výčet (provedli jsme výčet jednotlivých témat a kategorií společně s jejich frekvencí výskytu).

#### 7.4 Techniky kontroly a zvyšování validity dat

V kvalitativním výzkumu je velmi důležitým problémem kritéria hodnocení výsledků. Při hledání kritérií validity, tedy kritérií pravdivosti, relevance, věrohodnosti, plausibility, zobecnitelnosti, vztahu mezi jednáním a změnou atd., je možné vytyčit kritéria epistemická potvrzující oprávněnost tvrzení z hlediska pravdivosti, politická ospravedlňující moc, užitečnost a účinky vědění, a etická zohledňující morální rozměr výzkumu a vyjadřující obecné právo vědce provádět výzkum (Čermák & Štěpaníková, 1997; Čermák & Štěpaníková, 1998).

Validita je epistemickým kritériem. Tvrdíme-li, že výsledky sociálně vědeckého výzkumu jsou validní, znamená to, že tyto výsledky jsou pravdivé a jisté, tzn., že výsledky přesně reprezentují jevy, ke kterým odkazují a jsou podpořeny či zaručeny důkazy. Validita výzkumu tedy závisí na tom, jak pravdivě výzkum reprezentuje zkoumaný jev a jak přesvědčivě ho dokládá.

Techniky kontroly validity v kvalitativním výzkumu si kladou za cíl zvýšit důvěryhodnost výzkumu tím, že omezují vliv určitých výzkum doprovázejících jevů, jež by mohly ohrozit validitu zjištění. Následující techniky jsou zpracovány dle Čermáka a Štěpaníkové (Čermák & Štěpaníková, 1997; Čermák & Štěpaníková, 1998).

Jednou z nejrozšířenějších technik kontroly validity v kvalitativním výzkumu při plánování, tvorbě i vyhodnocení dat je *triangulace*. Tento pojem je převzat z navigace, kde znamená určování pozice objektu (předmětu výzkumu či určitého jevu) prostřednictvím tří (a více) různých pohledů, měření, postojů, metod, výzkumníků, respondentů, typů a způsobů interpretací atd. Tato integrace informací z různých zdrojů dat či přístupů není bez problémů a nemusí nutně vést ihned ke konzistentnímu obrazu o zkoumaném jevu. Triangulace je tedy nástrojem validizace a současně se také jedná o další alternativní zdroj dat.

- *Triangulace metod* představuje získávání dat různými postupy (interview, zúčastněné pozorování).
- *Triangulace analyzantů* je pověření různých osob analýzou týchž kvalitativních dat. V tomto výzkumu je tento typ triangulace zajištěn prostřednictvím konzultací s vedoucím této práce a s konzultanty.

V kontextu kvalitativního výzkumu jsou na data uplatňovány požadavky podrobnosti, úplnosti, informativnosti, možnost smysluplné generalizace. Je nutné dbát na to, aby se data alespoň přiblížila kritériím, kterými jsou bohatost, hustota a síla. Bohatá data (rich data) jsou podrobná a úplná. V případě tohoto výzkumu jde o doslovné přepisy rozhovorů. Hustý popis (thick description) je takový popis, který podává zprávu nejen o faktech samotných, ale také informuje o kontextu události, pohnutky a individuální významy a současně klade důraz na procesuální stránku. Silná data jsou nasbírána v průběhu výzkumu, ne při prvním kontaktu s respondentem. Jde o data z první ruky, která se vztahují k chování a jsou získána v neformálním prostředí, tzn. kde je respondent sám s badatelem. Saturace je postup, kterým zohledňujeme skutečnost, že určitý typ dat (např. výroky, poznámky, pohyby, grimasy apod.) se vyskytuje častěji než jiný, a to jak na straně respondenta, výzkumníka nebo členů výzkumného týmu.

Velmi důležité je, stejně jako při jakémkoli jiném typu výzkumu, zajistit *kontrolu efektu výzkumníka*. To zahrnuje nejen vliv osoby výzkumníka na data, ale i vliv dat na výzkumníka. Zajištění kontroly lze provést těmito způsoby:

- dlouhodobou přítomností badatele na místě výzkumu, čímž se začlení do prostředí;
- užitím co nejméně rušivých metod výzkumu;
- pověřením třetí osoby monitorováním vlivu badatele;
- informováním respondentů o záměrech badatele.

Společnou oblastí a snahou kvalitativního a kvantitativního výzkumu je důležitost výběru respondentů a tedy zajištění *reprezentativního vzorku*. V tomto výzkumu jde o velmi omezenou možnost zobecnění (viz Výzkumný soubor), počet účastníků je také značně malý a nejsou vybírání náhodně z reprezentativních souborů.

Faktory ohrožující validitu v kvalitativním výzkumu:

- Zkreslení způsobené badatelem, především prostřednictvím jeho nereflektovaných implicitních teorií, zkušeností, předpojatostí apod.
- Reaktivita je vliv badatele na studované prostředí, kterou není možné úplně eliminovat, ale částečně toho lze dosáhnout sebereflexí a cílenou introspekci.

- Turistika je pojem vystihující skutečnost, že badatel ve snaze o odhalení zvláštností zkoumaného jevu přehlíží podobnosti a souvislosti s jinými jevy.
- Romantismus je určitým nebezpečím setrvávání na rovině výhradně zkušenostní a považování této roviny za konečný cíl výzkumu a zanedbávání tak sociálního kontextu, dalších souvislostí, možného zobecnění atd.
- Holistické zkreslení hrozí při interpretaci událostí jako strukturovanějších a kongruentnějších než je tomu ve skutečnosti.
- Zkreslení elitou je úskalí spočívající v důrazu badatele na data získaná od dobře informovaných a výřečných respondentů s často vyšším společenským statutem.

Jsme si vědomi určitých nedostatků při získávání dat. Tazatel prováděl rozhovory s lidmi, kteří byli ochotní a sociálně schopnější, nebylo možné provádět jakýkoli náhodný výběr a můžeme tedy hovořit o určitém zkreslení elitou.

## 8 Popis výzkumného souboru

V druhé polovině roku 2003 bylo provedeno celkem 30 rozhovorů s klienty nízkoprahových zařízení v Praze. Převážná většina respondentů jsou muži (24), což činí při dalších analýzách mírné obtíže při srovnávání mužů a žen navzájem. Podle výsledků ze závěrečných zpráv o realizaci programu protidrogové politiky v r. 2002 a v r. 2003 se procentuální zastoupení klientů nízkoprahových zařízení - mužů pohybuje okolo 60 %. V našem souboru toto zastoupení činí 80 %. Průměrný věk respondentů je 29 let (muži 30 let, ženy 24). Věkové rozložení respondentů – viz

Tabulka 8-1.

Druhé šetření proběhlo v druhé polovině roku 2010. Celkem bylo provedeno 25 rozhovorů s klienty nízkoprahových programů v Praze. Podobně jako v roce 2003, převážnou většinu respondentů tvoří muži (21). Průměrný věk respondentů je 32,7 let (muži 36,4, ženy 29 let). Je zřejmé, že respondenti jsou výrazně starší než respondenti v roce 2003, což může souviset se stárnutím populace uživatelů drog. Věkové rozložení respondentů ukazuje

Tabulka 8-1.

Tabulka 8-1 Zastoupení respondentů v souboru dle věkových skupin

	2003			2010		
	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem
16-20	3	1	4	0	0	0
21-25	4	4	8	0	1	1
26-30	5	0	5	6	2	8
31-35	6	1	7	6	0	6
36-40	3	0	3	2	1	3
41-45	3	0	3	3	0	3
46 a více	0	0	0	4	0	4
Celkem	24	6	30	21	4	25
Průměrný věk	30	24	29	36,4	29	32,7

V roce 2003 žilo 28 respondentů trvale v Praze, 2 v jiném městě blízko Prahy. Dva respondenti jsou jiné národnosti než české, jeden z nich je cizinec, druhý je občanem ČR, ale jiné národnosti než české. Celkem 23 respondentů žilo či žije v úplné rodině, dvěma respondentům zemřel otec a dalším dvěma (1 muž, 1 žena) zemřela matka, jednomu respondentovi zemřeli oba rodiče. Rodiče jednoho respondenta jsou rozvedeni. Průměrný věk odstěhování se od rodičů byl 18 let, u mužů byl tento věk vyšší (19 let), u žen byl poměrně

nízký (14,7 let) a pohyboval se mezi 13–15 rokem – viz tabulka 8-2. V roce 2010 žilo 24 respondentů v Praze, 1 v jiném městě blízko Prahy. Všichni respondenti jsou české národnosti. Průměrný věk odstěhování se od rodičů byl 18,4 let (muži 19 let, ženy 16 let). Jeden respondent se od rodičů neodstěhoval, žije sám poté, co mu rodiče v jeho 40 letech zemřeli.

tabulka 8-2 Věk, kdy se respondenti odstěhovali od rodičů

	2003			2010		
	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem
13-15	2	3	<b>5</b>	4	1	<b>5</b>
16-20	11	1	<b>12</b>	10	3	<b>13</b>
21-25	3	0	<b>3</b>	4	0	<b>4</b>
26-30	2	0	<b>2</b>	1	0	<b>1</b>
Neodstěhován	2	0	<b>2</b>	1	0	<b>1</b>
Neuvedeno	4	2	<b>6</b>	0	0	<b>0</b>
Celkem	24	6	<b>30</b>	20	4	<b>24</b>
Průměrný věk	19	14,7	<b>18</b>	19	16,2	<b>18,4</b>

V roce 2003 neměly dvě třetiny respondentů stálé bydlení (jsou úplně bez domova, na squotu, na ubytovně, bydlí s přáteli). Zbývající třetina respondentů bydlí doma s rodiči nebo užívají vlastní byt. Na otázku, kdy se odstěhovali od rodičů, odpověděli pouze dva respondenti, že s rodiči stále bydlí, avšak na další otázku, jak a s kým žijí odpovědělo 5 respondentů, že bydlí s rodiči. V roce 2010 je situace velmi podobná. Dvě třetiny respondentů uvádí, že nemají stále bydlení, dva respondenti bydlí s rodinou a čtyři mají vlastní byt (tabulka 8-3).

tabulka 8-3 Způsob života respondentů

	2003			2010		
	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem
Bezdomovec	7	0	<b>7</b>	4	1	<b>5</b>
Squat	9	0	<b>9</b>	9	2	<b>11</b>
Ubytovna	1	0	<b>1</b>	0	0	<b>0</b>
Byt s přáteli	1	0	<b>1</b>	2	1	<b>3</b>
Doma s rodiči / rodinou	3	2	<b>5</b>	2	0	<b>2</b>
Vlastní byt	2	3	<b>5</b>	4	0	<b>4</b>
Neuvedeno	1	1	<b>2</b>	0	0	<b>0</b>
Celkem	24	6	<b>30</b>	21	4	<b>25</b>

V roce 2003 žilo celkem 24 respondentů bez partnera, s partnerem žilo pouze 6 respondentů. Osm respondentů uvedlo, že mají děti (2 ženy, 6 mužů). V roce 2010 žilo bez partnera 19 respondentů, s partnerem 6 respondentů. Celkem 13 respondentů uvedlo, že mají děti (2 ženy, 11 mužů) – viz tabulka 8-4.

tabulka 8-4 Rodinná situace respondentů

	2003			2010		
	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem
Svobodný/á	13	4 (1 dítě)	<b>17</b>	12 (4 děti)	2 (1 dítě)	<b>14</b>
Žije s partnerem/partnerkou	1	1 (1 dítě)	<b>2</b>	4 (5 dětí)	1	<b>5</b>
Ženatý/vdaná	2 (1 dítě)	1	<b>3</b>	0	1 (2 děti)	<b>1</b>
Rozvedený/á	6 (4 děti)	0	<b>6</b>	5 (8 dětí)	0	<b>5</b>
Rozvedený/á, žije s partnerkou/partnerem	1 (1 dítě)	0	<b>1</b>	0	0	<b>0</b>
Ovdovělý/á	1 (1 dítě)	0	<b>1</b>	0	0	<b>0</b>
<b>Celkem</b>	<b>24</b>	<b>6</b>	<b>30</b>	<b>21</b>	<b>4</b>	<b>25</b>

Všichni respondenti z obou dvou souborů mají ukončenou základní školu. V roce 2003 uvedlo 7 respondentů, že ukončili pouze základní školu, 12 respondentů úspěšně absolvovalo učební obor bez maturity a 8 respondentů úspěšně dokončilo střední školu s maturitou a jeden respondent má vysokoškolské vzdělání. Ukončené středoškolské vzdělání má 20 respondentů. Dva respondenti ve studiu pokračují. V roce 2010 celkem 20 respondentů uvedlo, že ukončili středoškolské vzdělání (13 respondentů absolvovalo učební obor bez maturity a 7 respondentů dokončilo střední školu s maturitou). Pět respondentů ukončilo vzdělávání základní školou (viz tabulka 8-5).

tabulka 8-5 Vzdělání respondentů

	2003			2010			
	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem	
Ukončená základní škola	2	0	<b>2</b>	3	2	<b>5</b>	
Učební obor bez maturity	- začal a pokračuje	1	0	<b>1</b>	0	0	<b>0</b>
	- úspěšně dokončil	11	1	<b>12</b>	11	2	<b>13</b>
Střední škola s maturitou	- začal a nedokončil	4	1	<b>5</b>	0	0	<b>0</b>
	- začal a pokračuje	0	1	<b>1</b>	0	0	<b>0</b>
	- úspěšně dokončil	5	3	<b>8</b>	7	0	<b>7</b>
Ukončená vysoká škola	1	0	<b>1</b>	0	0	<b>0</b>	
<b>Celkem</b>	<b>24</b>	<b>6</b>	<b>30</b>	<b>21</b>	<b>4</b>	<b>25</b>	

Ekonomicky aktivních respondentů bylo v roce 2003 celkem 7, zbývající většina respondentů (20 respondentů) byla nezaměstnaná – viz tabulka 8-6. Tři respondenti uvedli, že pracují jako externí terénní pracovníci. V roce 2010 bylo ekonomicky aktivních 8 respondentů, ostatní respondenti uvedli, že jsou nezaměstnaní.

tabulka 8-6 Ekonomická aktivita respondentů

	2003			2010		
	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem
Student	1	1	2	0	0	0
Ekonomicky aktivní – stálé zaměstnání	3	1	4	2	0	2
Ekonomicky aktivní – příležitostné zaměstnání (brigády)	3	0	3	4	1	6
Nezaměstnaný	16	4	20	14	3	17
Jiná	1	0	1	1	0	0
Celkem	24	6	30	21	4	25

### Drogová kariéra

První užitou drogou, ať již legální či nelegální, byl ve výzkumném souboru v roce 2003 nejčastěji tabák (14 respondentů) ve věku 10 – 17 let (průměrný věk prvního užití tabáku je 13 let). Druhou nejčastější iniciační drogou byl alkohol (7 respondentů), a to ve věku 12 – 16 let (průměrný věk prvního užití alkoholu je 14,3 let). Čtyři respondenti začali užívat alkohol a tabák současně ve věku 11 – 15 let (průměrný věk je 13,2 let). S jinou než legální návykovou látkou jako iniciační drogou zahájili svoji drogovou kariéru celkem 4 respondenti. Jednalo se o marihuanu (2 respondenti), pervitin (1 respondent) a morfin (1 respondent). Jeden respondent neuvedl, kdy začal užívat alkohol a tabák a je z tohoto výčtu vyřazen.

V roce 2010 respondenti nejčastěji uváděli jako první drogu tabák (10 respondentů), který poprvé užíli ve věku 10 - 20 let (průměrný věk prvního užití tabáku je 12,8 let). Dva respondenti ve stejném věku vyzkoušeli tabák spolu s marihuanou (v 16 a 20 letech). Druhou nejčastější iniciační drogou byl alkohol (3 respondenti). Tito respondenti poprvé užíli alkohol ve věku 11 – 17 let (průměrný věk prvního užití alkoholu je 13,7 let). Jeden respondent uvedl, že alkohol začal užívat ve svých 17 letech spolu s morfinem a kodeinem. Sedm respondentů začalo užívat tabák a alkohol současně ve věku 12 – 16 let (průměrný věk je 21 let). S jinou



než legální návykovou látkou zahájili svoji drogovou kariéru dva respondenti. Jednalo se o efedrin (1 respondent) a o barbituráty a opiáty (1 respondent).

Z nelegálních návykových látek byla respondenty z prvního zkoumaného souboru (2003) nejčastěji užívána marihuana (11 respondentů), průměrný věk jejího prvního užití je 15,5 let. Deset respondentů užílo v jednom roce marihuanu a jinou nelegální návykovou látku. Spektrum těchto užitých látek je velice široké a pestré. Pohybuje se od kombinace jedné až dvou po kombinaci až pěti různých látek. Jednalo se o kombinaci marihuany s lysohlávkami, LSD, pervitinem, heroinem, extází a toluenem. Věk užívání tohoto velkého spektra drog se pohyboval okolo 16ti let, což lze považovat za určité období experimentování s drogami. Většina těchto respondentů navíc v současnosti takovéto rozličné spektrum látek neužívá. Devět respondentů neužílo marihuanu samotnou ani v kombinaci jako první nelegální drogu. Spektrum těchto látek bylo přibližně stejné jako v případě kombinace s marihuanou.

V roce 2010 byla situace podobná. Mezi poprvé užívané nelegální látky patřily konopné drogy (11 respondentů), průměrný věk prvního užití je 15 let. Pět respondentů užílo v jednom roce konopné drogy a jinou nelegální návykovou látku (extázi, kokain, pervitin). Devět respondentů neužílo konopné látky jako první nelegální drogu. Pět respondentů užílo jako první drogu pervitin ve věku 17,8 let, další respondenti uvádějí kodein, extázi, morfin a opiáty.

V obou letech, ve kterých byly provedeny obě šetření bylo respondenty užíváno podobné spektrum drog. Z legálních drog se jednalo nejčastěji o tabák. Z nelegálních drog byl nejčastěji užíván pervitin, Subutex a konopné drogy. V roce 2003 respondenti často uváděli užívání léků. V roce 2010 žádný respondent užívání léků neuvedl. V roce 2003 byl respondenty také častěji užíván heroin, LSD a lysohlávky. Většina respondentů užívá drogy injekčně déle než dva roky, a to buď 2 – 6 dnů v týdnu nebo denně.

Přehled v současnosti užívaných drog ukazuje tabulka 8-7, trvání a frekvenci injekčního užívání ukazuje tabulka 8-8 a tabulka 8-9.

tabulka 8-7 Užívané návykové látky

	2003			2010		
	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem
Tabák	20	6	26	17	3	20
Alkohol	13	2	15	12	2	14
Konopné drogy	14	3	17	13	2	15
Léky	7	1	8	0	0	0
Toluen	2	0	2	0	0	0
Lysohlávky	4	1	5	2	0	2
Pervitin	20	5	25	17	4	21
Heroin	9	2	11	5	1	6
LSD	2	0	2	0	0	0
Braun	3	0	3	0	1	1
Speed	1	0	1	0	0	0
Kokain	1	0	1	1	0	1
Metadon	1	1	2	2	0	2
Subutex	14	2	16	13	2	15
Suboxon	0	0	0	1	0	1
Opiáty	0	0	0	1	1	2
Opium	0	0	0	2	1	3

tabulka 8-8 Trvání injekčního užívání drog

	2003			2010		
	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem
Neužívá injekčně	1	0	1	2	0	2
4-6 měsíců	1	0	1	0	0	0
7-12 měsíců	1	0	1	0	0	0
13-24 měsíců	0	0	0	2	0	2
Déle než 2 roky	21	6	27	17	4	21
Celkem	24	6	30	21	4	25

tabulka 8-9 Frekvence injekčního užívání drog

	2003			2010		
	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem
Neužíval/a v posledním měsíci	0	1	1	2	0	2
1-3krát za měsíc	2	0	2	1	1	2
1krát týdně	1	0	1	1	0	1
2-6 dní v týdnu	6	4	10	7	1	8
Denně	14	1	15	10	2	12
Neuvedeno	1	0	1	0	0	0
Celkem	24	6	30	21	4	25

Oslovení klienti nízkoprahových služeb mění jehly až na třech různých místech, nejčastěji mění v nízkoprahových centrech, dále si mění jehly u streetworkerů, kupují v lékárnách nebo kupují od kamarádů.

Polovina respondentů z prvního souboru (15 respondentů) někdy v životě vzala a předala již použitou jehlu, 10 respondentů použitou jehlu buď od někoho vzali, nebo někomu předali, 5 respondentů nikdy použitou jehlu nevzalo ani nepředalo. V roce 2010 byla situace mírně příznivější ve smyslu méně častého rizikového chování. Deset respondentů někdy v životě vzalo a předalo již použitou jehlu, 4 respondenti použitou jehlu buď od někoho vzali, nebo někomu předali a 10 respondentů nikdy jehlu nevzalo ani nepředalo (viz tabulka 8-10).

tabulka 8-10 Sdílení injekčního náčiní

	2003			2010		
	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem
Vzal/a a předal/a	12	3	<b>15</b>	8	2	<b>10</b>
Vzal/a, ale nepředal/a	5	0	<b>5</b>	2	1	<b>3</b>
Nevzal/a, ale předal/a	3	2	<b>5</b>	1	0	<b>1</b>
Nevzal/a, ani nepředal/a	4	1	<b>5</b>	9	1	<b>10</b>
Celkem	24	6	<b>30</b>	20	4	<b>24</b>

Na otázku, kolikrát použili jehlu v posledním měsíci po někom jiném, odpovědělo v roce 2003 celkem 22 respondentů. 15 z nich v posledním měsíci od nikoho použitou jehlu nevzalo, 6 respondentů vzalo 1 až 2, jeden respondent udal, že vzal použitou jehlu v posledním měsíci 15krát. V roce 2010 celkem 20 respondentů uvedlo, že od nikoho v posledním měsíci jehlu nevzalo, 5 respondentů použitou jehlu vzalo 1x – 3x.

Na otázku, kolikrát v posledním měsíci někomu předali jimi použitou jehlu, odpovědělo v roce 2003 celkem 23 respondentů. Celkem 16 z nich použitou jehlu nikomu v posledním měsíci nepředalo. 1-2krát předalo použitou jehlu 6 respondentů. Jeden respondent předal použitou jehlu 15krát. V roce 2010 celkem 20 respondentů nikomu použitou jehlu v posledním měsíci nepředalo, 5 respondentů jehlu předalo 1x – 2x (tabulka 8-11). Respondenti při šetření v roce 2010 udávali výrazně méně často rizikové chování nejen v posledním měsíci, ale také v delším časovém úseku.

tabulka 8-11 Předávání již použitého injekčního náčiní

2003						
	Vzal		Celkem vzal	Předal		Celkem předal
	Muži	Ženy		Muži	Ženy	
Včera (dnes)	1	0	1	0	0	0
Během posledního týdne	1	0	1	2	0	2
Během posledního měsíce	4	1	5	5	0	5
Před více než měsícem	12	3	15	10	6	16
Nevzal / nepředal	6	2	8	7	0	7
Celkem „vzal“ / „předal“	18	4	22	17	6	23
2010						
	Vzal		Celkem vzal	Předal		Celkem předal
	Muži	Ženy		Muži	Ženy	
Včera (dnes)	0	0	0	1	0	1
Během posledního týdne	1	2	3	2	1	3
Během posledního měsíce	2	0	2	0	0	0
Před více než měsícem	7	0	7	6	0	6
Nevzal / nepředal	9	2	11	11	3	14
Neuvedeno	1	0	1	1	0	1
Celkem „vzal“ / „předal“	10	4	14	9	1	10

V roce 2003 šest respondentů uvádí, že jehly desinfikují a popisují různé způsoby desinfekce, např. kyselinou solnou, vodou. Většinou používají jednu jehlu až 3krát, mezi každým použitím jehlu vydesinfikují. Celkem 20 respondentů uvedlo, že jehlu použijí pouze jednou, většinou mění v nízkoprahovém centru po větším množství, někteří uvádějí až 50 - 100 ks na jednu výměnu. Dva respondenti nedesinfikují ani nemění, uvádějí, že jednu jehlu použijí až 10krát. V roce 2010 celkem 24 respondentů uvádí, že jehly pouze mění. Jeden respondent uvedl, že jehly mění, případně také dezinfikuje převařením.

Na otázku při jaké příležitosti užívá respondent drogu nejčastěji bylo možné uvést více odpovědí, ženy uvedli 1 až 2 odpovědi, muži jednu až čtyři kategorie. Nejčastější respondenti užívají sami, ve dvojici se sexuálním partnerem, ve dvojici s přítelem a v partě. Mezi rokem 2003 a rokem 2010 není žádné výrazné rozdíly (tabulka 8-12).

tabulka 8-12 Při jaké příležitosti respondenti užívají drogy

	2003			2010		
	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem
Sám/a	14	2	<b>18</b>	15	2	<b>17</b>
Ve dvojici se sexuálním partnerem	4	1	<b>5</b>	4	2	<b>6</b>
Ve dvojici s přítelem	10	3	<b>13</b>	7	2	<b>9</b>
V partě	3	1	<b>4</b>	5	1	<b>6</b>
Na koncertě nebo v klubu	0	0	<b>0</b>	1	0	<b>1</b>

## 9 Výsledky výzkumu provedeného v roce 2003

### 9.1 Informovanost o nízkoprahových službách

Informovanost uživatelů drog o nízkoprahových a jiných službách je jedním z hlavních bodů efektivního fungování těchto služeb. Jedním z hlavních cílů nízkoprahových služeb je kontaktovat cílovou populaci, vyhledávat skrytou populaci a motivovat ji k využívání nízkoprahových či léčebných služeb.

O možnosti výměny jehel se respondenti dozvěděli převážně od kamarádů a známých (21 respondentů) - „byli jsme ve městě náhodně, vydali jsme se na nákupy a najednou jsme zjistili, že máme potřebu dát si drogu a měli jsme u sebe špinavý vercajky, tak kamarád, co jel s náma, tak říkal, že ví, kde sehnat buchny, no a vzal nás tam“. Ostatní respondenti na otázku buď neodpověděli (5 respondentů), nebo byly jejich odpovědi ojedinělé, např. „člověče, to už ti nepovím, to už je strašně dlouho, ale někdo mi to řekl, že se ten člověk zdržuje hlavně tam na tom káčku, tak jsem to káčko vyhledal a začal jsem tam chodit, normálně jsem tam přišel, že někoho sháním a oni mě tam nechali.“

Respondenti se domnívají, že mají dostatek informací o poskytovaných službách. Tyto informace získali převážně od známých („to je z člověka na člověka, mezi známýma“), od pracovníků nízkoprahových služeb („bud' to mi to někdo řekne, nebo se o tom nedozvím, to je většinou streetworker nebo tak, jako je to i ve mně, že se o to nezajímám“), z různých letáků („Sedíš v parku a vidíš na lavičce leták, vezmeš do ruky, přečteš si to, přijdu, půjdu se zeptat.“) a také z Dekontaminace („od známých, od přátel, časopis Dekontaminace“).

### 9.2 Využívání nízkoprahových služeb a zkušenost s nimi

První zařízení, které respondenti využili bylo ve 23 případech nízkoprahové centrum, v 5 případech se jednalo o služby terénních pracovníků. Jeden respondent využil možnost substituční léčby metadonem a jeden služeb charitativní organizace. Všichni respondenti uvedli, že injekční materiál kupovali a kupují v lékárnách (ke 13.9.2004 bylo v Praze 281 lékáren /Česká lékárnická komora, 2004/). Respondenti využívají služeb výměnných programů průměrně 7,6 let (1-19 let), 3 respondenti začali využívat těchto služeb v r. 2003.

Na otázku, co respondenty přilákalo do nízkoprahového centra, jich odpovědělo celkem 16. Nejčastějším důvodem byla výměna jehel, hledání pomoci („*Vůbec jsem nevěděl o tom nic, prostě jsem tam přišel a okoukal, co tam vlastně je...myslel jsem si, že mi tam třeba nějak poradí, co s tím můžu dělat nebo tak nějak.*“), potravinový a hygienický servis („*Kamarád říkal, pojd' na polívku, tak jsme šli.*“), dále pak zjistit, co to nízkoprahové centrum je a jaké služby poskytuje („*měl jsem informace od kamaráda, přišlo mi to zajímavý, tak sem se tam šel podívat*“). Tři respondenti vůbec o nízkoprahovém centru nevěděli, šli tam náhodou s kamarády („*on říkal, že chodí na nějaký místo, kam chodí všechny lidi, tak jsem tam šel s ním, no a od těch dob to prakticky využívám*“).

Představy a očekávání se výrazně lišily, od představy nízkoprahového centra jako zdravotnického zařízení („*jsem si představoval víceméně jako nějaký zdravotnický zařízení, které poskytuje ty aplikační prostředky, vitamíny, že tam bude nějaká doktorka... vyložené zdravotnický zařízení, bílý prostě*“) až po velmi negativně zabarvené představy („*čekala sem nějakou díru, vysmaženou*“). Nejčastěji zmiňovaným očekáváním byla potřeba pomoci, rady, podpory a informací („*že mi pomůžou znovu získat domov a nějak se vrátit do normálního života*“), dále také výše zmíněné služby, a to zejména výměna injekčního materiálu, hygienický a potravinový servis („*vím, že jsem si tam mohla vyměnit, třeba i osprchovat se, ale byla jsem občas i na dně, takže jsem se potřebovala umýt*“). Někteří respondenti navštívili nízkoprahové centrum ze zvědavosti a případně i za účelem setkání se s novými lidmi. Výjimečně se objevují také klienti motivovaní (na základě neznalosti) k návštěvě zařízení snahou opatřit si zde drogy („*podívat se, jaký to tam je, že se tam dá sehnat matroš a takový*“). Velmi často přicházeli respondenti do nízkoprahových center bez jakýchkoli očekávání a představ. Několik respondentů navštívilo nízkoprahové centrum za účelem výměny injekčního materiálu, ale s určitými obavami a nedůvěrou („*myslela jsem, že to bude pro víc lidí a že tam přijdu a budou se mě vyptávat na nějaký věci, že mi třeba udělají nějaký problém*“).

První kontakt s nízkoprahovým centrem respondenti ohodnotili na škále:

- Negativní dojem, zklamání: „*realita mě trochu zklamala, dostali jsme knížečku, tam bylo datum další návštěvy a podle toho jsme chodili... jako docházka*“; „*spíš, že je to takový hrozný, že je tam hodně feťáků pohromadě, oni se pak chovají jako primitivové, to prostředí na mě nepůsobilo dobře*“ (6 respondentů).

- Podle představ a očekávání: „*všechno, co mi řekl kamarád, tak to všechno vlastně pasovalo*“ (5 respondentů).
- Pozitivní dojem: „*bylo pro mě překvapení, že jsem s takovou úrovní a takovým vystupováním ani nepočítal*“ (10 respondentů).

Respondenti také okrajově zmínili negativní aspekty setkávání se většího počtu uživatelů na jednom místě („*spíš, že je to takový hrozný, že je tam hodně feťáků pohromadě, oni se pak chovají jako primitivové, to prostředí na mě nepůsobilo dobře*“), Okrajově byl zmíněn také prodej drog, jemuž nelze i přes různá preventivní opatření vždy účinně zabránit a který se výjimečně může objevit v jakémkoli zařízení, podobně jako se s tímto rizikovým jevem někdy setkáváme také ve věznicích atd. („*že se tam chodí jenom vlastně kupovat drogy a vyměňovat buchny*“).

### **Využívání služeb poskytovaných terénními pracovníky**

Služby poskytované přímo na ulici jsou využívány méně než služby poskytované nízkoprahovými centry, někteří respondenti kupují stříkačky v lékárně a vrací je terénním pracovníkům („*v lékárně si třeba koupím jednu, dvě a pak ty špinavý, když jich je víc nebo když nemám prachy, tak u streeta*“). U terénních pracovníků mění respondenti menší množství stříkaček, většinou 2-10, větší množství potom mění v nízkoprahovém centru, přibližně 50-150 stříkaček, na konci doby určené pro výměnu, kdy již kontaktní pracovníci vědí, kolik stříkaček jim zbylo a mohou je tedy vydat. Polovina respondentů využívá služeb terénních pracovníků minimálně jednou týdně (dva respondenti jsou externími terénními pracovníky) – viz tabulka 9-1. Jedna respondentka udává, že na kontaktním místě se pohybuje pouze proto, aby koupila Subutex („*v posledních měsících 1x týdně, pokud na streety náhodně narazím, nevyhledávám je... jinak koupím v lékárně, mezi feťáky sem nerada, je to nutný zlo, abych pořídila Subutex*“).

Devět respondentů (30 %) bylo kontaktováno přímo na kontaktním místě, tzn. že na otázku, kdy využili služeb terénních pracovníků naposledy, odpověděli: dnes. Tři respondenti den před rozhovorem, jeden před 3 dny a další tři před týdnem. Celkem 16 respondentů (53 %) využilo těchto služeb v posledním týdnu. Před více než 3 měsíci využilo těchto služeb 8 respondentů, 6 respondentů na tuto otázku neodpovědělo.



tabulka 9-1 Frekvence využívání služeb poskytovaných terénními pracovníky

	Muži	Ženy	Celkem
Vůbec	8	1	9
Jednou za měsíc a méně	3	0	3
Jednou za týden	3	2	5
2-3krát týdně a více	7	2	9
Nezodpovězeno	1	1	2
Celkem	22	6	28

Kontaktních míst by podle klientů měl být větší počet, měla by být dobře dostupná, několik by jich mělo být ve středu města a měla by být tam, kde se uživatelé nejvíce pohybují. Kontaktní pracovníci by na toto místo měli chodit pravidelně a frekvence by se měla řídit potřebami klientů. Důležité jsou také dny výměny, rozhodně by neměl být opomíjen pátek a víkendy, kdy se spotřeba drog zvyšuje a je minimální možnost výměny injekčního materiálu. Podobně je tomu o svátcích. Důležité je informování klientů, někteří respondenti uváděli, že vlastně vůbec nevědí, kdy si mohou u terénních pracovníků vyměnit, ale mění vždy, když je potkají. Jak je zřejmé již z hodnocení nízkoprahových center, respondenti těchto služeb nejvíce využívají odpoledne, protože většinou celé dopoledne shánějí drogu a prostředky pro její zakoupení.

### **Využívání služeb poskytovaných nízkoprahovými centry**

Minimálně jednou týdně navštíví nízkoprahové centrum 25 respondentů (83 %), jednou za měsíc a méně než 7 respondentů (23 %) a vůbec nízkoprahové centrum nenavštěvují 2 respondenti (6 %) (tabulka 9-2). Liší se také frekvence využívání těchto služeb podle toho, jaké je roční období („v zimě 5x týdně, přes léto 3-4x“) a také podle toho, kolik mají „volného“ času („sem chodím obden, i každý den, jak mám čas, no, když jdu okolo, tak se stavím, takhle, někdy se tam neobjevím týden a pak tam chodím 12 dní v kuse“). Pravidelnost v jejich chování chybí („tak zajdu někdy třeba 2x za týden, někdy tak dva týdny ne, ale jako pravidelně ne“). Respondenti navštěvují nízkoprahové centrum nejen z důvodu výměny injekčního materiálu, ale také proto, že je to místo, kde si mohou odpočinout, v zimě se mohou zahřát, najíst se a napít. Někteří se zde pokoušejí také o aplikaci drogy („...a hlavně dřív jsem tam chodil proto, že měl člověk kde být chvíli, jako odpočinout, kde si mohl dát čaj, kde si mohl v klidu šlehnout, když to nikdo neviděl“). Data naznačují, že se dle očekávání mezi klienty postupně rekrutuje

skupina velmi těžkých uživatelů návykových látek, pro které by adekvátním řešením zřejmě byla aplikační místnost. Diskuse mezi odbornou veřejností již v minulosti naznačila, že se počet těchto klientů v Praze zřejmě přiblížil momentu, kdy by podobné zařízení mělo smysl zřídit a také zkušenosti pracovníků některých programů naznačují, že toto téma by nemělo být podceňováno. Jeden respondent vysvětluje, proč nízkoprahové centrum nenavštěvuje, hlavní důvody už jsou zmíněny výše (*„nikdy jsem tam nebyl, vím o tom, že to existuje, ale nebyl jsem tam...já mezi ty ostatní feťáky zrovna nemusím, není proč, jako že bych si šel někam sednout na polívku? To je dobrý pro lidi, co jsou jako na ulici, určitě, ale já si dám polívku radši v hospodě“*).

tabulka 9-2 Frekvence využívání služeb poskytovaných k-centry

	<b>Muži</b>	<b>Ženy</b>	<b>Celkem</b>
Vůbec	2	0	2
1krát za měsíc a méně	6	1	7
1krát za týden	4	1	5
2-3krát týdně a více	11	4	15
Nezodpovězeno	1	0	1
Celkem	24	6	30

Celkem 17 respondentů (57 %) bylo kontaktováno přímo v nízkoprahovém centru, tzn. že na otázku, kdy využili služeb nízkoprahového centra naposledy, odpověděli: dnes. Jeden respondent den před rozhovorem, jeden před 3 dny a tři před týdnem. Celkem 22 respondentů (73 %) využilo těchto služeb v posledním týdnu. Před více než 3 měsíci využil těchto služeb 1 respondent, 4 respondenti na tuto otázku neodpověděli.

Důvodem návštěvy nízkoprahového centra je pro devět respondentů také to, že tam mohou potkat svoje kamarády, další 3 respondenti se naopak s touto skupinou osob setkávat nechtějí (*„no, že bych sem vyloženě chodil za těma lidma, že bych je vyhledával, to jako ne“*).

Téměř všichni respondenti (11 respondentů ze 14), kteří se vyjádřili ke stanoveným pravidlům a trestům, vědí o stanovených pravidlech:

- sedm respondentů s těmito pravidly souhlasí a dodržuje je (*„já jsem je neporušoval, protože je to zbytečný, už jsem si na to zvyk, že to tam tak má bejt, tak se podle toho chovám“*),

- tři respondenti s nimi souhlasí, ale podle nich jsou příliš tvrdé („znám, no, ta hodina, že tady můžeš být jen hodinu, to je jasný, ale tvrdý, mě to nevadí, já tady nepotřebuju nějak vysedávat, ale těch starých nebo i těch mladých, co jsou na ulici, tak to je drsný, ale to je jasný, oni by se sem jinak nevešli“),
- jeden respondent s nimi nesouhlasí („já prostě ty zákazy neuznávám“).

Jedna respondentka se zmiňuje o vlastním porušování pravidel: „nikdy jsem neměla žádnéj trest na káčku, já nic neporušuju, no jako porušuju, že si občas dám na záchodě“. V naprosté většině případů se však přijatá preventivní opatření v jednotlivých nízkoprahových zařízeních, směřující k omezení rizik spojených s podobným jednáním, jeví jako adekvátní a účinná.

Dva respondenti nejsou o pravidlech informovaní („nevím, jak fungují, já jsem tam zatím žádnéj trest osobně nezažil“).

Jeden respondent zastává radikální názor, že stanovená pravidla nejsou dodržována ani vyžadována („asi moc ne, pravidla jsou třeba, že tam člověk může strávit hodinu, a to v zimě často třeba jsou tam zalezlí, ale už uběhla další hodina, ale ještě tam byli, takže asi je to takový laxní, no, to fetování tam taky probíhá“). Co se týče porušování pravidel, respondenti popisují, jak se v nízkoprahovém centru domlouvá nákup-prodej drog. Klienti zastávají různé názory:

- drogy se prodávají přímo v nízkoprahovém centru a respondenti to berou jako samozřejmost („tak, aby to prostě personál neslyšel, to je každou návštěvu, někdy tam chodím cíleně, ale chodí tam lidi i s tím, že si tam dají tu polívku a zároveň, že nějaký kšeft bude, prodává se přímo tam“),
- pouze se domluví prodej, ale samotná akce proběhne mimo centrum („domlouvaj, to je přece jasný, no, jako já tady nedomlouvám prostě kšefty, já tady třeba sedím, někdo přijde, zeptá se mě: hele, víš o perníku? A já řeknu: jo vím, ale musím si zavolat, počkejte tu, tady už se to neřeší, prostě řekne, že jo, že shání, já řeknu, že vím, ale prostě jde se to vyřešit někam jinam“),
- respondenti ví o prodeji drog, ale sami takto drogy neshánějí („já myslím, že jo, samozřejmě, drogy, to nevím, já to nedělám, protože je to zakázaný“).

Pokud respondenti drogu koupí přímo v nízkoprahovém centru, velmi často si ji tam také aplikují („jo, jsem měl na to zrovna chuť a zrovna jsem se k tomu dostal tam, tak s tím nepůjdu

*jinam, že jo, co kdyby se mi to zkazilo nebo mi to někdo sebral“).* Celkem 9 respondentů uvádí, že si občas drogu v centru aplikují, většinou na záchodě, ale také se stane, že si někdo aplikuje přímo v kontaktní místnosti (*„tak jednou za 14 dní, když prostě mám cestu tam a od někoho tam dostanu matroš, hned si to tam dám“*). Čtyři respondenti uvádějí, že by si nikdy drogu v centru neaplikovali (*„ne, nikdy, měl jsem už takovej nápad na záchodě, ale to nemá smysl“*).

### **Využívání jiných služeb**

Z dalších služeb, které respondenti využívají jsou to: Armáda spásy, Naděje, Český červený kříž. Dále respondenti navštěvují psychiatrické ordinace zejména kvůli předpisu Subutexu a nemocnice kvůli testům na infekční onemocnění.

### **9.3 Atraktivita nízkoprahových služeb**

Sedm respondentů považuje nabídku nízkoprahových služeb za zajímavou, nejvíce si cení to, že si tam můžou:

- zdarma vyměnit (*„jako pro feťáky to je, protože bych si musel jinak kupovat někde v lékárnách, přes den to jde, od těch pěti korun, ale v noci třeba chtějí čtyřicet korun“*),
- odpočinout si (*„můžu vyměnit, abych nepřitěžoval okolí a že se vlastně můžu ohřát, že mám kam jít a nejsem sám“*),
- kontaktní pracovníci jim mohou napsat doporučení do nemocnice, léčby apod. (*„no, tak v určitých případech ano, když nevím, co zrovna mám pod kůží a tak, tak si s tím radši zajdu do Drop-inu, aby mi napsali ten papír, tu vizitku do té nemocnice“*).

Celkem 4 respondenti nepovažují nabídku nízkoprahových center za zajímavou, chybí jim:

- kontakt s pracovníky nízkoprahového centra (*„dostaneš tam akorát buchny čistý, daj ti polívku a vypadni, ale nejdůležitější nedostaneš... pokec, ktorej chtěj někomu říct, někomu, komu věří“*),
- další si stěžují na stanovená pravidla (*„chybí tam spousta věcí, jako nemůžeš si tam donést svoje vlastní jídlo nebo tak... za ten měsíc jsem čekal asi 2-3krát, asi půl hodiny – aby tam nebyl bordel, aby tam nedošlo ke rvačkám, aby se tam nebralo“*).

Jeden respondent nepovažuje nabídku za zajímavou, využívá pouze výměnu stříkaček a o ostatní služby se nezajímá. Další respondent centrum nenavštěvuje – nechce se stýkat s ostatními uživateli.

Respondenti jsou nejvíce nespokojeni s povolenou délkou pobytu v nízkoprahovém centru a s otevíracími hodinami (10 respondentů), dále respondenti považují za nedostatečný potravinový servis (9 respondentů), 5 respondentů není spokojeno s přístupem personálu a 2 respondenti navrhují rozšíření služeb o právní poradenství a lékařské ošetření, další 4 navrhují rozšířit služby o možnost pobytu na 1-2 dny, možnost přespání. Tři respondenti popisují výhody aplikačních místností. Dva respondenti navrhují zvýšit kapacitu nízkoprahových center.

#### Délka pobytu:

- možnost delšího pobytu: respondenti si stěžují zejména na to, že během hodiny nejsou někdy schopni stihnout vše, co potřebovali, zejména hygienu a praní prádla, navrhovaná délka pobytu je od 1,5 hodiny až po neomezený pobyt (*„změnilo se to ukrutně, dřív tam člověk mohl být celý den... šel a mohl se tam vyspat; prostě tam přijdu a jenom vyměním, jindy si dám čaj“*),
- rozšířit hodiny, kdy je poskytován potravinový servis,
- poskytování služeb i v sobotu a v neděli.

#### Potravinový servis:

- rozšířit spektrum poskytovaných potravin: polévka, jogurty, ovoce, vitamíny, prodej sladkostí (*„jídlo by mohli zavést, no, dost lidí sem přestalo chodit, protože se sem chodili najíst“*; *„rozlišil bych to jenom na ty evidovaný lidi, o kterých by věděli, že jsou na tom opravdu špatně, aby to nezneužíval někdo“*),
- prodloužit dobu, kdy se poskytuje potravinový servis (*„dávaj polívku jenom do dvanácti“*).

#### Přístup personálu:

- důraz na intenzivní kontakt (*„já bych to měl spíš orientovaný na to, lidi z toho vést ven z toho užívání, než tam být jenom proto, aby se vlastně jenom ty lidi podporovali, ale tím nemyslím, že jako zruším výměnu, ale že je to jako dost jednostranný ten přístup“*),

- nedůvěra k personálu (*„je to takový strašně neosobní, takový jenom formální, že bych jim spoustu věcí neřekla, že bych s nima nemluvila o těch věcech“*),
- nedostatek respektu ze strany personálu (*„ted' je to jako spíš někdo, kdo tě postrkuje a opovrhuje tebou jako ty všichni ostatní, každé jde spíš jenom proto, že si tam jde vyměnit stříkačky a protože tam je zvyklý chodit, no, ale už určitě ne proto, že mu tam bylo aspoň chvilku dobře“*).

Možnost přespání:

- prodloužit dobu pobytu až na 1-2 dny s možností přespání, jeden respondent navrhuje i nízký poplatek za tuto službu (*„určitě ten nocleh, na dva dny, maximálně na tři, když je člověk v tý největší krizi, aby se tam dostal z toho nejhoršího“*).

Aplikační místnosti (*„aby si tam mohl třeba v klidu zaplikovat“*; *„to by měli zřídit někde, kde by se dalo volně i přes den aplikovat, že by se to nemuselo šířit venku... a i to odborně rozdělat v čistým a všechno, aby si lidi minimálně museli dávat po barákách, když je třeba zima, tak vlezeš někam do baráku do sklepa a tam si dáš“*).

Kapacita nízkoprahových center:

- respondenti navrhnou zvýšit kapacitu nízkoprahových center (*„základní problém je malá kapacita místnosti... když je tam málo lidí, tak tam nechají sedět“*).

### **Důvody k nevyužívání nízkoprahových služeb skrytou populací z pohledu klientů**

Téměř všichni respondenti, kteří se vyjádřili k tématu (19 z 20 respondentů), mají ve svém okolí někoho, kdo nízkoprahové služby nevyužívá. Počet těchto přátel se pohybuje od 1 do 20, průměrně se jedná o sedm přátel na jednoho respondenta.

Důvodů, proč tito lidé nevyužívají nízkoprahových služeb udávají respondenti několik:

- nechtějí, aby někdo věděl, že berou drogy, stydí se za svoje chování (*„protože to jsou lidi, který žijou s rodinami nebo mají malý děti, prostě já osobně bych řekl, že je to pod jejich úroveň“*) – 4 respondenti,

- nedůvěra - mají obavy z propojení s policií a z nezachování anonymity („*mají strach sem jít, z toho, že se tady musí zaevidovat a jsou v nějaký evidenci a spousta z nich žije utkvělou představou, že policajti mají normálně přístup do té evidence*“) – 4 respondenti,
- kupují v lékárnách, na injekční materiál mají peníze a tedy nepotřebují nízkoprahových služeb („*většinou mají třeba lepší zázemí, bydlí doma a přisun peněz, takže si ty jehly můžou koupit, nenutí je to sem přijít*“) – 3 respondenti,
- nechtějí se potkávat s jinými uživateli, být konfrontováni s těžkými uživateli drog („*vadí mu třeba, že tam chodí někdo, s kým se nechce potkávat*“) – 2 respondenti,
- stříkačky jim donese někdo jiný („*protože jsou lenivý, vždycky si prostě nějakým způsobem opatří nějakýho poskoka, kterej jim tam skočí, já nevím, 500 buchen, nebo streeti berou taky a není problém, oni nafasujou a polovinu z toho, co nafasujou, jim klidně daj, protože dostanouovej nástřel*“) – 2 respondenti,
- nejsou spokojeni se stanovenými pravidly („*protože nejsou spokojený s těma pravidlami, je to opruz, přijdou sem a hned se hádají s těma terapeutkami*“) – 1 respondent,
- nemají informace, což je většinou typické pro uživatele, kteří užívají 1-2 roky a nemají ještě dostatek informací-zkušeností („*nemají informace o nich (streetech), kdyby o nich věděli nebo kdyby to bylo v okruhu jejich, kde se pohybujou, tak by to využili*“) – 1 respondent.

Přestože nejčastějším důvodem toho, proč někdo nevyužívá služeb nízkoprahových center bylo zachování anonymity a strach před policií, nejčastějším návrhem na změnu byl návrh na změnu chování personálu, které kritizují – 3 respondenti („*právě to lepší zacházení a víc čistoty tady*“; „*kdyby se to zlepšilo, tady jsou některý terapeuti, který nám rozumí, který jsou v pohodě, ale jsou tady některý den takoví terapeuti, který prostě jsou jak profesorka na učňáku a nejradši by nás mlátili holí*“). K zachování anonymity se vyjádřil pouze jeden respondent („*něco jako bankomat, tady dávám špinavý, děkuju čistý, aby tam na mě nikdo neviděl*“). Další respondent hovoří o chybějící důvěře k personálu („*aby si uvědomili, že je tam nenapráší nebo něco takovýho, aby věděli, že je to chráněný, jako důvěru nějakou*“). Jeden respondent nevidí chybu v přístupu personálu („*už nejde víc udělat, aby je to přilákalo, si skoro myslím, že dělají víc než by měli a než mají v popisu práce*“).

#### 9.4 Spokojenost s nízkoprahovými službami

Celkem 10 respondentů vyjádřilo celkovou spokojenost se stávající nabídkou služeb („já myslím, že víc už mi nabídnout nemůžou“). Vždy se vyjádřili k tomu, které služby využívají nejvíce a právě kvůli nim nízkoprahové centrum navštěvují („normální, vyhovuje...ty stříkačky si tady můžu měnit během celého dne a když potřebuju třeba ošetření, tak můžu taky přijít“). Respondenti také zmiňují fakt, že chodí vyměňovat 50 a více stříkaček a stěžují si, že ne vždy dostanou zpátky stejný počet, který odevzdali. Jeden respondent mění velké množství stříkaček (až 300) a poté je rozdává v prostředí, ve kterém se pohybuje, stěžuje si také na to, že ne vždy dostane stejný počet, který odevzdá („já třeba tam přijdu vyměnit 300 stříkaček a ona mě jednou dala jednu na těch 300...no, já jsem si řekl v tomhle případě, ale stejně ti dají, já nevím kolik navíc, ale jde o to, že já prostě většinou, já to pak jdu rozdat tam do té oblasti“).

Pouze 2 respondenti nedostávají vše, co potřebují, v potravinovém servisu postrádají zejména polévku („přestali dávat polívku z toho důvodu, no, to není veřejnosti nějak známý, že se tam začali scházet alkáči, který si hráli na velký narkomany, kvůli tomu, aby se tam mohli hodinu vohřát a fasovat další polívku, takže díky tomu se to utlo, aby ta služba nebyla zneužívaná“).

Jeden respondent zmiňuje vedle nedostatečné kapacity kontaktních místností také to, že jich je celkově nedostatek („hodina je dostačující, ale kdyby těch center třeba bylo víc, kdyby byly rozšířeny po Praze, tak je to dostačující“).

Některým respondentům také není příjemná registrace a nedůvěřují anonymitě kódu („na Drop-inu musíš být registrovaný, abys tam mohl být, já nejsem registrovaný, kdežto na káčku jenom řeknu jméno, a to je všechno“).

Respondenti velmi oceňují možnost individuálního poradenství („no, já když tam přijdu, vypadám blbě, tak třeba mi řeknou, ať jdu třeba na pohovor, nebo když je mi blbě, tak mi dají ty vitamíny a prostě mi poradí, kam mám jít“), stanovená pravidla a jejich dodržování. Současně se je však možné setkat s tím, že někteří klienti mívají s personálem konflikty nebo pravidla a jednání personálu interpretují po svém („nelíbilo se mě, nejsou tam pravidla jako tady, je tam bordel a samý toxici, tam můžou spát a můžou si i šlehnout, tam to nikdo nehlídá, tam jsou zavřené dveře a ty terapeuti jsou prostě uvnitř“).



Dva respondenti navrhnou doplnit služby o skupinové setkávání uživatelů i abstinujících („já bych se snažil rozjet prostě systém těch... skupinový podpory pro jak abstinující feťáky, tak pro lidi, který užívají, pro informace“).

Pro respondenty bylo velmi těžké určit tři nejdůležitější služby, nejčastěji vyjmenovávali všechny, které využívají, v pořadí dle důležitosti. Mezi nejdůležitější služby poskytované nízkoprahovými centry je tedy řazena výměna injekčního materiálu, potravinový a hygienický servis, ošetření, poradenství, testy.

### **Zřízení aplikačních místností**

Celkem 14 respondentů se kladně vyjádřilo k možnosti zřízení aplikačních místností. Většina respondentů (11 respondentů) by tuto možnost uvítala v místech, kde se uživatelé nejčastěji pohybují („co mě chybí a teď nevím, jestli mi to chybí přímo v tom centru nebo mi to chybí tak jako celkově, já nevím, jestli tys slyšel, šlehárna, že by to ocenila spousta lidí...je to lepší, než aby ten dotyčný prostě zalez, já nevím, do sklepa nebo do baráku, nechával tam bordel, za druhý ho tam někdo načape, dejme tomu, že mu to vyleje nebo ho zbije a kdyby se náhodou něco stalo, kdyby se třeba předávkoval, byl by tam člověk, kterej by rychle zasáhl“). Důležité je právě to, že by tato místnost či místnosti měly být umístěny v centru města či v místech, kde se uživatelé nejvíce pohybují („někde poblíž, prostě tady toho, tady toho chumle, toho stálýho výskytu feťáků“). Co se týče počtu aplikačních místností, lze respondenty rozdělit na dvě poloviny, jedna část respondentů si myslí, že stačí pouze jedna aplikační místnost, druhá zastává názor, že by těchto místností mělo být co nejvíce a měly by být dobře dostupné („tady v Praze potřebují aspoň dvě, prostě ne v blízkosti lidí, kteří neberou“; „no, tak na 10 místech v Praze“).

Výhod respondenti spatřují několik:

- prevence předávkování a zdravotních rizik, dostupné zdravotní ošetření („bylo by míň předávkovaných lidí, méně abscesů, byl by tam hlavně lékařskej personál, byl bys celkově pod dohledem“),
- výměna injekčního materiálu („tam dostaneš čistou vodu, čistou buchnu, prostě všechno“),

- bezpečná aplikace neohrožující ani uživatele, ani ostatní obyvatele („nemusím se našlehávat někde na rychlovku pod schodama nebo na veřejnosti“; „někdy si musím dát hned a to by bylo asi dobrý, teda lepší než zalíst k muzeu za křoví a bát se, že tě tam vychytají polici“).

Respondenti by také uvítali možnost získat drogu současně s výměnou injekčního materiálu („byl by to asi přínos pro společnost, ale ne pro mě, leda, že by to dávali i s drogou podle potřeby“), jsou si ale také vědomi možného zneužití této služby a přirovnávají to k současné situaci v substituční terapii Subutexem („ale u nás, my bysme to zneužívali, hned by okamžitě všichni moulové, který v životě ani nikdy nečichli k heroinu, chodili jako teď na ty subutexový programy“) a zdůrazňují existenci jasně stanovených pravidel a jejich dodržování („v pohodě, ale má to taky určitě svý pravidla, to nevím, jak by tady fungovalo, to by bylo strašně hustý“).

### **Co by klienti změnili**

- Zvýšit počet nízkoprahových center podle toho, kde se uživatelé nejvíce pohybují („asi bych jich udělal víc a na jiných lokalitách než jsou, aby to bylo dostupnější“; „aby to bylo úplně v centru, protože tady je nejvíc feťáků“).
- Zvětšit prostory („větší prostory, je to tady dost omezený“).
- Prodloužit otvírací hodiny („tak třeba do 12 nebo aspoň do 8, přiletíš s mokrým čelem ve tři pět s tím, že se jdeš vykoupat a je plno, tak já tam budu hodinu čekat, příště půjdu dřív a kdy dřív, když otvírají ve tři, no, tak půjdu pozděj, pátá, půl šestá už nejsou ručníky, šampony nejsou“; „no asi bych to udělala non-stop, aby tam člověk přišel na jak dlouho chce, kdyby to nešlo, tak aspoň v noci do desíti do jedenácti, aby to bylo“).
- Prodloužit dobu pobytu v kontaktní místnosti, představy o povolené délce pobytu se liší od dvou hodin až po neomezený pobyt („udělal bych to aspoň na dvě hodiny, prodloužil bych to“).
- Rozšířit potravinový servis („dřív byla polívka a byl chleba k tý polívce, takže bych dal polívku a nějaký pečivo k tomu“).
- Rozšířit sociální práci („aby víc pomáhali lidem, který potřebují zařídit nějakým způsobem třeba doklady nebo administrativní věci“).

- Zapojit do práce v nízkoprahových centrech bývalé uživatele drog („většinou bych asi chtěl tam lidi, který ví něco o drogách, něco o zkušenosti v životě s drogama, ale který už neberou, tak dokážou s těma lidma komunikovat“).
- Diferencovaný přístup dle potřeb každého klienta („nějakou tu individuální péči větší, ale taky lidem, který to víc potřebujou, aby to víc rozlišovali“).

Některé z požadavků či přání představují bezpochyby zajímavý podnět k úvaze o současném spektru služeb, některé však zřetelně také ukazují menší zakotvenost a soudnost klientů, kteří by si samozřejmě přáli různé změny, avšak nejsou schopni příliš reálně reflektovat např. ekonomické limity. Podobně se s těmito jevy lze setkat také u některých bezdomovců či jiných sociálně-potřebných skupin v populaci.

## 9.5 Spokojenost s přístupem personálu

Celkově je většina klientů s přístupem personálu spokojená („myslím, že dělají všechno, co je v jejich silách“). Kladou zejména důraz na:

- pomoc („aby tam byl vždycky někdo, kdo by chtěl pomoci třeba slovem nebo to“),
- podporu („jako ta podpora tam prostě není a na druhou stranu jsou tam ty feťáci, od kterých si hned seženeš...vlídný jsou, v pohodě, když něco potřebuju, tak oni se mě snaží vyjít vstříc“),
- zájem („je tam taková ta nezáúčastněnost, jako zájem...někteří jsou takoví, prostě jenom projdou“; „měli by se víc zajímat“),
- důvěru („jako důvěřuju jim docela... no, když potřebuju, tak mi doporučí komunity nebo mají kontakt na státní“),
- příjemné vystupování („jako některý z nich by měli přehodnotit svůj přístup, ty vztahy, prostě to jednání mezi tím zaměstnancem a tím klientem, že určitý zaměstnanci prostě, že sem člověk přijde a oni že na něj štěkaj a vypadá to, že maj nějaký mindrák, prostě nějaký problém a že si ho chtěj řešit na úkor někoho jinýho“),
- respekt a zachování důstojnosti („já myslím, že dost lidí odradilo to, že s náma jednají jako s otrokama, jak s nějakýma úplně bezcennýma lidma“),
- individuální přístup („je to takový strašně neosobní, takový jenom formální, že bych jim tady spoustu věcí neřekla, nebo že bych s nima nemluvila o těch věcech“),

- otevřenost („*personál je tady dobrej, ale měl by být víc otevřenější*“),
- dělat tuto práci, protože je baví („*jako ten kontakt je takovej, že oni se s tebou baví do té doby, dokud je to nějak nezačne unavovat, jakože potřebuješ ty výjimečně něco prostě na ně a okamžitě ten kontakt zrušej, diskuzi jako prostě, mají najednou hodně práce, prostě jsou trošku v něčem flinkoví, i když se snaží... ale nevykonávají svoji práci... je vidět, že je to jejich taková povinnost*“),
- poradenství („*spíš ta možnost poradit mi vyhovuje dost, že tě neodpálkujou, ale naopak rádi si s tebou popovídají*“; „*milí tam jsou, můžeš se s nima poradit, když něco potřebuješ*“),
- osobní zkušenost s drogou („*no, v první řadě by ten pracovník měl mít zkušenosti s drogama, měl by být bejvalej toxik, aby věděl, co s tím člověkem je, ten, kdo o tom nic neví, nepochopí*“),
- příjemné prostředí, atmosféru (“*taková ta atmosféra toho nepřátelství, taková ta přísná atmosféra*“),
- zvyšování motivace klienta („*měli by je víc motivovat, mě to připadá, že jsou zvyklí na to jenom si vyměnit a vzít si vitamín a za hodinu jdeš pryč, že by se vyptávali na to, jestli se chceš léčit nebo tak, to mi nepřipadá, mě to přijde, že tam jenom hlídají, aby tam nebyl nějaký bordel nebo tak... já si myslím, že oni o to hodně lidí ani nestojí, ale ani oni jim nejdou vstříc... nikdo se neptá, jestli si nechceš popovídat... oni sami ti k tomu jako nedají impuls, spíš musím sám, ale hodně lidí toho nevyužívá*“),
- reference do léčby („*dají ti, co potřebuješ a mají ty kontakty*“).

Jeden respondent vyjadřuje svůj názor na chování externích terénních pracovníků: „*prostě se chovají, jenom proto, že jsou to terénní pracovníci a mění nám jehly, tak jenom proto se cítí něco víc než my, narkomani, mají rypáky nahoru... (...)... chovají se přezíravě, povýšeně*“.

Jeden respondent opět zmiňuje fakt nedostatečné kapacity a nízkého počtu personálu, v důsledku těchto dvou nedostatků není možné poskytovat poradenství, sociální práci, motivační pohovory apod. v takové míře, v jaké by bylo třeba („*jsou takový ty určitý body, kdy člověk potřebuje, ale ten personál to nestíhá, protože ta hodina je málo*“).

## 9.6 Využívání dalších služeb (substituce: metadon, Subutex)

### Užívání opioidů

Celkem 11 respondentů užívalo někdy v minulosti heroin, 16 respondentů Subutex a 2 respondenti metadon.

V současnosti užívá opioidy celkem 10 respondentů. Heroin užívá jeden respondent, a to převážně v létě. Další respondent užívá heroin v kombinaci se Subutexem. Subutex užívá celkem 9 respondentů. Jeden respondent užívá metadon pouze ke zvládnutí abstinčních příznaků (*„když mám metadon, to jako mi není špatně, tak nemám důvod, já prostě ty opiáty neberu proto, abych se s nima vyfetoval, ale jenom proto, aby mi nebylo špatně“*).

Respondenti zmiňují také nízkou kvalitu heroinu (*„heroin vůbec, bud' je špatnej nebo mi nechutná, proto mám radši Subutex“*; *„heroin neberu, on je jako dost špatnej“*).

### Užívání Subutexu

Subutex užívá celkem 9 respondentů v souboru. Užívané množství Subutexu se pohybuje od 1mg 1-2x týdně až po 4 mg denně. Nejčastěji ovšem respondenti uvádějí 2 mg denně. Subutex respondenti aplikují injekčně. Jeden respondent popisuje výhody Subutexu oproti heroinu: *„jsem na něm aktivní, není mi zima, nemám zábrany, chybí mě tam euforie, jinak je to jako herák, funguje to dlouho, když to tam prdnu, tak 12 hodin vím, že se nemusím o nic starat a je to levnější a vím, že nemusím mít strach z toho, co to je“*. Někteří respondenti užívají Subutex pouze, když jsou vyloučeni z metadonového programu.

Všichni respondenti, kteří v současnosti užívají Subutex, ho kupují na černém trhu. Někteří se pokouší získat recept od lékaře, když ho neseženou, kupují ho na černém trhu. Uvádí, že je jednodušší sehnat Subutex na černém trhu než od lékaře (*„tady skoro každej bere subáče, takže než se někam hnát, někoho se doprošovat, to je lepší udělat ty 200,- a koupit to tady“*). Někteří dříve navštěvovali více psychiatrů, od kterých si nechali předepisovat Subutex, který potom prodávali (*„měla jsem asi 5 psychiatrů, který jsem střídala, šla jsem k prvnímu, napsal mi recept, šla jsem k druhému a napsal mi recept a pak jsem to prodávala...až to bylo na modrej pruh, tak už mi to nepředepsali“*).

Cena Subutexu se na černém trhu pohybuje od 150,- do 250,- za 2 mg tabletu, běžná je cena 200,- Kč (*„ta jedna dvojka stojí 200,- a před tím stála 100,-, teď je to omezený, je to na modrej pruh, takže je toho o hodně míň, cena stoupla dvojnásobek od tý doby“*). Polovina 8 mg tablety stojí od 250,- do 400,- Kč. Cena 8 mg tablety se pohybuje v rozmezí 500-600 Kč.

Budeme-li uvažovat, že uživatel Subutexu bere průměrně 2 mg denně za 200,- Kč, znamená to, že na nákup drogy potřebuje přibližně 5 600,- Kč měsíčně (*„já mám jenom sociálku, tak já si to můžu dovolit vybrat jednou měsíčně, ale už nebudu mít na nájem, jídlo, oblečení a teď se mě a nejenom mě, ale i mým známým stane, že oni si je vyberou v lékárně, náhodně je kontrolujou policajti a seberou jim to...i když mají potvrzení z lékárny, tak se to děje“*).

### **Užívání metadonu**

V našem souboru je pouze jeden respondent, který je v metadonovém substitučním programu (*„metadon mi vyřeší to, že když se ráno půjdu napít a nebudu abstinovat, tak že si zbytek dne můžu zařídit sociálku a všechny jiný věci, dát se prostě do pořádku, nechat si vyprat“*). Jeho cílem je zbavit se závislosti na opiátech a užívat pouze pervitin.

Dva respondenti popisují negativní zkušenosti s metadonem: jedná se podle nich o nejsilnější opiát, který nevyřeší touhu po droze, ta zůstává – na rozdíl od Subutexu, při snaze abstinovat se navíc objevují těžké abstinenční příznaky (*„vyzkoušel, musím říct, že hrozný, je to nejsilnější opiát, první měsíc sem vůbec nevěděl, či sem, chutě na drogu neopadly, kdežto na tom Subutexu, to potlačuje chuť na ostatní opiáty“*).

### **Využívání substituční léčby**

O substituční léčbě se 4 respondenti dozvěděli od pracovníků nízkoprahových služeb. Jeden respondent udává, že informace raději získává od kamarádů a známých, kteří mu sdělí svoje zkušenosti, na jejichž základě se rozhodne, jakou službu si vybere (*„já se spíš poradím s těma feťákama, který tam na ten metadon chodí a ty mi poradí, že mám jít radši k Apolináři, že je to tam lepší“*).

Metadonová substituční léčba sebou nese několik negativních aspektů, kvůli kterým ji nechtějí respondenti podstoupit. Nejdůležitějším je to, že ti klienti, kteří mají stabilní sociální zázemí a zaměstnání nemohou např. každý týden navštěvovat lékaře (*„nechce se mi chodit k Apolináři, protože mám vztahy a zaměstnání, tak si nemůžu dovolit prostě jeden den v týdnu nejít do práce a jít na nějakou substituci a nějaké pohovory“*). Dále respondenti uvádějí, jak je obtížné vstoupit do metadonového programu (*„substituční léčba, aby ten, kdo chce přestat, tak aby mu to umožnili chodit do toho jejich programu, to je pro nějaký vyvolený případy jejich, taky mě řekli, že to není tak jednoduchý, že se tam nedostane každé... nevím, proč já ne, proč mi to nechtěli dohodit, třeba už za sebou musíš mít nějakou léčbu, což jsem neměl“*).

Substituční léčba Subutexem je pro klienty mnohem více atraktivní než substituční léčba metadonem. S obtížemi se klienti setkávají také u tohoto typu léčby. Respondenti si často stěžují na to, že jim lékař Subutex nepředepsal. Z těchto tvrzení ale nelze posoudit, zda je respondent pro léčbu Subutexem indikován či nikoli (*„já jsem byl, když to (Subutex) ještě mohla psát obvodní doktorka, tak jsem toho jednou chtěl využít a setkal jsem se s tím přístupem, že to nepotřebuju vlastně a že mi dají radši nějaký léčení a ne to zkoušet sám někde nějakým Subutexem, což docela chápu, protože se to zneužívá a prodává se to“*). Respondenti mají také problémy s udržením abstinence už na samém počátku léčby (*„já jsem si chtěl zařídit subutexovou léčbu, ale nějak sešlo z toho, nedotáhl jsem to do konce, protože jsem se nějak rozjel s drogama“*). Ztížený vstup do programu také odůvodňují tím, že do programu chtějí všichni (*„jeden známej má Subutex od Apolináře, ale tam je to prý na dlouhý lokte, protože se tam ženou všichni“*).

Hlavní výhody substituční léčby podle respondentů:

- uživatel má každodenní přístup k čisté „droze“ (*„je to pro mě výhoda to, že to nebudu muset shánět způsobem, jakým to sháním, prostě že se mi nemůže stát, že budu mít absták, to prostě budu mít předepsaný legálně od doktora“*),
- uživatel nemusí krást, aby si vydělal na nákup drogy,
- uživatel se nemusí obávat, že bude mít abstinenční příznaky,
- uživatel může pracovat (*„může mi to změnit život a můžu normálně chodit do práce“*).

Někteří respondenti jsou si vědomi, že udržovací forma léčby není řešením („já nevím, já si připadám, že bych šel z bláta do louže, synovec, ten na to chodí a je tam, kde byl, napořád, jako nezlepšuje se to, akorát má denně drogu a nemusí krást“).

## **9.7 Analýza ohniskových skupin s poskytovateli nízkoprahových služeb**

### **Navázání kontaktu s klienty**

Jednotlivé nízkoprahové služby v Praze se v některých charakteristikách různou mírou odlišují a tím se navzájem doplňují a vytvářejí širší spektrum charakteru poskytovaných služeb, např. co se týče nízkoprahovosti. Pracovníci popisují dva odlišné přístupy terénních programů, kdy pracovníci jednoho programu navštěvují stabilně ta místa, kde se pohybuje největší počet klientů a snaží se tyto klienty navyknout na tato konkrétní místa, zatímco pracovníci jiného programu navštěvují místa odlehlejší od centra Prahy a také drogové byty. Oba přístupy jsou potřebné a opodstatněné. Navzájem se také liší jednotlivá nízkoprahová centra („tam jsou ty klienti takový drsnější o něco... možná o tom to je, že tam hned tak někdo nepude, že jo... ale ono to má i ten dopad, že odrazují i takový ty mladší, ty čerstvější, jo. Tam je taková, jsou tam otrlejší“). Obecně lze ale říci, že pracovníci terénních programů se snaží vyhledávat nové klienty, oslovovat je a udržet v kontaktu („Já to osobně vidím jako zachycení co nejvíce klientů, vlastně to ostatní se od toho může nějak odvíjet, protože pokud je nezachytíme, tak tam k ničemu dalšímu jako nedojde z naší strany... a jejich směřování do těch center, aby brali čistejma, zajistit jim prostě ty služby.“)

Respondenti se nejčastěji o nízkoprahových službách dozvídají od svých kamarádů a přátel, s těmi také poprvé využijí těchto služeb („my ty klienty potkáváme s někým už z dřívějších let, takže ten klient ví už od něj, co od nás může čekat a my mu to pak vysvětlíme. Ale málokdy se stane, že bysme potkali úplně někoho samotného, kdo nemá zkušenosti s žádnějma výměnejma programama a neví vůbec“).

Průběh prvního kontaktu popisuje pracovník: „První kontakt v podstatě probíhá tak, že se ptám klienta, co ho k nám přivádí, co pro něj můžeme udělat, co se teda děje, že přišel k nám. Ptám se ho na to, jak se o nás dozvěděl... pokud je to teda možný a nějak to domluvit, že to není klient, který si přichází vyměnit a evidentně není jako hned na odchodu, tak mu sdělujeme základní informace, tzn. jak máme otevřeno, jaké služby nabízíme, pro koho jsme určeni, pro



*jaký klienty, jaké jsou podmínky např. kontaktní místnosti, jaké jsou tam pravidla, co od nás můžou očekávat.“; „Teda pokud ten klient přijde a má čas tam být, že není zrovna na odchodu, tak dostane všechny základní informace najednou. Takže nějaký delší rozhovor s tím klientem, třeba na půl hodiny... myslím, že těch informací není tolik, abysme ho nepřehltili při tom prvním kontaktu. První mu říct, kdy tam jsme, co od nás může čekat, jak nás pozná.“*

Terénní pracovníci se snaží předávat kontaktované klienty do nízkoprahových zařízení, což se jim ne vždy daří (*„My máme standardně X klientů a nemůže si dovolit odejít z Muzea, protože ty klienti si do káčka vyměnit nepojedou... my je můžeme odesílat a taky je odesíláme, ale oni stejně nechoděj.“*). Snaží se klientům poskytnout základní poradenství, které standardně poskytují nízkoprahová zařízení, ale tam se tito klienti nedostanou. Je velmi těžké u těchto klientů navodit jakoukoli pravidelnost a terénní pracovník proto musí neustále vyhledávat nejfrekventovanější místa (*„Opravdu nejsme dýl jak měsíc na jedné lokalitě, která zrovna jede.“*). Mezi plánované aktivity právě patří vytvoření funkčního systému předávání klientů z terénního programu do nízkoprahového zařízení (*„Vymejšleli jsme třeba, že by z terénu dostal ten klient poukázku, se kterou by přišel do káčka a tam by na základě týhle poukázky mohl získat nějakou lehce nadstandardní službu“*).

Pracovníci mají také velmi málo prostoru a kapacity na to, chodit do lokalit, které nejsou zasaženy terénním programem, tzn. zejména vyhledávat nové kontakty (*„no, personální, časovou kapacitu... prostě máme tolik klientů, že prostě nestíháme nic dalšího“; „já si myslím, že je prostě málo služeb v Praze, že kdyby bylo nějaký káčko na Muzeu, tak by minimálně polovina těch klientů, co se pohybují na Muzeu tam bude docházet jenom proto, že to mají prostě u huby, ale do Holešovic v životě nikdo nedejede z nich“*). Vzhledem k tomu, že pracovníci nemají dostatečnou kapacitu nenavštěvují málo frekventovaná místa (*„Taky se zdržujeme na tom Muzeu, protože tam opravdu těch lidí jsou mraky a je blbý prostě odejít a vyhledávat klienty někde na Černém Mostě, kde bysme potkali třeba jednoho, ale nevyměnili bysme těm třiceti, no.“*).

Jiná situace je v populaci národnostních menšin; tito uživatelé nejsou velmi často vůbec v kontaktu s nízkoprahovými službami a také jejich kontaktování není příliš jednoduché (*„Že když tam byly nějak na Národní, ty Rusáci a Ukrajinci a takhle, takže s nima jsme to tak vobčas dělali, že jsme je oslovovali, protože oni by si nepřišli.“*), přitom se jedná o jednu

z nejrizikovějších skupin obyvatel. Důvodem pro nevyužívání těchto služeb těmito uživateli je především neinformovanost o existenci a možnostech služeb pro uživatele návykových látek („Oni jsou vyloženě vděční za to, za ty služby, protože nikdy nic takovýho neviděli... že třeba jenom, sem si vzpomněla s téma Rusama, že jim bylo hrozně záhadný nebo těžký, že pro nás ta špinavá jehla je jako důležitá, že prostě nám nechtěli jako přidělovat práci, tak jako došli pro tu čistou a pak nám řekli, že tu špinavou někde vyhodili, že nám s tím nechtěli přidělovat práci, to bylo hrozně těžký, aby pochopili, že pro nás je ta špinavá jehla hrozně důležitá.“). V současnosti se nízkoprahové služby začínají intenzivněji zaměřovat právě na uživatele drog z řad cizinců, národnostních menšin.

### **Důvěra**

Pracovníci si důvěru klientů získávají postupně („Nám důvěřují velmi...myslím, že nám důvěřují už v tý anonymitě...a důvěřují nám v tom, že je prostě neprásknem“). Jsou samozřejmě klienti, jejichž důvěru si pracovníci nikdy nezískají kvůli negativním zkušenostem s policií apod. („Tam jsou teda klienti, kteří nám nedůvěřují a nikdy nebudou... to je pravda, že vlastně jsme přišli do tohodle místa akorát v době, kdy to vyčistili policajti. Tak je možný že tam tohle hapruje.“).

### **Přístup ke klientům**

Většina klientů jsou těžcí problémoví uživatelé drog, kteří za sebou mají dlouhou drogovou kariéru, často jsou VHB a VHC pozitivní. Nějakou pomoc vyhledají až po delší době užívání drog, po jednom až dvou letech („Takže ty, co berou míň než dva roky, tak jsou absolutně nepodchytitelný z hlediska nějakých čísel...během nějakých těch dvou tří let jsou schopný žít v tý rodině, ať už s partnerkou nebo s rodičema, a tak nějak to tutlaj, jo, a k nám se dostávají, až když jsou na ulici.“). Tito klienti si ale stěžují právě na to, že se nechtějí potkávat s těžkými uživateli drog („S téma lidma se vůbec nechtěj stýkat v tý čekárně... a těch starejch klientů je taky dost, co potřebujou péči a že ty mladý jsou navázaný na káčko... a ty mladý si spíš přijdou k nám na výměnu, ale jako do čekárny moc ne... jako jsou tam třeba lidi, kterejm je třeba taky nějakých 18, ale ty jsou prostě na ulici od 13, že jo, to jsou taky starý klienti.“).

Pracovníci ke klientům přistupují s náležitým respektem a autoritou, snaží se udržovat optimální hranice kontaktu a být vstřícní. Klienti podle nich znají svoje hranice, vědí, co si mohou dovolit a co ne („*A oni jsou hlavně zvyklí na to, že jim člověk postaví hranici, z té rodiny, z toho okolí jsou zvyklí, že prostě vždycky narazí.*“). Pracovníci se aktivně snaží o kvalitní komunikaci s klienty a setkávají se s mnoha problémy ze strany klientů, např.: „*Tam je určitá skupina holek, který přicházejí vždycky s klukem a v podstatě za ně hovoří ten kluk, a i když ona chce něco osobního, třeba vošetřit, nějaký zdravotní věci nebo testy nebo vyměnit, tak to prostě dělá ten partner nebo prostě ten kluk. Říká: Ona by chtěla, udělejte ji podle. Nebo on mění a mění to jako na svůj kód, přestože si od ní bere ty stříkačky. A ona není zakódovaná a on je. A v podstatě, když se snažíme komunikovat s ní, tak často za ni odpovídá ten partner... že když holka s klukem začnou nastejno brát, tak ta holka je na tom za rok o 100, o 200 % hůř než ten kluk.*“

V přístupu pracovníků mužů a pracovníků žen nejsou patrné žádné významné rozdíly, které by měly vliv na kvalitu poskytovaných služeb. Samozřejmě klienti volí pro individuální pohovory muže či ženu podle jejich osobních preferencí a samozřejmě také potřeby mužů a žen jsou jiné („*Je to i vidět v tom, že ta holka častěji vyhledává nějakou pomoc. A není to třeba jenom ošetření, ale je to hodně často i to jako: Potřebuju si popovídat a potřebuju řešit podle. A hodně jako jsou krizovky s holkama...a jsou prostě věci, se kterými chodí výhradně za mnou, těhotenství, gynekologický problémy.*“).

## **Pravidla**

Pracovníci vyžadují důsledné dodržování všech stanovených pravidel. Největší nespokojenost klienti vyjádřili se stanovenou délkou pobytu v kontaktní místnosti. Podle pracovníků se ale mnohdy nejedná o nedostatek času, většina klientů vše bez problémů stihne („*Já mám pocit, že pro některé klienty nestačí ani osm hodin, aby nebyli ve stresu. Takže to je hrozně individuální v tomhleto*“; „*Já si taky myslím, že průměrně akční člověk to zvládne v klidu.*“). Kriticky ale zmiňují, že problémem je kapacita místnosti, která je maximálně vytížená („*Já si myslím, že je to jako hodně o té kapacitě... třeba to, že nepřevyšujeme kapacitu a může tu být jeden na hodinu, tak to se stane třeba třem lidem za ten den. A pak teda už takhle je to problém se s ní dohadovat o tom, že máš hodinu a pokud by to bylo daný ještě tím, že můžeš tu být tak*

*dlouho, dokud nebude plná kapacita, tak jako budem dělat jenom to, že se s nima budeme hádat, jestli budou odcházet nebo nebudou.“*). Pracovníci se také snaží rozšířit otvírací hodiny nejen v pracovní dny, ale také o víkendu (*„Ale tak jako určitě klienti by byli rádi, kdyby tam mohli chodit každý den a sedět tam od rána do večera, to je jasný, takový ty stálý.“*).

Situaci týkající se obtíží dodržování všech pravidel a zejména přísného zákazu jakékoli aplikace drogy v prostorách nízkoprahových zařízení výstižně popsal jeden pracovník: *„Jako platí tam to pravidlo zákazu manipulace a aplikace drogy, ale nikdo nám to neřekne, že si tam aplikoval na tom WC nebo na tý sprše, ale nedělám si iluze o tom, že se to tam neděje, třeba některý klienti se mi stalo, že se třeba ptali, jak to tady funguje, usmívali se nad tím a víceméně tím naznačovali, že se tam něco podobného děje... zkoušeli jsme tam třeba dávat nové žárovky, ale ona jich potom byla zvýšená spotřeba, byly věčně rozbitý nebo vyšroubovaný... krom toho zdatnější si tam nastřelí i s prdlou žárovkou, takže to je úplně jedno... my to odmítáme a máme to tak, že když to o někom tušíme, že to dělá, tak o tom s ním mluvíme, i když nám to třeba zapírá, ale fakt je, že určitě se to tam děje, protože nacházíme plasty od vody všude možně a obaly od stříkaček na záchodě a takovýhle věci, ale netolerujeme to... já se jenom domnívám, že si tam někdo aplikuje a na ten záchod přijde denně třeba 50 lidí, tak stejně nevím, po kom tam zbyla ta stříkačka nebo něco... my to nezjistíme, kdybychom to zjistili, tak má stopku.“* Všichni pracovníci se tedy shodují na tom, že toto jednání nelze tolerovat a je nutné je přísně trestat. Zřízení aplikačních místností by částečně mohlo toto porušování pravidel zmírnit, neboť se zřetelně jedná o relativně velmi úzkou skupinu těch nejobtížnějších klientů.

### **Nejdůležitější služba**

Za nejdůležitější službu označili pracovníci nízkoprahových zařízení výměnu injekčního materiálu, při které je velmi důležitá kvalita kontaktu, někteří pracovníci zastávají názor, že nejdůležitější není výměna, ale právě kontakt, setkání, určitý cíl dne. Netýká se to pouze kontaktu mezi klienty a pracovníky, ale také kontaktu mezi klienty navzájem. Za nejefektivnější způsob předávání informací označili pracovníci i respondenti právě samotné klienty (*„Oni si to řeknou mezi sebou... když jsme jim vzali nějakou službu, tak se to rozkřiklo teda okamžitě. Jsme jim odebrali polívku, tak to věděli třetí den všichni, že jo.“*). To samozřejmě neznamená, že pracovníci nízkoprahových služeb nešíří informace jinými

způsoby, právě naopak. Neustále také hledají nové atraktivnější a efektivnější způsoby kontaktování a šíření informací (*„Pořád to nabízíme, bavíme se s nima o těch zdravotních problémech a musíme to teda podpořit tím, že dáváme třeba sušenky nebo něco takovýho. Ať něco z toho taky trošku mají. Ale tam je to hodně o tý naší nabídce. Prostě furt dokola prostě říkáme: Vyvěsili jsme to na nástěnku... já si myslím, že to hodně záleží na tom, jak oni mezi sebou se informují.“*).

Mezi další nejdůležitější služby řadí pracovníci možnost pobytu v kontaktní místnosti, hygienický a potravinový servis. Narůstá také počet klientů, kteří využívají individuální pohovory, což je ovšem kapacitně omezeno. Možnosti individuálního rozhovoru s většími problémy využívají starší klienti muži, kteří *„si neumějí říct o to, že si chtějí jen popovídat a že potřebují pozornost, že to občas jako neumí, to berou přes různý kličky.“*

Pracovníci terénních programů se snaží svoje klienty odesílat do kontaktních místností, ale u většiny těchto klientů se to nedaří. Odhadují, že jejich klientela se s klientelou nízkoprahových zařízení překrývá přibližně 10 %. V situaci, kdy klient potřebuje zdravotní ošetření, nemůže terénní pracovník udělat nic lepšího, než ho poslat do nízkoprahového centra nebo do příslušného zdravotnického zařízení.

### **Slabá místa a zlepšení**

Za slabá místa a těžko ovlivnitelná považují pracovníci především nedostatek finančních prostředků. Zejména se jedná o objem vykonané práce a její ohodnocení (*„Čím víc máme klientů, tím víc máme peněz... to už naprosto odporuje třeba těm sídlištím, ta produktivita tý práce se tady nedá vyčíslit tím jednoduchým vzorečkem... jako má to svoji logiku, ale hodně povrchní.“*). V rámci poskytování služby a kapacitních možností již není příliš velký prostor pro individuální přístup a poradenství. Také již není příliš velký prostor pro rozšiřování služeb a personálu (*„Pak je tam ještě jedna, co mě přijde a to je, že bych přivítala, kdybysme měli lékaře v tom zařízení“*). Přesto pracovníci neustále přehodnocují svoji práci a poskytované služby a pracují na jejich zlepšení (*„Já mám pocit, že u nás je to docela dynamický, že jakmile nás napadne něco, co se dá zlepšit, tak to prostě uděláme, pokud to je možný udělat.“*; *„Ale třeba jsme měli i nějaký návrhy, který potom ve finále nevyšly, že pořád přemýšlíme nad nějakýma změnama.“*).

Dalším nedostatkem je již klienty zmíněná prostorová kapacita Nízkoprahových zařízení („*Mě teda přijde, že kromě té kapacity, že třeba i tu prostorovou kapacitu docela vnímám.*“; „*My tam cítíme problém s tím prostorem konkrétně... no, mě tam chybí ta sprcha.*“).

Snahou pracovníků nízkoprahových zařízení je také do spolupráce aktivněji zapojit externí terénní pracovníky, kteří mění jehly v terénu („*My se teď snažíme třeba trochu transformovat naše externí terénní pracovníky do nějaký skupiny, která by byla funkčnější trochu než... dělala by i něco jinýho, než jenom chodila měnit jehly.*“).

Klienti také vyjádřili obavy z anonymity kódu, podle pracovníků je ale klientů, kteří kód odmítají minimum („*Protože jim vysvětlíme na co my to potřebujem. A že jim to prostě nevadí... z 90 procent je to lenost vyplňovat ten incomovej dotazník, jako nic jinýho. Je jim jedno, jak dlouhej. Jim to nevyhovuje. Nemají na to čas prostě.*“). Pokud klient odmítne nechat se zaregistrovat „*může využívat služeb, tam je to jediné pokud nemá kód, tak ty naše služby jsou omezené pouze tím, že nemůže dostat ty jehly na dluh, jinak žádné jiné omezení, pokud klient nemá kód, není.*“

### **Spolupráce s lékaři a s jinými organizacemi**

Nízkoprahová centra úzce spolupracují s praktickými a dalšími lékaři, o kterých vědí, že se na ně klienti můžou spolehnout, a uvítala by možnost vlastního lékaře („*Mám pocit, že kdybysme mohli ještě vobčas předepsat nějakej předpisovej lék, ať už je to blbej, já nevím framykoin nebo cokoliv jinýho, tak by nám to kolikrát usnadnilo a nebylo by to vo tom, že pošlu klienta k doktorovi a von tam prostě nedojde.*“).

Dále spolupracují s Červeným křížem, Člověkem v tísní, SOS apod. a neustále se snaží rozšiřovat spolupráci o další organizace („*Snažíme se o sobě co nejvíc dozvědět, informovat se a používání často těch odkazů jako na ty jiný... Jinak nám dávaj jako kontakty přes klienty, no. Že prostě, když mám, já nevím, teď mám společnou klientku, která chodí hodně často na Armádu spásy, je tam na někoho navázaná, tak s nima spolupracuju prostě.*“).

Pracovníci také vítají jakoukoli aktivitu a spolupráci ze strany klientů – bývalých uživatelů drog, např. UFO<sup>2</sup> (*„Ale opravdu je to dělaný na velmi dobrý úrovni a prostě mám pocit, že je to nějaký sdružení... chtěj bejt nezávislý.“*).

### **Aplikační místnosti**

Podobně jako klienti, i personál nízkoprahových služeb vidí aplikační místnosti jako potřebné a užitečné. Měly by být umístěny blízko míst, kde klienti kupují drogy (*„Na tom Muzeu si myslím, že tam je to skoro nezbytný, aby něco podobnýho vzniklo, tam je to šílený... tam si šlehají přímo v parku... policajti tam chodí často, vlastně jsou tam denně, denně tam probíhá nějaká kontrola... já mám pocit, že u Muzea na to trochu rezignovali ti policajti, jako že mají kamery všude, chodí tam, ale nic jim neudělají.“*). Vhodné umístění je také poblíž stávajících nízkoprahových zařízení, kam už si klienti zvykli chodit. Nízkoprahové zařízení by se potom mohlo intenzivněji zabývat poradenstvím a dalšími sociálními službami (*„Káčko by pak plnilo funkci spíš nějakýho poradenskýho centra než jako nízkoprahovýho zařízení dejme tomu a šlehárna by fungovala jako výměna a aplikační místnost.“*). Dále pracovníci zmiňují to, že by nebylo vhodné spojit do jednoho místa kontaktní a aplikační místnost (*„...kdy tam chodí rodiče, chodí tam lidi, co chodí na nějakou podporu v abstinenci a který chtějí do léčby a tak dále, a mít hned vedle toho šlehárnu mi přijde úplně nic moc.“*). Za nejvhodnější formu navrhuje aplikační místnost s možností výměny injekčního materiálu a v nízkoprahovém zařízení možnost výměny injekčního materiálu a poskytování poradenství a dalších sociálních služeb. Jsou si také vědomi rizikovosti potenciálních klientů, vlivu na okolní prostředí a dalších možných rizik.

---

<sup>2</sup> UFO – uživatelské fórum, jehož cílem je vtáhnout (ex)uživatele drog do diskuze o léčbě drogově závislých.

## 10 Výsledky výzkumu provedeného v roce 2010

### 10.1 Informovanost o nízkoprahových službách

O možnosti výměny injekčního náčiní se respondenti dozvěděli převážně od kamarádů a známých (22 respondentů) - „*Mě tam přived známej, kterej tam chodil, neměli jsme co dělat, tak jsme tam šli.*“ Dva respondenti uvedli, že už si to nepamatují a jeden respondent uvedl: „*chodil jsem na Středisko drogových závislostí a doktoři, kteří to tam vedli, založili DROP IN, takže jsem se o tom dozvěděl.*“

Celkem 21 respondentů si myslí, že má dostatek informací o poskytovaných službách. Informace získávají od pracovníků služeb, z internetu, uvádí, že čtou různé informační letáky a brožurky, časopis Dekontaminace. Dva respondenti tvrdí, že informace získali až s příchodem do nízkoprahového centra, před tím než byli v kontaktu neměli skoro žádné informace („*Je to velice málo. Když už sem přijдете tak ty informace dostanete, ale když sem nepřijдете, tak ne.*“). Často také respondenti zmiňují, že nemají žádný rozpis, kdy a kde budou streetworkeri vyměňovat.

Jako hlavní zdroje informací jsme identifikovali:

- Známí, kamarádi (19 respondentů): „*Hodně to funguje, že si lidi mezi sebou informace předávají.*“ „*Většinou je to z doslechu od známých – někoho potkám, ten mi řekne, že je to tam dobrý, že mi tam uvařej kafe, ale víc informací nedostanu.*“,
- Pracovníci nízkoprahových služeb (7 respondentů),
- Letáky, brožury, časopis Dekontaminace, nástěnky (6 respondentů),
- Internet (4 respondenti).

Tři respondenti uvádí, že se s ostatními uživateli o nízkoprahových ani jiných službách nebaví a pokud potřebují nějaké informace, zjistí si je sami.

### 10.2 Využívání nízkoprahových služeb a zkušenost s nimi

Respondenti využívají nízkoprahových služeb průměrně 11 let (6 klientů využilo tyto služby poprvé před 16 – 20 lety) především z důvodu výměny injekčního náčiní (5 respondentů).



Další motivací byly také další poskytované služby, především pomoc při hledání práce, zatelefonování si, pomoc s vyřizováním dokladů, dále možnost si tam odpočinout, posedět a dát si kávu nebo polévku. Někteří uvádějí, že tam šli ze zvědavosti nebo jen s kamarádem a vůbec nevěděli, co mají očekávat (3 respondenti).

Představy a očekávání spojené s první návštěvou nízkoprahového centra většinou klienti neměli (9 respondentů) z toho důvodu, že vůbec netušili, jak zařízení pracuje a co vše mohou očekávat („*Jsem do té doby vůbec nevěděl, že něco takovýho je. Nešel jsem s nějakýma představama.*“). Čtyři respondenti uvádějí, že do centra šli s obavami a nedůvěrou, nevěděli, co je čeká, báli se pracovníků („*Bál se se tam jít, byl překvapený, co tam vše funguje – boxy, čisté stříkačky.*“), všichni současně uvádějí, že byli překvapeni v pozitivním smyslu. Celkem 6 respondentů bylo již předem informováno o tom, jak zařízení funguje, tudíž neměli první návštěvu spojenou s nereálnými očekáváními („*Měl jsem takový představy, jaký to tam potom doopravdy bylo, protože už jsem o tom ty informace dostal.*“), centrum navštívili zejména kvůli výměně injekčního náčiní, ale také kvůli dalším poskytovaným službám (zdravotní ošetření). Tři respondenti uvedli, že centrum vyhledali kvůli odborné pomoci, kterou nabízí („*Doufal jsem, že mi tam pomůžou, když budu mít nějaký problém, zdravotní třeba.*“).

První kontakt s nízkoprahovým zařízením respondenti ohodnotili na škále:

- Pozitivní dojem („*Hodně mě to překvapilo, chodila jsem tam ráda, bylo dobrý vědět, že na ty problémy není člověk sám.*“) (14 respondentů).
- Podle představ a očekávání („*Jo, očekávání to naplnilo, když jsem chtěl jít do léčby, mohl jsem si od nich zavolat a objednat se.*“) (6 respondentů).

Negativní zkušenost vyjádřil pouze jeden respondent, ale bez konkrétních připomínek nebo komentářů. Dva respondenti zmínili negativní aspekty setkávání se většího počtu uživatelů na jednom místě a snahu se těmto situacím vyhýbat.

Respondenti využívají nízkoprahové služby především v Praze, někteří (5 respondentů) mají také zkušenost s centry ve Středočeském kraji, dva respondenti navštívili nízkoprahové centrum na Slovensku a v Německu. Pokud jde o frekvenci využívání služeb, 17 respondentů navštěvuje nízkoprahové centrum minimálně jednou týdně, z nichž 7 uvádí každodenní frekvenci („*Jsem tu furt, pravidelně, můžu tady na ten internet, abych mohl hledat práci a to je*

*pro mě velice důležitý.“*). Celkem 17 respondentů využívá pouze nízkoprahových služeb, 5 respondentů uvádí substituční léčbu a 3 respondenti využívají služeb Armády spásy a Naděje. Téměř všichni (22) uvedli, že někdy využili služeb psychiatra nebo psychologa většinou v souvislosti s trestním řízením, pokusem o sebevraždu, případně na popud blízkého člověka. Dva respondenti uvádějí, že služby psychologa vyhledali v období, kdy užívali pervitin a potýkali se s problémy s tím spojenými, zejména s depresemi.

### **10.3 Atraktivita nízkoprahových služeb**

Všichni respondenti hodnotí nabídku nízkoprahových služeb jako zajímavou a vadilo by jim, kdyby se tyto služby zrušily nebo omezily. Čtyři respondenti vyjadřují také obavu či názor na to, jak by se situace změnila, kdyby nebyly tyto služby dostupné (zejména nárůst prevalence infekčních onemocnění, ale také např. upozornění na odhazování stříkaček do popelnic, na ulici apod.). Třem respondentům by tyto služby nechyběly, přestože si myslí, že jsou důležité (*„Je zajímavá. Mě osobně by to zrušení nevadilo, ale mnoha lidem ano, myslím, že je to potřebný pro ty lidi.“*). Nejvíce si cení to, že si tam mohou zdarma vyměnit a že kontaktní pracovníci jim mohou pomoci, doporučit je do léčby apod. (*„...hlavně ty lidi tady se dostanou k informacím od pracovníků, takže když člověk chce, tak tady vede krátká cesta k tomu, jak se z toho dostat.“*). Jeden respondent upozorňuje také na neochotu uživatelů drog kupovat si injekční náčiní (*„feťák než by dal 7 korun za jehlu, tak to dá radši do drogy.“*), jeden respondent by nevěděl, kdy jinde by mohl pořídit čisté jehly (*„To by bylo šílený, kdyby se zrušily, byl bych sám, nevěděl bych kam si chodit pro věci.“*).

Celkem osm respondentů by na stávajících službách vůbec nic neměnilo (*„Nic bych neměnil, takto je to dobré, ty lidi, který to dělaj to většinou ví, o co jde.“*), pouze jeden zmiňuje znatelný nedostatek finančních prostředků (*„Já si myslím, že na tomhleto místě je to celkem dobrý. Akorát si myslím, že by to potřebovalo víc financí. Dřív byla voda se šťávou, dnes už není, protože nejsou peníze.“*).

Ostatní respondenti zmiňují následující nedostatky:

- nemožnost vyprat si prádlo, osprchovat se – hygienický servis (6 respondentů),

- krátká délka pobytu v kontaktní místnosti (2 respondenti) („...*prodloužit dobu pobytu o půl hodiny.*“),
- nedostatečně velký prostor kontaktní místnosti, malá kapacita (2 respondenti),
- chybí právní poradenství (1 respondent),
- chybí aplikační místnost (1 respondent) („*Já bych zařídil nějakých pár buněk, těch modernějších, kde by si ty lidi mohli v klidu nandat, aby si nemuseli dávat někde pod mostem, aby tam byl nějaký streeták a dohlížel na to.*“),
- malá nabídka studených nápojů (1 respondent),
- nedostatečná propagace služeb (1 respondent) („*Chtěl bych, aby se to dalo víc na veřejnost, na školy, aby se to dostalo mezi lidi.*“).

Podobné nedostatky se objevovaly při odpovědi na otázku „Jak by mělo vypadat ideální káčko?“. Osm respondentů tvrdí, že jsou spokojeni, ostatní uvádí většinou již výše uvedené návrhy na zlepšení (hygienický servis, potravinový servis, výměna, možnost přespání, najít klientům práci, kvalifikovaný personál včetně psychiatra/psychologa, aplikační místnost, lékařské ošetření, poradenství, dostatečně velké prostory, příjemné prostředí, neomezená délka pobytu). Dva respondenti přirovnávají ideální kontaktní centrum ke kontaktnímu centru o. s. SANANIM v Holešovicích („*Jako káčko v holešovicích, jak to fungovalo.*“).

### **Důvody k nevyužívání nízkoprahových služeb skrytou populací z pohledu klientů**

Celkem 16 respondentů má ve svém okolí někoho, kdy nevyužívá nízkoprahové služby. Důvodů, proč je tito lidé nevyužívají, udávají respondenti několik:

- nechtějí, aby někdo věděl, že berou drogy, stydí se (5 respondenti) („*Bojí se, že by se provařilo, že fetujou. Je to hodně o těch začínajících.*“),
- nedůvěra – obavy z propojení s policií a z nezachování anonymity (6 respondentů) („*oni to vidí jakože policie. Káčko vnímají jako policii, lidi nechtějí být evidováni, jen kvůli tomu, že se bojí, že by je někdo za rohem...*“),

- nechtějí se potkávat s jinými uživateli (4 respondenti) („*Nechtěj se s náma stýkat, jsme pro ně horší sorta feťáků, i když jsme v podstatě všichni stejní.*“),
- kupují v lékárnách, na injekční materiál mají peníze a tedy nepotřebují tyto služby využívat (4 respondenti) („*Spíše nepotřebují, znám člověka, který má spoustu peněz a o tyto služby se nezajímá, vše nakupuje.*“),
- lenost (4 respondenti) („*...protože jsou líný a kašlou na to.*“),
- stříkačky jim donese někdo jiný (5 respondentů) („*...je pro něj jednodušší, když mu ty stříkačky dovezu já.*“).

Většinou respondenti zmínili kombinaci různých faktorů, proč jejich známí tyto služby nevyužívají. Jeden respondent situaci shrnul následovně: „*Ano, hodně známých. Styděj se před lidma a sami před sebou. Daj mi špinavý jehly, já je sem přinesu a dám jim je. Jsou to i lidi, který dělaj, takže chtějí být v anonymitě – anonymitě tady nevěří, už se někdy zklamali.*“

Devět respondentů nemá mezi svými známými nikoho, kdy by nevyužíval nízkoprahové služby.

Názory respondentů na to, co by uživatele přilákalo k využívání těchto služeb lze rozdělit do třech kategorií:

- maximální zachování anonymity, výměna i bez registrace a kódu (2 respondenti),
- nabídnout něco navíc - jídlo, odměna za docházku (4 respondenti) („*Nabídnout jim něco víc – ubytování, sociální jistoty, že mu najdete práci, ubytování, pak vám na tyhle programy přistoupí. Přijít se širokou nabídkou a jistotou*“),
- změna jejich vlastního postoje (4 respondenti) („*To záleží jen a jen na těch lidech.*“).

#### **10.4 Spokojenost s nízkoprahovými službami**

Celkem 16 respondentů vyjádřilo celkovou spokojenost se stávající nabídkou služeb. Ostatní respondenti jsou se službami spokojeni, ale vyjadřují také přání na rozšíření, zdokonalení stávajících služeb. Jedná se především o vitamínový servis („*Akorát bychom rádi brali ty vitamíny, ale oni jsou hrozně veliký, když je polykám, tak je mi na zvracení, proto je nejím.*“),

zdravotní ošetření („*Horší je to s lidmi, kteří mají zdravotní problémy, např. abscesy, setřička tu nemůže dělat veškeré ošetření.*“), hygienický servis („*Chtěl bych se tam vykoupat, ve Stage to není, vlastně za poplatek, holicí strojek.*“). Jeden respondent si stěžuje na nemožnost vyměnit si např. 100 stříkaček kus za kus („*Akorát mi nedají víc jehel a stříkaček, když přinesu 100, tak mi jich dají jen 12 – mají to omezené.*“). Tři respondenti tvrdí, že jsou spokojeni s nabídkou služeb, protože dostávají více, než sami využijí.

Pokud klientům něco schází, je to možnost vysprchování se a vyprání prádla (13 respondentů). Dále by respondenti uvítali větší množství počítačů v kontaktní místnosti („*Je tu jen jeden počítač a je tam tlačnice.*“), právní poradenství, nabídku práce, možnost přespání, větší kontaktní místnost, aplikační místnost a jídlo a pití dostupné po celý den. Jeden respondent sám kriticky komentuje to, že „od vyprání a sprchování jsou zase jiný služby.“ Jeden respondent oceňuje kvalitu a důležitost časopisu Dekontaminace.

Žádnou službu nepovažují respondenti za zbytečnou, pouze dva respondenti se negativně vyjádřili k instalovaným automatům na stříkačky, o kterých si myslí, že je uživatelé nevyužijí a že jsou zbytečné a drahé v porovnání s kvalitou.

Pokud jde o otevírací dobu kontaktního centra, 15 respondentů s ní nemá problémy a vyhovuje jim. Ostatní respondenti navrhují rozšíření otevírací doby:

- otevřeno od 10 hodin dopoledne (5 respondentů) („*Bylo by to pro hodně lidí výhodnější, protože bych si tu mohl zavolat dřív – v jednu hodinu už na spoustě úřadech nejsou.*“),
- otevřeno do 18 hodin (1 respondent),
- otevřeno 24 hodin denně (1 respondent).

Respondenti měli také možnost se vyjádřit k povolené délce pobytu. Jejich připomínky lze shrnout do tří kategorií. První skupině respondentů vyhovuje povolená délka pobytu (1 hodina) a nepovažují za nutné ji prodlužovat (10 respondentů). Zatímco druhé skupině respondentů jedna hodina pobytu v kontaktní místnosti nestačí a navrhují ji prodloužit na 1,5 – 3 hodiny (5 respondentů) („*Za hodinu nestihne člověk to, co potřebuje – když se tu sejdou tři nebo čtyři lidi, co potřebujou na počítač, tak se to nestihne.*“). Třetí skupina respondentů by uvítala neomezenou délku pobytu (3 respondenti).

Podle pravidel nízkoprahových center nemohou klienti v kontaktních místnostech přespávat. Celkem 10 respondentů tvrdí, že by tuto možnost uvítali a využívali ji, zejména přes noc. Ostatní respondenti (12) si myslí, že je to zbytečné, protože tyto služby poskytují jiná zařízení („*Neviděl bych v tom smysl, protože noclehárny patří na jiný místo.*“). Pracovníci kontaktního centra jsou ochotni poradit klientům ohledně možností přespání („*V káčku nám dali seznam azyláků ohledně přespání.*“). Jeden respondent popisuje současnou situaci následovně: „*Většina lidí je z ulice, tak by byli rádi, kdyby našli ubytovnu, která by byla třeba za dvacku, jako je třeba ta loď, jenže tam jsou malý prostory a hodně lidí, jsou tam toxikomani, bezdomovci, alkoholici, třská se to mezi sebou. Bylo by vhodné, kdyby byla ubytovna čistě jenom pro registrované toxikomany a bylo tam nějaký poradenství. Kdyby to bylo tady, bylo by to dobrý. Samozřejmě za poplatek.*“).

Za nejdůležitější služby respondenti považují výměnu injekčního materiálu, potravinový a hygienický servis, ošetření, poradenství a testy. Mezi další služby, které naopak respondenti postrádají a které by uvítali patří pomoc při shánění práce, případně ubytování, psychoterapie, rodinné poradenství, lékařská péče, pomoc při komunikaci s úřady.

### **Zřízení aplikačních místností**

Celkem 8 respondentů si někdy aplikovala drogu v kontaktní místnosti, 14 respondentů nikoli. Celkem 12 respondentů se kladně vyjádřilo k možnosti zřízení aplikačních místností. Většina respondentů by tuto možnost uvítala v místech, kde se uživatelé nejčastěji pohybují (6 respondentů). Někteří tvrdí, že by aplikační místnosti mohly být i na okraji města a uživatelé by tam dojížděli (3 respondenti). Názory respondentů na počet aplikačních místností se velmi lišily. Někteří si myslí, že by stačila jedna aplikační místnost, jiní, že je potřeba co nejvíce takových míst. Nejvíce by respondenti na aplikační místnosti ocenili možnost bezpečně si aplikovat drogu a tím předcházet předávkování a zdravotním rizikům spojeným s injekčním užíváním drog. Dva respondenti by také uvítali možnost získat drogu přímo v aplikační místnosti spolu s výměnou injekčního materiálu.

Deset respondentů uvedlo, že by aplikační místnost nevyužívalo. Hlavním důvodem byla uváděna nedůvěra („*Na jednu stranu dobrý, na druhou stranu je to blbost. Nepřistoupil bych*

*na to, že by se řešilo, kde člověk ty drogy vzal.“; Nevyužíval bych ze strachu z policie, nevěřím tomu, že by nás tam nechali být.“).*

## **10.5 Spokojenost s přístupem personálu**

Celkově je většina respondentů s přístupem personálu spokojená (*„Suproví lidi to sou, chtějí pomoci, můžu jim věřit.“*). Dva respondenti poukazují na to, že přístup všech pracovníků není stejný, podobně pozitivní (*„Jak který a jak kdy. Jsou pracovníci, který s člověkem mluví zvrchu, pak jsou jiní, kteří jsou v pohodě. Můžu jim důvěřovat.“*). Respondenti kladou zejména důraz na:

- zájem a komunikaci (*„Když jsem sem přišel zamklej, nechtěl jsem komunikovat, tak mě překvapil přístup pracovníků, kteří se mě snažili otevřít, což se jim samozřejmě povedlo, takže se mi udělalo líp.“*),
- přátelskost (*„Dobře, byli jsme jako kámoši, bylo fajn si pokecat s někým, kdo tomu rozumí, měl zkušenost.“*),
- pomoc (*„No, super, slušně, jsou kamarádský, pomůžou, jak můžou.“*),
- důvěru (*„Chovají se ke mně dobře, můžu jim důvěřovat...“*),
- profesionalitu (*„Jejich chování je profesionální, je to tak dobře.“*),
- empatii (*„Je to o tom, že ty lidi se chovaj slušně, ta intonace a jejich empatie, to je maximum co oni můžou udělat.“*),
- slušné jednání (*„Zatím mě nikdo, nikdy neodmít, nevyhodil, naopak slušný jednání, nedávaj najevo, že nás maj plný zuby.“*).

Celkem 15 respondentů nemá žádné výhrady a připomínky k chování pracovníků nízkoprahových služeb. Ostatní respondenti (8 respondentů) jsou celkově spokojení, ale navíc zastávají názor, že pracovníci jsou příliš hodní a navrhuje, aby byli přísnější a jasně určovali hranice (*„Musí to mít nějaký mantinely, kam se smí nebo nesmí zajít. Někdy je to individuální věc, kdy bejt ostřejší.“*; *„Ale měli by bejt na některý lidi tvrdší, přísnější. Každýmu člověku vyhovět nemůžou.“*).

V přístupu pracovníků respondentům nejčastěji vadí:

- nedůslednost („*Aby pracovníci byli důslední a dbali na dodržování pravidel ze strany klientů, prostě je vyhodit, pokud to pravidlo poruší.*“),
- nevhodné – neslušné chování („*...aby se sami chovali ke klientům slušně, že potom se budou i klienti chovat vůči nim jinak.*“),
- lhostejnost, nezájem („*Aby pracovníci nebyly lhostejní, já se jim na jednu stranu nebudím, aby bylo vidět, že ho to zajímá, když s ním mluvím.*“),

Pokud jde o důvěru, 18 respondentů pracovníkům důvěřuje („*Důvěřuju, zatím se nestalo, že by mě zklamali.*“; „*Kdybych k nim neměl důvěru, tak si tady nenechám vést papíry.*“). Čtyři respondenti důvěřují pouze někomu nebo v některých situacích („*Ano, ale jen některým.*“; „*Svým způsobem ano, důvěřuju, ale neřeknu všechno, to je můj blok z kriminálu.*“). Dva respondenti nedůvěřují nikomu („*Nedůvěřuju ani svojí mámě, feťáci obecně nevěří nikomu.*“).

Pracovníci také mj. pomáhají klientům při rozhodování o abstinenci, při hledání vhodné léčby apod. Celkem 18 respondentů by určitě chtělo přestat brát drogy („*Chtěl bych přestat brát, nepřipadám si jako feťák, těším se až si najdu normální holku, budu s ní mít děti, žádné drogy.*“), ale již ne všichni jsou přesvědčeni, že se jim to podaří („*Můj sen je přestat, ale nevěm, že to někdy dokážu.*“). Dva respondenti jsou spokojeni a netouží přestat užívat drogy („*Mě to vyhovuje. Přestat bych chtěl, ale už jsem na to starej, takhle mi to vyhovuje.*“) a jiní dva respondenti neví, zda chtějí přestat užívat, nebo nechtějí („*Střídavě oblačno, jak se to vezme, občas jo, záleží na financích.*“). Všichni respondenti uvádějí, že se někdy snažili přestat užívat drogy buď z vlastní vůle, častěji ale na popud někoho jiného. Někteří také abstinovali, nejčastěji ve výkonu trestu. Pracovníci nízkoprahových služeb hrají u 14 respondentů významnou roli: snaží se klientům pomoci, motivovat je ke změně, podporují je a dodávají jim sebedůvěru, pomáhají se zařízením léčby, případně se sháněním práce. Přesto ale celkem 12 respondentů uvádí, že svoje problémy nekonzultují s žádným odborníkem, ani pracovníky kontaktního centra. Ostatní řeší svoje problémy nejčastěji s pracovníky nízkoprahových služeb (7 respondentů), s partnerem (5 respondentů), s psychiatrem či psychologem (5 respondentů), s kamarády (4 respondenti) a s rodinou (3 respondenti).



## 10.6 Využívání dalších služeb (substituce)

### Užívání opioidů

Celkem 6 respondentů užívalo někdy v minulosti heroin, 15 Subutex, 2 respondenti metadon a 3 opium. Dva respondenti uvedli obecně užívání opiátů.

V současnosti užívá opioidy celkem 19 respondentů. Užívání heroínu uvádí 3 respondenti (z toho jeden výjimečně, jeden pouze šňupáním či kouřením). Další 4 respondenti uvádí užívání velkého spektra opioidů (kodein, braun, morfin, heroin, Subutex, Dolzin, Tramal, opium).

### Užívání Subutexu a Suboxonu

Subutex užívá celkem 15 respondentů a Suboxon 1 respondent. Užívané množství se pohybuje od 1 mg 1-2x týdně po 12 mg denně. Nejčastěji respondenti uvádějí 1 – 2 mg denně. Nejčastější je injekční aplikace. Respondenti také uvádějí, že Subutex kombinují s alkoholem, pervitinem, marihuanou.

Celkem 8 respondentů kupuje Subutex na černém trhu, kde je velmi dobře dostupný („*Dneska to má každý druhý. „... „S dostupností není problém, mám dobře zásobovaný lidi.“*). Dostupnost Subutexu je nízká zejména o víkendy („*Poblém je taky sehnat o víkendy, když už je, tak je dražší, třeba 300,- za kousíček.“*). Respondenti také upozorňují na vysokou nejistotu při nakupování na černém trhu, zda se opravdu jedná o Subutex, jeden respondent udává 60% jistotu, že jde skutečně o Subutex. Cena Subutexu na černém trhu se nejčastěji pohybuje okolo 400,- za 2 mg tabletu, běžná cena v lékárně je 250,- Kč („*Dostupnost je jak kdy, stovka za čtvrtku, ale dá se pořídit půlka za sto padesát, jak kdy a jak od koho.“*).

Subutex předepsaný lékařem užívají 3 respondenti (dva respondenti udávají injekční aplikaci). Výhodu předepsaného Subutexu spatřují v tom, že je dobře dostupný, nevýhodou je jeho vysoká cena.

Celkem 4 respondenti kombinují oba způsoby získávání Subutexu, tj. jak na černém trhu, tak od lékaře („*Na ulici nebo mám recept, ale většinou nemám na to si ho koupit v lékárně, tak ho vyměním za Subutex.“*).

Jeden respondent užíval Subutex v minulosti, nyní užívá 1 mg Suboxonu denně, který získává na černém trhu.

### **Užívání metadonu**

Pouze jeden respondent je v substituční léčbě metadonem (150 mg denně), který ale užívá v kombinaci s pervitinem (*„Přijde mi to výhodný, protože ty opiáty jsou moje životní droga, tu toleranci si vyženu hrozně vysoko, to stojí hrozně moc peněz a já už nechci krást, nechci do vězení, dělat podvody. Heroin mi hrozně křivil charakter, ničil osobnost. Na metadonu není člověk tak vyčleněnej ze společnosti.“*).

### **Využívání substituční léčby**

Celkem 5 respondentů bylo někdy v substituční léčbě, 4 respondenti ji využívají také v současnosti. O substituční léčbě se respondenti nejčastěji dozvěděli od kamarádů a známých a také od pracovníků nízkoprahových služeb.

Metadonová substituční léčba je pro klienty atraktivní pouze z finančního pohledu (*„Metadon je lepší, je zadarmo.“*), tudíž nemusejí shánět peníze ani na drogy, ani na Subutex. Hlavní problém spatřují respondenti v každodenním docházení do zařízení. Jejich vidění je také to, že metadon je určen pro těžké, dlouhodobé uživatele drog, kteří nemají perspektivu přestat užívat drogy.

Substituční léčba Subutexem je pro respondenty výrazně atraktivnější než substituční léčba metadonem. Vzhledem k dobré dostupnosti Subutexu na černém trhu, je pro respondenty výhodou legálního získávání Subutexu to, že je levnější (*„...na ulici by to bylo dražší – za jednu krabičku 2800,-, nemusím krást, můžu fungovat v práci.“*). Další výhodou je jistota, že tableta je opravdu Subutex (*„Určitě přitažlivější než si to kupovat na ulici, protože mám svůj klid, svoje recepty, když si to vyberu, tak mám svoje tablety.“*). Přesto 4 respondenti uvádějí, že je pro ně Subutex drahý a přiklání se buď k úplné abstinenci nebo k užívání metadonu.

Hlavní výhody substituční léčby podle respondentů jsou:

- každodenní přístup k čisté „droze“ (*„Je to lepší než tableta z ulice, nemusím mít strach z toho, co to je.“*),

- není nutné krást za účelem získání peněz na drogu („*Nemusím krást, můžu fungovat v práci.*“),
- je možné chodit pravidelně do práce,
- naděje na úplnou abstinenci („*Je tam taková naděje, že by člověk mohl z toho vyjít ven.*“).

## 10.7 Analýza ohniskových skupin s poskytovateli nízkoprahových služeb

### Navázání kontaktu s klienty

V roce 2010 došlo k významným změnám v dostupnosti nízkoprahových služeb v Praze. Kontaktní centrum o.s. SANANIM, které je jedno z nejvýznamnějších nízkoprahových center, bylo na nátlak obyvatel městské části Prahy 7 – Holešovice přestěhováno na Prahu 5, kde získalo prostory, které nemůže zatím využívat, tudíž poskytují svoje služby ze sanitky. Vzhledem k vysokému počtu problémových uživatelů v Praze (Mravčík et al., 2010) je tato situace velmi závažná a je reflektována nejen samotnými pracovníky, ale také klienty.

Otevřenou drogovou scénou v Praze lze lokalizovat zejména do oblasti metra C – mezi Hlavním nádražím („*Taky je jiná situace ten noční hlavák, kdy tam není nikdo jiný než policie a klienti, takže tam je takový rušno někdy.*“) a Muzeem, dále do Holešovic a na Anděla. Obecněji lze říci, že uživatelé drog se nejvíce pohybují v okolí heren a zastávek, také v okolí lékáren.

Pokud jde o první kontakt s nízkoprahovými službami, pracovníci terénních programů se snaží vyhledávat a oslovovat nové klienty, udržet je v kontaktu a případně je motivovat k návštěvě kontaktního centra. Úkolem terénních pracovníků je vedle výměny také sběr použitého injekčního materiálu. V současnosti není na tuto aktivitu kladen takový důraz („*...a poslední roky není hlavním zadáním sběr, kromě Prahy 7 a okolí.*“). V době, kdy byly v provozu automaty na injekční materiál bylo nutné pečlivěji kontrolovat tuto oblast.

Respondenti se nejčastěji o nízkoprahových službách dozvídají od svých kamarádů a známých, často s nimi také poprvé tuto služby využijí.

Pracovníci mají velmi málo prostoru a kapacity vyhledávat nové klienty a navštěvovat takové lokality, které nejsou zasaženy terénním programem.

Situace v populaci národnostních menšin je odlišná. Pokud jde o Romské uživatele drog, daří se s nimi navazovat kontakt, ale je nutný individuální přístup (*„...i si méněj a snažíme se k nim individuálně přistupovat, hodně slyší třeba na zdravotní ošetření a někdy i názorně jim ukázat k čemu ta mastička je.“*). Často také vznikají konfliktní situace spojené s pravidlem výměny, kdy klient jednu jehlu odevzdá a měl by jednu jehlu dostat. Romští uživatelé drog mají nejen lepší povědomí o nízkoprahových službách, ale mají k nim také větší respekt (*„...postupně se to zlepšuje i u těch Romských klientů, snažíme se, aby u některých věci řekli prosím, děkuji a nevyrváli nám tu tašku, aby respektovali pravidla.“*). Přesto jsou skupiny a lokality málo zasažené nebo vůbec zasažené výměnným programem (*„Ted' třeba Masarykovo nádraží se začíná probouzet a tak je to minimální, tam je koncentrace Olachů, a ti jsou úplně nedotčeni tady těma informacemi. Nejenom, že se tam objevují lidi, který jsme nikdy neviděli a neměli v kontaktu a kolikrát nevědí, že existuje výměnný program.“*).

Nízkoprahových služeb dále využívají také rusky mluvící uživatelé drog, odhadovaný počet je podle pracovníků minimálně několik set. Tito uživatelé nejčastěji využívají výměnný program, který velmi oceňují (*„Jsou za služby vděční, protože jim přijde neuvěřitelné, až divné, že je to zadarmo.“*). Pracovníci zmiňují, že největším problémem je jazyková bariéra. Výměnný program také využívají asiáté, ale ve velmi malém počtu (*„Asiati jsou z mého pohledu velmi uzavřená skupina, nepotkáváme se s nimi vůbec, mluví se o nich, že jsou tady.“*; *„K nám chodí čtyři, dostali leták ve vietnamštině, chodí pravidelně kvůli výměně.“*).

## **Důvěra**

Pracovníci získávají důvěru postupně, samozřejmě záleží na konkrétním klientovi a jeho postoji. Jak vyplynulo také z rozhovoru s klienty, někteří nebudou pracovníkům důvěřovat nikdy, protože buď se někdy zklamali, nebo zastávají takový postoj. Situace na otevřené drogové scéně je situace podobná s tím rozdílem, že důvěru pracovníci budují výrazně déle. Pracovníci vidí problém v negativních zkušenostech s policií, a to nejen ve zkušenosti klientů (*„...kolikrát jsem někdy viděl úplně zbytečnou prudu, šikanu, kdy mu tam vysypal buchny.“*),

ale také ve zkušenosti samotných pracovníků („...kvůli tomu, že tam vůbec jsme, že tam pracujeme, odháněl klienty a tak.“).

Z rozhovorů s klienty vyplynula nedůvěra v kódy používané v nízkoprahových službách. Také pracovníci uvádějí, že je velké množství klientů, kteří uvádějí „no code“ („...tak těch je relativně hodně, víc než polovina.“). Nejenže nechtějí být spojováni s nízkoprahovým centrem a s identitou uživatele, ale také nedůvěřují anonymitě kódu („Oni nedůvěřují té anonymitě a ta se nedá zvládnout jenom nějakým rozhovorem, uklidněním, ať se nebojí.“).

### **Přístup ke klientům**

Přestože nízkoprahové služby využívají dlouhodobí problémoví uživatelé drog, pracovníci neuvádějí výraznější problémy v kontaktu s nimi. Jejich cílem je přistupovat ke klientům s respektem a náležitou autoritou, udržovat optimální hranice a být vstřícní. Problém pracovníci spatřují v tom, že do kontaktu se uživatelé častou dostanou až po 2 i více letech užívání. Tito klienti si ale stěžují na to, že se nechtějí potkávat s těžkými uživateli drog.

Pokud jde o kvalitní komunikaci s klienty, pracovníci se setkávají s mnoha problémy ze strany klientů. Jedním těžce řešitelným problémem je situace, kdy klienti navštěvují zařízení v páru (muž – žena, mladší – starší uživatel apod.). Jeden z páru komunikuje s pracovníky a druhý stojí opodál a ničeho se neúčastní, tudíž je velmi obtížné dostat se s ním do přímého kontaktu.

Pracovníci také uvádějí, že se výrazně častěji setkávají s uživatelkami – ženami, těhotnými, matkami s dětmi („Jako to není, že by měly jenom jedno, 3 a opakovaně, anebo po čtvrté těhotná, ale že si je všechny nechávají a pak tam pobíhají po hlaváku s kočárkem a dvěma dětma.“), pro které není mj. dostatečná kapacita v celém systému služeb („A ještě taky matky s dětmi, kam poslat a neposlat.“).

### **Pravidla**

Pracovníci vyžadují důsledné dodržování všech stanovených pravidel. S pravidly jsou klienti seznámeni při první návštěvě kontaktního centra. Pravidla jsou také sepsána a zveřejněna na nástěnce v kontaktní místnosti. Pravidla se samozřejmě liší v rámci jednotlivých

nízkoprahových zařízení. Klienti vyjádřili největší neposkojenost se stanovenou délkou pobytu v kontaktní místnosti, dále s kapacitou kontaktní místnosti a s otevíracími hodinami. Délka pobytu v kontaktní místnosti úzce souvisí s kapacitou místnosti. V současnosti je situace zkomplikována výše zmíněným přestěhováním kontaktního centra SANANIM z Prahy 7 na Prahu 5 a nevyhovujícími prostorami.

Klienti často porušují zákaz aplikace drogy v prostorách zařízení. Pracovníci se shodují na tom, že není možné tolerovat porušení tohoto pravidla, současně ale upozorňují na možnost vzniku aplikačních místností, které by pomohly tento problém vyřešit.

### **Nejdůležitější služba**

Za nejdůležitější službu označili pracovníci nízkoprahových zařízení výměnu injekčního materiálu, při které je velmi důležitá kvalita kontaktu. V rámci kontaktu, a to nejen mezi pracovníkem a klientem, ale také mezi klienty navzájem dochází k předávání důležitých informací. Pracovníci upozorňují na úskalí spojená s předáváním informací mezi klienty, přesto ale považují za tento způsob předávání informací efektivní. Také z rozhovorů s klienty je zřejmé, že nejčastěji získávají informace od kamarádů a známých.

Pokud jde o výměnu injekčního materiálu, pracovníci tvrdí, že narůstá počet vyměněných jehel (*„Jde o trend, který trvá nějaký ten 1 rok, kdy se výměna navyšuje a nevypadá to na extra nárůst klientů.“*; *„...obrovský nárůst v takové té materiální spotřebě, to, co dřív bylo vyměněný za rok, tak to teď máme za půl.“*). Narůstá také počet kontaktů a nových klientů. Na návratnost použitého injekčního materiálu se respondenti nedívají jednotně. Některá zařízení nevyžadují výměnu „kus za kus“, některá striktně vyžadují výměnu odpovídajícího počtu (*„Snažíme se uhájit jméno výměnný program, ale mě to přijde někdy výdejna prostě.“*). Pracovníci si ale obecně stěžují na špatnou návratnost injekčního materiálu a podotýkají, že mají klienty, kteří jehly rozdávají dalším uživatelům drog (*„...záleží to taky na lokalitách...já vím, že třeba rozdává.“*).

Mezi další důležité služby patří testování na infekční nemoci a individuální poradenství. Testování na infekční nemoci je součástí harm reduction intervencí, které nízkoprahová centra

poskytují. Problémem je klesající počet provedných testů a také klesající počet zařízení, které testy nabízejí. Jedná se především o testy na HIV a virovou hepatitidu typu C.

### **Slabá místa a zlepšení**

Největším nedostatkem současného systému je nedostatek finančních prostředků, který má dopad nejen na nedostatečné ohodnocení pracovníků drogových služeb, ale také na rozvoj služeb a personálu. Vzhledem k rostoucímu počtu uživatelů drog, rostoucímu počtu kontaktů a vyměňovaných injekčních setů nezůstává příliš velký prostor pro individuální přístup, poradenství a předávání informací. Celkově je v současné době podhodnocená kapacita kontaktních center, s čímž souvisí také stížnosti klientů na omezenou délku pobytu a malou kapacitu kontaktní místnosti. Jeden pracovník odhaduje, že pro optimální zvládnutí situace jsou potřeba 3-4 plně fungující kontaktní centra a zdůrazňuje potřebu navýšení kapacity nejen kontaktních center, ale také terénních programů.

Dalším závažným nedostatkem je velmi nízká dostupnost rychlých testů především na VHC a HIV (*„Já myslím, že jako obecně v tomhle máme velký rezervy, jako že máme zkušenost, že když se postaví sanitka na místa, kde je nějaká otevřená scéna, snějakým bonusem nebo bez bonusu, tak jsou uživatelé schopní nechat se otestovat, ale nejsou na to prostředky, neděláme to a nedělá se to. Takže tady máme velký rezervy.“*).

Klienti také považují za velký nedostatek nedostupný hygienický servis a nedostatečný potravinový servis. Pracovníci podotýkají, že tyto služby poskytují jiné organizace a že není prvotním cílem nízkoprahových služeb poskytovat tento typ služeb (*„Taková ti klienti, co tam chodili za pračkou, za sprchou a tak, ti se tam objeví tak jednou za měsíc, a dřív tam bývali dennodenní klienti. Ti tak nějak vymizeli od nás.“*; *„Těch klientů je tolik, že když poskytneme tohle, tak nejsme schopni poskytovat nic jiného.“*; *„To je zajímavé i z toho pohledu, že se ukazuje, že tam nechodí primárně kvůli těm drogovým službám. Některý ne, no.“*).

Pracovníci také zmínili poskytování služeb, které byly zrušeny, ale které by měly fungovat. Jednalo se o rozdávání lžiček (*„...když se začaly rozdávat ty lžičky, o to byl obrovský zájem, to je nová věc, za ty dotazníky, jak jsme to rozdávali, a setkalo se to s velkým ohlasem mezi klienty.“*; *„Jenže to je zase obrovské náklady, třeba v zahraničí se jim nerozdává všechno*

*zadarmo. Nějaký základní set, co může dostat zadarmo, zbytek věcí už si může pořídit.“)* a zavedení dvou automatů na jehly na Praze 5 (*„...byly využívány víc než jsme čekali, svou klientelu si našly.“*). Automaty byly na podnět Městské části Prahy 5 odinstalovány. Přesto ale byla služba využívána a plnila svůj účel (*„Tady v Praze je tak velká a různorodá klientela a tak velká drogová scéna, že si to najde svoje uživatele...Jsou to i ti pracující, kteří mají děti a práci a mají všechno, žijou normálně sociálně akorát si ráno dají trochu perníku nebo něčeho jiného, tak to byla třeba jedna skupina, pro kterou to bylo ideální.“*). Potenciální klientelou automatů jsou nejen finančně zajištění uživatelé drog, ale také mladiství a cizinci. Výhodu pracovníci spatřují v tom, že odpadá problém identifikování se se skupinou uživatelů drog (klienti velmi často upozorňují na to, že nízkoprahové služby nevyužívají, protože se nechtějí stýkat s ostatními uživateli drog a nechtějí být s nimi spojováni).

### **Spolupráce s lékaři a jinými organizacemi**

Nízkoprahová centra spolupracují s praktickými lékaři, o kterých vědí, že se na ně klienti mohou spolehnout a dále také s Červeným křížem, Člověkem v tísní, Nadějí, Rozkoší bez rizika apod. V minulosti také bývalí uživatelé drog iniciovali a rozvíjeli aktivity podobné aktivitám Anonymních alkoholiků – UFO. V posledních letech ovšem nebyly tyto aktivity rozvíjené, až v roce 2010 se opět obnovují aktivity bývalých uživatelů drog.

Pokud jde o spolupráci s lékaři obecně, ta je podle pracovníků na velmi špatné úrovni. Problémem je především odmítavý přístup zdravotnického personálu k uživatelům drog (*„...člověk s hepatitidou A přijde do Motola a čeká tam 4 hodiny mezi normálníma lidma. Kolikrát posíláme klienty od čerta k ďáblu a potom je nikde nevezmou a přitom je k tomu přemlouváme, to jsou blbý situace.“*). Postoj lékařů je velmi ovlivněn jejich názorem, že uživatelé si danou nemoc zavinili sami. Tomu také odpovídá průběh veškeré zdravotnické péče o uživatele. S těmito problémy se potýkají především dlouhodobí uživatelé drog, jejichž zdravotní stav a sociální status jsou velmi špatné.

Nedostatečná je také dostupnost ambulantních služeb – AT ambulancí, specificky potom nedostatek terapeutických služeb (*„...nikdo nepracuje terapeuticky s lidma, co prostě berou. Ten názor všeobecně, že se s nimi pracovat nedá a že to nemá smysl, já věřím, že jo.“*).



Pracovníci zmiňují velký počet lékařů – psychiatrů, kteří předepisují uživatelům drog Subutex. Většinou se ale tito lékaři pacientům – uživatelům drog příliš nevěnují, terapeuticky s nimi nepracují („*Tady je moc doktorů, kteří předepisují Subutex, ale když máte klienta, který chce se sebou opravdu něco dělat, tak to se vám zúží výběr na dvě místa v Praze. To mi teda nepřijde jako moc v tom trendu jakej je. Já vím přesně, kam ho neposílat a už vím hodně málo, kam ho poslat, protože není kam.*“), což může souviset s rozsáhlým černým trhem se Subutexem („*Mělo by to být nastavené a doplňovat tu ambulantní část...spousta lidí řekne, že dostanou jenom recept, ani ta komunikace s doktorem: Jak ti je? Máš toho dost? Nic prostě. Dostane recept, dostane ho na více místech, to je další věc.*“).

Nejenže terapeutická práce s uživateli drog je nedostatečná, ale také velmi nedostatečná a nevyhovující je terapie beroucí v potaz psychiatrickou komorbiditu.

### **Aplikační místnosti**

Podobně jako klienti, také pracovníci nízkoprahových služeb spatřují aplikační místnosti jako potřebné. Měly by být umístěné v místech, kde se uživatelé drog nejvíce pohybují, tj. zejména v centru města. Předěšlo by se tak aplikacím drogy na veřejnosti a otevřená drogová scéna by nebyla tolik viditelná.

## 11 Shrnutí výsledků analýzy z roku 2003 a 2010

Klienti nízkoprahových služeb jsou o těchto i jiných službách relativně dobře informováni. Informace získávají především od ostatních uživatelů drog a předávají si je mezi sebou navzájem. Zdrojem informací jsou také pracovníci nízkoprahových služeb, různé tištěné materiály a v posledních letech také internet.

Důvodem první návštěvy nízkoprahového zařízení je většinou výměna injekčního materiálu. Zmíněno bylo také zdravotní ošetření. Poprvé uživatelé využijí výměnného programu nejčastěji v doprovodu kamaráda. Někteří respondenti vyjádřili obavy a nedůvěru, které pociťovali před první návštěvou. Častá byla představa kontaktního centra jako „nevládného zdravotnického zařízení“, případně nedůvěra v zachování anonymity klientů. Znamená to, že klienti často nemají konkrétní informace o tom, co vše lze reálně od nízkoprahových služeb očekávat a vytváří si svoji vlastní představu založenou často na zkreslených informacích. Mezi hlavní očekávání lze zařadit potřebu pomoci, rady a podpory (samozřejmě vedle výměny injekčního materiálu). Pravidla a tresty nízkoprahových center respondenti většinou znali a souhlasili s nimi. Největší výhrady měli k povolené délce pobytu, která jim připadá příliš krátká.

Ti respondenti, kteří považují nabídku nízkoprahových služeb za atraktivní nejvíce oceňují výměnu injekčního materiálu zdarma (což dávají do kontrastu s nákupem injekčního materiálu v lékárně s nočním provozem). Dále si respondenti cení možnosti odpočinout si v kontaktní místnosti a možnost získat doporučení k vyšetření či do léčby. Ti respondenti, kteří označují nízkoprahové služby za málo atraktivní či neatraktivní vytýkají málo intenzivní, nerespektující vztah personálu, nedostatečný potravinový a chybějící hygienický servis, stanovená pravidla, především pak povolenou délku pobytu v kontaktní místnosti, a v této souvislosti navrhuje zvýšit kapacitu místností a tím také povolenou délku pobytu. Respondenti také navrhuje rozšířit nízkoprahové služby o právní poradenství a lékařské ošetření a zřídit tzv. aplikační místnosti.

Důvody, proč někteří uživatelé nevyužívají nízkoprahových služeb, vidí respondenti především v tom, že tito uživatelé nechtějí, aby někdo věděl, že berou drogy, stydí se za svoje chování, mají obavy z propojení nízkoprahových služeb s policií, obávají se ztráty anonymity, nechtějí se potkávat s jinými uživateli, mají peníze na to, aby si mohli injekční materiál

kupovat v lékárnách, nejsou spokojeni se stanovenými pravidly nízkoprahových center, nebo také nemají žádné informace o tom, že takové služby existují. Ne vždy je možné navázat s těmito klienty kontakt. Důležitá je trpělivost a stabilita v poskytování služeb, tzn. co nejméně personálních změn, stěhování apod. Nejlepší možnost, jak tuto skrytou populaci uživatelů kontaktovat je prostřednictvím terénních pracovníků, kteří by tuto skrytou populaci měli aktivně vyhledávat. To je možné pouze za předpokladu, že funguje i dobře rozvinutý terénní program. Pokud tomu tak není, jsou pracovníci nuceni poskytovat služby jen těm klientům, kteří vyhledají kontakt sami.

Respondenti jsou převážně s nízkoprahovými službami spokojeni, kontaktní centra vidí jako pomoc v krizi, které se jim vždy dostane. Dále respondenti zdůrazňují zejména důležitost výměny injekčního materiálu. Týká se to především klientů s dobrým sociálním zázemím. Přesto je zřejmé, že tato bezplatná výměna je pro klienty velmi důležitá proto, že kdyby tuto možnost neměli, používali by jednu jehlu vícekrát i s vědomím rizik s tím spojených.

Ostatní respondenti vidí nedostatky zejména v potravinovém a hygienickém servisu a nejsou spokojeni s kapacitou těchto center. Někteří klienti vyjádřili také obavy z kódování, kdy nevěří anonymitě kódu. V této souvislosti je nutné doporučit včas klienty informovat o funkci a bezpečnosti kódu s důrazem na možnost volby, tj. že klient má samozřejmě možnost nenechat se evidovat, aniž by se to projevilo na poskytovaných službách.

Vedle výměny injekčního materiálu bylo nejvíce oceňováno individuální poradenství a individuální přístup, což vyžaduje dostatečný počet personálu, který by se takto intenzivně mohl klientům věnovat, aniž by byly opomíjeny základní služby. Dále respondenti kladně hodnotili existenci pravidel a snahu personálu o jejich dodržování.

Respondenti navrhují zvýšit počet nízkoprahových center, zvětšit prostory stávajících center, prodloužit otvírací hodiny (také o víkendy) a povolenou dobu pobytu a rozšířit potravinový servis. Důležité téma respondenti spatřovali ve zřízení aplikačních místností, které by podle nich byly účinnou prevencí předávkování a dalších zdravotních rizik.

Dále respondenti kladou důraz na pomoc, podporu a zájem ze strany personálu, což je základem jejich vzájemného vztahu. K vybudování vztahu mezi klienty a pracovníky je samozřejmě nutná důvěra, kterou také respondenti označili za velice důležitou. Většina respondentů personálu věří, samozřejmě míra je u každého jiná a také se jedná o neustálý

proces budování a upevňování vzájemné důvěry. Co se týče osobnosti pracovníka nízkoprahových služeb kladli respondenti důraz zejména na otevřenost, osobní zkušenost s drogou a zaujetí prací (dělat práci proto, že je baví). Velmi často bylo zmiňováno to, aby pracovníci měli osobní zkušenost s drogou, bez této zkušenosti nejsou podle respondentů schopni je pochopit a pomoci jim. Takový pracovník by měl být bývalý uživatel drog, který je přibližně ve středním věku a dostatečně dlouho abstínuje. Tento bývalý uživatel drog by byl díky své minulé drogové kariéře více empatický, lépe by jim rozuměl a byl by schopen jim doporučit vhodnou strategii ke zvládnání krizových situací či k abstinenci. Do protikladu k těmto představám respondentů se staví fakt, jak respondenti hovořili o externích terénních pracovnících (většinou jsou to bývalí uživatelé drog), kteří se k nim chovají povyšně a nadřazeně. Věk pracovníků by měl být co nejrozumnější, aby si klient sám mohl vybrat pracovníka, kterému nejvíce důvěřuje. Respondenti si také často o pracovnících rychle vytvoří negativní první dojem, který velmi těžko mění, zvláště jsou-li v kontaktu velmi málo. Pro respondenty je dále velmi důležitý individuální přístup, hlubší a osobnější vztahy, respekt ze strany pracovníků a zachování důstojnosti. To vše (a nejen to) ovlivňuje celkovou příjemnou atmosféru centra spolu s jasně stanovenými a dodržovanými pravidly a tresty za jejich porušení. Ne vždy ovšem respondenti prokázali znalost těchto pravidel a trestů. Přesto většina pravidla respektuje a chápe jejich funkci. Někteří respondenti také dávají přednost centrům s jasnými pravidly, jejichž porušování je trestáno a vyhovuje jim tento stanovený řád. Jiní klienti tato centra nenavštěvují a záměrně si vybírají ta, kde nejsou pravidla tak přísná a jejich dodržování není takto striktně vyžadováno, kontrolováno a trestáno.

Relativně časté je užívání Subutexu. Ten je dobře dostupný jak na černém trhu, tak na předpis lékaře. Respondenti si aplikují Subutex většinou injekčně, důvodem je to, že podle jejich názoru sublinguální aplikace nemá takový účinek jako injekční. Někteří respondenti zmiňují tzv. závislost na jehle. Uvádějí také užívání Subutexu s alkoholem, pervitinem a marihuanou. Substituční léčba Subutexem je pro respondenty mnohem atraktivnější než substituční léčba metadonem. Výhod substituční léčby spatřují respondenti několik, a to přístup k čisté droze, možnost pracovat, nemusí mít obavy z abstinčních příznaků a nemusí každý den krást, aby měli peníze na nákup drogy.

Jednotlivé nízkoprahové služby v Praze se v některých charakteristikách různou mírou odlišují a tím se navzájem doplňují a vytvářejí širší spektrum charakteru poskytovaných služeb, např. co se týče nízkoprahovosti. Pracovníci terénních programů se snaží vyhledávat nové klienty, oslovovat je a udržet v kontaktu. Pracovníci mají také velmi málo prostoru a kapacity na to, chodit do lokalit, které nejsou zasaženy terénním programem, tzn. zejména vyhledávat nové kontakty a také vzhledem k tomu, že pracovníci nemají dostatečnou kapacitu nenavštěvují málo frekventovaná místa.

Uživatelé – příslušníci národnostních menšin - nejsou často vůbec v kontaktu s nízkoprahovými službami a také komunikace s nimi není příliš jednoduchá, přitom se jedná o jednu z nejrizikovějších skupin obyvatel. Důvodem pro nevyužívání těchto služeb těmito uživateli je především nízká informovanost o existenci a možnostech služeb pro uživatele drog. Přesto se tato situace oproti roku 2003 zlepšila, a to nejen v lepším navazování kontaktů, ale také v lepší informovanosti o službách.

Za nejdůležitější službu označili pracovníci nízkoprahových zařízení výměnu injekčního materiálu, při které je velmi důležitá kvalita kontaktu. Netýká se to pouze kontaktu mezi klienty a pracovníky, ale také kontaktu mezi klienty navzájem. Za nejefektivnější způsob předávání informací označili pracovníci i respondenti právě samotné klienty. Mezi další důležité služby řadí pracovníci testování na infekční nemoci a individuální poradenství.

Za slabá místa a těžko ovlivnitelná považují pracovníci především nedostatek finančních prostředků. Zejména se jedná o objem vykonané práce a její ohodnocení. V rámci poskytování služby a kapacitních možností již není příliš velký prostor pro individuální přístup a poradenství. Také již není příliš velký prostor pro rozšiřování služeb a personálu. Dalším nedostatkem je velmi nízká dostupnost rychlých testů především na VHC a HIV. Nedostatečná je také dostupnost ambulantních služeb pro uživatele drog. Velmi mnoho lékařů – psychiatrů předepisuje uživatelům drog Subutex, ale dále se těmito pacientům nevěnují a terapeuticky s nimi nepracují.

Nízkoprahová centra úzce spolupracují s praktickými a dalšími lékaři, o kterých vědí, že se na ně klienti můžou spolehnout. Spolupráce se zdravotnickým personálem je ale obecně na velmi špatné úrovni. Problémem je především odmítavý přístup zdravotnického personálu k uživatelům drog. Dále spolupracují s Červeným křížem, Člověkem v tísni, SOS apod. a

neustále se snaží rozšiřovat spolupráci o další organizace. Pracovníci také vítají jakoukoli aktivitu a spolupráci ze strany klientů – bývalých uživatelů drog.

Podobně jako klienti, i personál nízkoprahových služeb vidí aplikační místnosti jako potřebné a užitečné.

## 12 Metodologická omezení a kvalita dat

Nejzásadnější omezení provedené studie vyplývá ze samotného zadání a formulovaného cíle, kterým je popis a analýza potřeb. K tomuto účelu byly využity téměř výhradně kvalitativní metody a pouze v odůvodněných případech, byla v souladu se základními požadavky na tento výzkumný postup (Mayring, 1990) část těchto údajů kvantifikována. Studie splňuje všechny základní požadavky kladené na aplikaci kvalitativních metod. Omezena je však možnost zobecnění některých jejích závěrů. Ve studii bylo formulováno několik výzkumných otázek. Odpovědi na ně jsou pouze předběžné návrhy, které je třeba ověřit následnými studii využívajícími kvantitativních metod. Strategie získávání výběrového souboru, stejně tak jako metody získávání, zpracování a analýzy dat neumožňují učinit některé závěry týkající se kvantitativních ukazatelů vztahujících se k charakteru poskytovaných služeb a modelovat tak různé varianty reagující na měnící se potřeby cílových skupin.

Jisté omezení při práci s daty představuje nedostatečná triangulace zdrojů dat a použitých metod (Čermák & Štěpaníková, 1998). Pro důkladnější analýzu je třeba zohlednit také data od dalších poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb, kteří se sledovanými cílovými skupinami přicházejí do kontaktu (ambulantní lékaři, specialisté, pracovníci úřadů práce, pracovníci azylových domů atd.). Drogové služby představují pouze určitou část spektra všech služeb, které uživatelé drog využívají a získaná data tak neumožňují komplexnější hodnocení. Obtíže tak vyvstávají zejména v oblasti kontextuálních vztahů mezi některými typy služeb. Například propojení údajů o způsobu využívání drogových služeb s údaji o jejich nelegálních pracovních aktivitách a současném využívání systému sociálních služeb by nám umožnilo mnohem důkladnější interpretaci faktorů, které mohou pozitivně ovlivnit motivaci těchto klientů k léčbě a aktivnějšímu přístupu v řešení problémů.

Omezení studie také vyplývá z relativní nepřesnosti některých existujících údajů. Zřetelné je to zejména v oblasti ilegálních imigrantů nebo oblasti tzv. drogové kriminality. Chybějící či méně přesné údaje v těchto oblastech znemožňují přesněji zachytit a interpretovat oblast potřeb právních a sociálně-právních služeb, bez kterých si lze jen velmi těžko představit účinnou a komplexní intervenci. Přestože jsou dnes tyto služby v Praze součástí standardní nabídky většiny drogových služeb, není možné z výzkumu odpovědět na to, zda je tato nabídka dostatečná z hlediska kapacity i specifčnosti.

V neposlední řadě je třeba zmínit velmi důležitý faktor, který může hrát z hlediska validity údajů významnou roli. Někteří klienti v souboru patří mezi velmi problémové klienty, s nimiž je spojeno množství rizik pro personál, stejně tak jako komplikací doprovázejících provádění intervence. Obecně lze říci, že žádná ze současných služeb nemá pro práci s těmito klienty vytvořené odpovídající podmínky. Díky tomu se tyto klienti dříve, či později dostávají do různých typů konfliktů s personálem. Některé jejich výpovědi jsou touto skutečností kontaminovány a spíše než o nedostatku či chybě v poskytování pomoci vypovídají o odlišném nastavení těchto služeb. Současné nízkoprahové služby jsou nastaveny spíše na určitý „průměr“ tzv. problémových uživatelů a nemohou vyjít vstříc potřebám nejtěžší klientely. Tato skutečnost byla při analýze popsána a je třeba právě z této perspektivy na některé extrémně kritické výhrady klientů nahlížet.

Jedním ze zdrojů obtíží práce s daty je také skutečnost, že rozsáhlejší analýzy potřeb doposud netvoří součást pravidelného hodnocení vývoje drogové scény a vývoje nízkoprahových služeb. Chybí tak zřetelně možnost srovnání, navazování a triangulace různých studií navzájem.



## 13 Diskuze

Z hlediska porovnání získaných dat s popisem drogové scény prostřednictvím standardního systému epidemiologických indikátorů (Mravčík et al., 2002, 2003) nepřináší studie překvapivá zjištění. V obecné rovině odpovídají problémy a potřeby cílových skupin důsledkům spojeným s užíváním vysoce rizikových návykových látek ze skupiny stimulancií a opioidů. Životní styl, rizikové chování spojené s užíváním návykových látek a aktivity směřující k získávání prostředků na tyto látky generují několik skupin problémů, s nimiž se je možné u této klientely setkat prakticky kdekoli. Rozdíly však nastávají v rovině analýzy kvalitativních ukazatelů na případové úrovni. Zde nacházíme několik zřetelných rozdílů od zjištění dosažených výzkumy provedenými v jiných lokalitách (Charvát & Gabrhelík, 2004; Miovský, Zábranský, Gajdošíková, & Mravčík, 2001). Tyto odlišnosti v potřebách klientů a širších souvislostech poskytování služeb lze rozdělit do několika skupin:

- a) Významnou roli hraje fenomén velkoměsta: podmínky života těžkého uživatele návykových látek se zásadním způsobem v Praze liší. Na jedné straně je zde poměrně široké spektrum nabídky různých služeb a tyto služby jsou z hlediska lokalizace poměrně dobře dostupné. Na druhé straně jsou však tyto služby výrazně přetížené a v jejich využívání jsou „úspěšnější“ pouze určité skupiny klientů. Existuje zde zřetelná „odstředivá“ tendence snižující pravděpodobnost, že se někteří klienti do kontaktu vůbec dostanou, nebo že se do něho dostanou velmi pozdě.
- b) Praha na sebe váže výrazně vyšší výskyt rizik pro uživatele drog z hlediska tzv. terciární drogové kriminality (Miovský, Spirig, & Havlíčková, 2003). Mnohem snadněji než kdekoli jinde se tito uživatelé stávají díky své závislosti nedobrovolnými oběťmi trestné činnosti jiných osob (kuplířství, omezování osobní svobody, sexuální zneužívání atd.).
- c) Drogová scéna v Praze představuje výrazně vyšší riziko pro méně zkušené uživatele, kteří se dostanou mezi nejtěžší uživatele. Toto riziko je o to vyšší, pokud se jedná o uživatele přicházející do Prahy z jiných míst ČR, kteří neznají místní poměry a zvyklosti. Vůbec nejvyšší je toto riziko u nejmladších věkových skupin, kde zejména v kombinaci s útěky z domova může dojít k extrémnímu vyhocení rizik spojených s pohybem na drogové scéně těžkých uživatelů. Důsledkem je velmi obtížná situace sociální exkluze odolávající běžným typům intervencí.

Bez povšimnutí nelze nechat ani fakt, že malá pozornost, která byla doposud tématu analýzy potřeb v Praze věnována, s sebou přinesla vytvoření konstruktů o „pražské drogové scéně“. Tento konstrukt odpovídá zjištěním učiněným při terénních studiích v jiných regionech. Každé nízkoprahové zařízení se profiluje určitým způsobem a dříve či později podléhá určitým stereotypům spojeným s charakterem prováděných intervencí a s nimi souvisejícími kodifikovanými i nekodifikovanými („nepsanými“) pravidly. Díky tomu každé takové zařízení osloví určité spektrum klientely. Tomu odpovídá například odlišné spektrum klientů v programech např. o. s. SANANIM a Drop In o. p. s. Tento fenomén je přirozený a naopak je žádoucí, neboť se díky tomu klientela lépe „rozprostře“ dle svých potřeb mezi více programů. Rizikem je však situace, kdy se tato diferenciací odehrává nereflektovaně nebo je ponechána svému vývoji. Právě zde se ze získaných dat zdá, že v Praze existují u poskytovatelů výrazné rezervy z hlediska sdílení a výměny informací mezi programy a cílené práce s modelováním služeb. To do jisté míry komplikovalo také výzkumnou práci, neboť každá z organizací má vytvořený „svůj konstrukt“ o tom, komu, jak a kde má služby poskytovat a komunikace existuje spíše uvnitř organizací, nikoli mezi nimi navzájem. Zřetelné tak jsou mezery především v komunikační rovině, kde by bylo možné právě z hlediska dalšího modelování nízkoprahových služeb dosáhnout kvalitnějšího popisu potřeb klientů a možností, jak na tyto potřeby reagovat v nastavení služby (zřejmě je to například v oblasti práce s imigranty atd.).

Dále budeme diskutovat konkrétní výsledky získané prostřednictvím naší analýzy. Na tomto místě je ale nutné upozornit na současnou situaci na otevřené drogové scéně v Praze. Otevřená drogová scéna v centru Prahy je dlouhodobým problémem, jehož racionální řešení vyžaduje spolupráci všech zainteresovaných subjektů. Terénní pracovníci a poskytovatelé služeb jsou přibližně dva roky vystaveni tlaku především represivních orgánů, které jim znesnadňují práci s cílovou populací lidí ohrožených užíváním nelegálních drog. Cílem tohoto jednání je snaha o vytlačení uživatelů drog z Václavského náměstí. Konkrétně se jedná o práci policie, která se snaží vedle vytlačení uživatelů drog také znemožnit práci terénních pracovníků v této lokalitě. Po celé řadě jednání byla v dubnu 2010 potvrzena vzájemná dohoda mezi Městskou policií Prahy 1 a terénními programy, která navrhovala vyčlenění nové, provizorní drogové zóny v blízkých Vrchlického sadech a současně terénním pracovníkům zaručovala korektní přístup policistů k jejich práci. Tuto situaci výrazně pomohl řešit také nový projekt o. s. SANANIM, které od srpna 2010 dvakrát v týdnu provozuje v určené zóně sanitku, ve které probíhá nejen

výměna injekčního materiálu, ale také testování na infekční nemoci, zdravotní ošetření a poradenství. Situace se ale ani touto novou službou, ani dohodou zainteresovaných stran nezlepšila a policie opět zjišťuje totožnost pracovníků terénních programů na Václavském náměstí a pravidelně dělá zásahy i ve vyčleněné zóně ve Vrchlického sadech. Dochází také k tomu, že policisté perlustrují uživatele drog, kteří v danou chvíli chtějí využít služeb sanitky.

Dále současnou situaci v Praze komplikuje také přestěhování kontaktního centra o. s. SANANIM z Prahy 7 – Holešovice na Prahu 5. Kontaktní centrum o. s. SANANIM obdrželo výpověď z prostor v Praze 7. Ovšem ani na Praze 5 není provozování služby bez problémů. Pracovníci museli poskytovat nízkoprahové služby v autě zaparkovaném před sídlem společnosti, protože stavební úřad Prahy 5 vydal zákaz provozovat činnost s odůvodněním, že SANANIM přestavěl bývalé kancelářské prostory na kontaktní centrum bez stavebního povolení. K této situaci přispívají také místní obyvatelé a smíchovská radnice, kteří bojují proti provozování kontaktního centra v daných prostorách. Tato situace názorně ilustruje obecný postoj veřejnosti k uživatelům drog, na který poukázali také pracovníci nízkoprahových služeb v provedených ohniskových skupinách. Tento fakt je podpořen také studií provedenou Centrem pro výzkum veřejného mínění (CVVM, 2010), ze které vyplývá, že 86 % občanů by za sousedy nechtělo drogově závislé, 79 % lidí závislé na alkoholu a 75 % lidí s kriminální minulostí. Z našich výsledků je patrné, že postoj zdravotnických pracovníků je také většinou negativní a odmítavý.

Tato situace je navíc komplikována tím, že dochází k nárůstu počtu uživatelů drog (Mravčík et al., 2010), nárůstu počtu vyměňovaných jehel, kontaktů a klientů nízkoprahových zařízení. V rámci tohoto tématu pracovníci a klienti zmiňují nejen vznik dalších kontaktních center, ale také vznik nových služeb a větší zapojení lékáren do celého systému péče o uživatele drog. Pokud jde o nové služby, v první řadě se jedná o vznik aplikačních místností. Zřízení aplikačních místností podporuje řada výzkumných studií, která byla provedena vzhledem ke kontroverznímu pohledu veřejnosti na tuto službu. Mezi největší obavy patří to, že tato zařízení propagují iniciaci injekčního užívání, tak vzniká konflikt s léčebnými cíli, kdy uživatelé jsou podporováni v užívání drog, místo aby nastoupili do léčby a zařízení zvyšují v dané lokalitě distribuci drog a kriminalitu spojenou s užíváním drog (Hedrich, Kerr, & Dubois-Arber, 2010). Zřizování aplikačních místností sleduje tři hlavní cíle: poskytování

prostředí k bezpečnější aplikaci drog, zlepšení zdravotního stavu uživatelů a snížení narušování veřejného pořádku. Pro efektivní službu je potřeba vzít v úvahu umístění aplikační místnosti v blízkosti drogového trhu a zajistit dostatečnou kapacitu a dostatečně dlouhou otevírací dobu pro využití služby. Jako klíčová se dle zahraničních zkušeností jeví spolupráce všech zainteresovaných subjektů. V České republice nejsou aplikační místnosti doposud zavedeny, přestože už od roku 1999 jsou realizovány kroky nutné k jejich zavedení. Zatím poslední aktivity započaly na jaře roku 2010, kdy sekce „Harm Reduction“ Magistrátu Hlavního města Prahy na Mimořádném jednání protidrogové komise mj. navrha také zřízení 3 nízkoprahových zařízení s aplikační místností a pracovním programem. Dále nebylo zřízení nových služeb projednáváno, a to i přes přetrvávající potíže s kumulací klientů na Václavském náměstí. Je však nutné podotknout, že ani se zřízením aplikačních místností problém veřejného užívání drog zcela nevyvymizí (Janíková, 2010).

Mezi další reaktivně nové služby patří výdejní automaty na injekční materiál. První projekt pod názvem NON STOP 24 zahájilo o.s. Progressive v květnu 2008. Jednalo se o instalaci dvou výdejních automatů v Praze 5. Projekt byl v říjnu 2008 místní samosprávou pozastaven a automaty byly demontovány. Podle průběžné evaluace byl ale projekt úspěšný. Zvyšující se počet prodaných injekčních setů poukazoval na vysokou a rostoucí poptávku po této službě. Také část klientely, která automaty využívala, pravděpodobně nebyla v pravidelném nebo žádném kontaktu s jinou službou a projekt tedy zachytil dosud nekontaktovatelnou nebo těžce kontaktovatelnou část pražské populace injekčních uživatelů drog. Velkou výhodou výdejních automatů je také to, že fungují 24 hodin denně, zejména v noci. Doposud nebyly automaty v Praze znovu nainstalovány. Zavedení na Praze 5 brání místní samospráva, ostatní nízkoprahová zařízení se potýkají s nedostatkem finančních prostředků, tudíž o zavedení této služby v jiných městských částech neuvažují.

Také větší zapojení lékáren do celého systému by výrazně posílilo současné služby harm reduction. V současnosti se prodejem injekčního materiálu lékárny aktivně podílí na snižování rizika přenosu infekčních onemocnění mezi uživateli drog. Podobně jako z naší analýzy, tak i z dalších studií je ale zřejmé, že lékárny jsou okrajovým zdrojem injekčního materiálu i přesto, že pro některé uživatele je tento zdroj jediný možný (Minařík, 2004; Charvát & Gabrhelík, 2004). Z výsledků jediného rozsáhlého výzkumu provedeného v lékárnách a zaměřeného na

problematiku injekčního užívání drog vyplývá, že téměř polovina lékáren není příznivě nakloněna prodeji injekčního materiálu uživatelům drog (Mravčík & Zábranský, 2001). I přes tuto neochotu poskytovat služby uživatelům drog existují lékárny, které kromě prodeje injekčního materiálu, léků s prekurzory k výrobě pervitinu a substitučních preparátů poskytují uživatelům drog i další služby, např. informační materiály s kontakty na drogové služby v regionu, balíčky s injekčními sety, parafernáliemi a informacemi a likvidaci použitého injekčního materiálu. Pasivní nabídka informačních létáků je v lékárnách možná, problematičtější je ale výměna injekčního materiálu. Implementace služeb harm reduction do lékáren je tedy možná, nezbytnou podmínkou je ale plošné řešení a zejména zvyšování motivace, znalostí a dovedností pracovníků i majitelů lékáren (Vacek et al., 2008; Gabrhelík & Miovský, 2009).

Služby by také měly reagovat na zvyšující se počet těhotných uživatelů drog a aktivních uživatelů drog – několikanásobných matek na otevřené drogové scéně. V současné době je velmi málo služeb, které reflektují rozdílnosti mezi muži - uživateli drog a ženami - uživatelkami drog. Je tedy nutné reagovat nejen na epidemiologické ukazatele, ale také na rozdíly v osobnosti a chování mužů a žen, v charakteru užívání drog. Studie upozorňují na fakt, že poměr mužů a žen 1:3, kteří využívají nabízené služby neodpovídá skutečnosti poměru mužů a žen na drogové scéně, kde je to spíše 1:2 (Vobořil, 2002).

Další specifickou skupinou jsou uživatelé drog – příslušníci národnostních menšin. Příslušníci romského etnika tvoří v některých lokalitách většinu klientů výměnného programu (Radimecký et al., 2009). Občanské sdružení SANANIM na tuto situaci reagovalo zavedením Romského terénního programu. Před vznikem tohoto specifického programu se v odborné veřejnosti diskutovalo na téma vzniku nových samostatných programů zaměřených výhradně pro určité etnikum. Podle studie „Analýza současného stavu a potřeb v oblasti drogových služeb na území hl. m. Prahy určených příslušníkům národnostních menšin a přistěhovalcům“ není vznik nových samostatných programů nejvhodnější cestou (Miovska et al., 2006). Podle autorů zprávy tohoto výzkumu je vysoké riziko segregace a oslabování trendu integrace těchto klientů. Autoři uzavírají, že služba musí odpovídat poptávce a pokud existuje specifická skupina uživatelů, které současné služby nevyhovují a která má odlišné potřeby, je třeba příslušnou službu této skupině v adekvátní míře přizpůsobit (Miovska et al., 2006). Všechna

nízkoprahová zařízení poskytují svoje služby samozřejmě bez rozdílu všem příslušníkům národnostních menšin. Důraz je kladen především na individuální přístup. V kontaktu s uživateli drog z post-sovětských republik, Vietnamci se pracovníci potýkají ovšem často s jazykovou bariérou. Částečně tuto situaci řeší letáky přeložené do daného jazyka.

Celou situaci může také dokreslit stav v oblasti užívání Subutexu a černý trh s tímto preparátem. Substituční léčba Subutexem je podle našich výsledků pro klienty atraktivnější než substituční léčba metadonem. Srovnání obou typů léčeb popisuje také kvalitativní studie „Identifikace psychosociálních faktorů predikujících retenci pacientů v buprenorfinové léčbě“ (Molnárová, Bartoňová, Večeřová-Procházková, & Koblížková, 2008). Výsledky studie podporují výsledky naší studie, kdy tvrdí, že hlavním důvodem proč by uživatelé brali metadon je to, že je zadarmo. Pokud respondenti této studie vyzkoušeli oba typy substituční léčby, za vyhovující formu považovali spíše léčbu Subutexem. Metadonová léčba je totiž časově náročná, což brání v zařazení se do normálního života a dále Subutex má pozitivnější účinky na fyzickou stránku. Dostačující motivací pro vstup do léčby není sociální tlak okolí, ale především rodina (partner či dítě), „vysoký“ věk, nespokojenost v sociálním fungování a špatná finanční situace. Silně pozitivní účinek účinek na setrvání v substituční léčbě mají různé formy psychoterapie, které doprovází samotné podávání léku (Molnárová et al., 2008). Tato zjištění ovšem nekorespondují s praxí, neboť v řadě zdravotnických zařízení poskytujících substituční léčbu chybí odpovídající míra komunikace lékařů s klienty. Klient si u lékaře často vyzvedává recept na lék, ale lékař klientovi již nevěnuje žádnou další pozornost a klient tudíž často nemá ani povinnost a v případě jejich motivace ani možnost někam docházet pro psychosociální složku léčby (Radimecký et al., 2009).

Pokud jde o únik buprenorfinu na černý trh, ten je zaznamenán i v dalších evropských zemích (EMCDDA, 2010), nejen v České republice (Mravčík et al., 2010). Černý trh se Subutexem je utvářen uživateli, kteří část svého předepsaného množství prodají dalším uživatelům, aby tak získali finanční prostředky na nákup dalšího množství stejné nebo jiné látky (Radimecký et al., 2009). Odběratelem je jiný uživatel heroínu (nebo jiných opiátů), který užíváním Subutexu řeší špatnou dostupnost heroínu nebo jeho nízkou kvalitu. Lze předpokládat, že také tento uživatel zjistí, že je finančně výhodnější zajistit si oficiální předepisování Subutexu (Kotrbová, Hadravová, Salvová, & Pešek, 2004). Legitimní otázkou samozřejmě je, do jaké míry je

oprávněná kontrola vydávání, užívání Subutexu? Další aktuální otázkou je injekční užívání tablet Subutexu, které klienti ve většině případů zmiňovali. Tento fakt popisuje také jiná studie (Kotrbová et al., 2004), jejíž autoři tvrdí, že problém injekční aplikace Subutexu je v ambulantních podmínkách ovlivnitelný jen minimálně i přesto, že klienti hovoří o protektivních faktorech, které snižují frekvenci jejich injekční aplikace Subutexu (např. opakované flebitidy, snaha udržet si práci apod.). Přestože je tedy užívání Subutexu na drogové scéně v Praze (včetně vysoké míry injekční aplikace) velmi frekventované, opatření snižující dostupnost Subutexu by s velkou pravděpodobností vedla k nárůstu užívání heroinu se všemi jeho negativními důsledky (Mravčík & Orliková, 2007).

Celá situace je dále zkomplikována nedostupností rychlých testů z kapilární krve. Na začátku roku 2006 byla distribuce testů na HIV a VHC podmíněna evropským certifikátem. Došlo tedy k několikaměsíčnímu výpadku v dostupnosti rychlých testů na HIV a k výpadku testů na VHC, který přetrvával do začátku roku 2010. Počátkem roku 2010 byl na český trh uveden rychlý test na VHC z kapilární krve. Pracovníci nízkoprahových zařízení tuto situaci reflektují a uvádějí, že by uvítali, kdyby tyto testy byly opět dostupné. Limitujícím faktorem pro použití testů je totiž jejich cena (nejnižší cena jednoho vyšetření rychlým testem z kapilární krve se pohybuje kolem 60 Kč) (Mravčík & Nečas, 2010). Jak vyplývá z výsledků studie „Trendy na drogové scéně v ČR – Ohniskové skupiny s pracovníky nízkoprahových programů“ v současnosti používají nízkoprahové služby jiné metody testování klientů, a to testy z plné krve ve spolupráci s laboratoří, ze séra na místě v zařízení a slinné testy na HIV. Dále nízkoprahové programy spolupracují s místní laboratoří, kam pracovníci programu klienty doprovází, s dalšími zdravotnickými zařízeními (krajské hygienické stanice nebo zdravotní ústavy a jejich poradny HIV/AIDS) a lékaři (praktičtí lékaři a infektologové) (Radimecký et al., 2009). Vzhledem k tomu, že testování a včasný záchyt infekcí u injekčních uživatelů drog se značně podílí na prevenci a ochraně veřejného zdraví, je žádoucí, aby testy na infekční nemoci byly dostupné co největšímu počtu uživatelů. Epidemiologické údaje ovšem naznačují právě opačný trend. Od roku 2005 je pozorován výrazný úbytek provedených testů u injekčních uživatelů drog, především HIV testů a testů na VHC. Také je pozorován pokles počtu testujících nízkoprahových zařízení pro uživatele drog. Lze tedy předpokládat, že se zvýšil počet neodhalených a neléčených případů infekcí mezi injekčními uživateli drog (především

HIV a VHC) a zvýšila se tak pravděpodobnost dalšího šíření těchto nemocí v ČR (Mravčík & Nečas, 2010).

Veškerá doporučení, která vyplývají z tohoto výzkumu je tedy samozřejmě nutné uvažovat v kontextu celkové současné situace, která není příliš nakloněna jakémukoli provádění změn směřujících k rozšiřování stávajících služeb.

Celá tato problematika je navíc zostřena současnou politickou situací, a to zejména situací v oblasti financování drogových služeb. V rámci mezinárodní konference „Městská a regionální protidrogová politika v éře globalizace,“ která se konala v Praze ve dnech 30. 9. - 2. 10. 2010, vznikla Pražská deklarace (o principech účinné lokální protidrogové politiky). Tato deklarace vznikla v reakci na místní drogovou politiku, která má vliv na situaci na drogové scéně. Deklarace apeluje na zavedení účinnější a vyváženější drogové politiky a vyjadřuje obavy vědců a veřejných činitelů z rizik, které plynou jak z užívání nelegálních drog, tak z nežádoucích dopadů protidrogových politik na zdraví a bezpečnost společnosti v globálním měřítku. V rámci deklarace tedy bylo vyhlášeno sedm jednoduchých a stručných pravidel účinné drogové politiky na místní úrovni (<http://www.praguedeclaration.com/cz/>). O měsíc později, v listopadu 2010, na celou situaci znovu upozornil Josef Radimecký, který upozorňuje na dlouhodobé omezování finančních prostředků na drogovou problematiku, což může způsobit zhroucení celého systému.



## 14 Závěr

Hlavním cílem této studie bylo identifikovat okruhy problémů, které mohou být jednak podnětem pro další zlepšování poskytovaných služeb či zavádění neexistujících, chybějících programů apod. a jednak problémů, které se mohou týkat kvality získaných dat, či rozšíření jejich interpretačních možností.

V rámci studie jsme provedli stručný popis demografické a socioekonomické charakteristiky hl. m. Prahy, epidemiologických údajů týkajících se užívání drog (školní a celopopulační studie, prevalenční odhad problémových uživatelů drog, infekční nemoci a žádosti o léčbu). V rámci terénní studie jsme se zaměřili na tyto oblasti: chování uživatelů návykových látek, využívání služeb, aktuální problémy uživatelů na místní drogové scéně, poměry na distribuční scéně. Prioritní oblastí pro celý projekt byla analýza potřeb, které je podřízeno získávání ostatních údajů.

Zvolili jsme metody rychlého posuzování (RAR) především z důvodu specifčnosti zkoumané populace a povahy získávaných dat. Účastníky výzkumu byli klienti nízkoprahových služeb v Praze nominovaní záměrným výběrem a výběrem přes instituce. Druhou skupinu tvořili poskytovatelé nízkoprahových služeb v Praze. Data byla získávána prostřednictvím semistrukturovaných rozhovorů s respondenty, ohniskových skupin s poskytovateli služeb, zúčastněného pozorování a kvalifikovaného odhadu. Data jsme analyzovali pomocí zakotvené teorie.

V druhé polovině roku 2003 bylo sebráno celkem 30 rozhovorů s klienty nízkoprahových zařízení v Praze a provedeny 2 ohniskové skupiny s poskytovateli nízkoprahových služeb v Praze. V roce 2010 bylo provedeno 25 rozhovorů s klienty nízkoprahových zařízení a 1 ohnisková skupina s poskytovateli těchto služeb. Pro analýzu byly dále využity záznamy z dalších dvou ohniskových skupin, které byly provedeny v roce 2009 v rámci výzkumu „Trendy na drogové scéně v ČR – ohniskové skupiny s pracovníky nízkoprahových programů“ a „New Trends in HIV-Related Risky Patterns of Injecting Drug Use and Drugs Distribution in Three Eurasian Countries with Substantial Presence of ATDS.“ Převážná většina respondentů jsou muži (45). Průměrný věk respondentů je 32,7 let (muži 33,2 let, ženy 26,5). Celkem 52 respondentů žije trvale v Praze, 3 žijí v jiném městě blízko Prahy. Dva respondenti jsou jiné národnosti než české.

První užitou drogou, ať již legální či nelegální, byl nejčastěji tabák (24 respondentů) ve věku 10-17 let. Druhou nejčastější iniciační drogou byl alkohol, a to ve věku 12–16 let. Celkem 11 respondentů začalo užívat alkohol a tabák současně ve věku 11–16 let. S jinou než legální návykovou látkou jako iniciační drogou zahájilo svoji drogovou kariéru celkem 6 respondentů. Jednalo se o marihuanu (2 respondenti), pervitin (1 respondent), efedrin (1 respondent), barbituráty a opiáty (1 respondent) a morfin (1 respondent). Z nelegálních návykových látek byla nejčastěji užívána marihuana (22 respondentů), průměrný věk jejího prvního užití je 15 let. Celkem 15 respondentů užilo v jednom roce marihuanu a jinou nelegální návykovou látku. 19 respondentů neužilo marihuanu samotnou ani v kombinaci jako první nelegální drogu.

Z analýzy vyplývá, že zařízení, která se studie zúčastnila, jsou dlouhodobě přetížená. Projevy této přetíženosti je možné pozorovat v několika rovinách:

1. Je věnována malá pozornost změnám potřeb u klientů a s tím souvisí menší pružnost při úpravách programu.
2. Zařízení nevládají věnovat větší pozornost méně se prosazujícím klientům.
3. Nedostatečně jsou rozvíjeny strategie směřující ke kontaktování nových klientů, aktivní vyhledávání těchto klientů a identifikace míst, kde by bylo možné nové klienty kontaktovat a přizpůsobovat těmto místům a podmínkám strategie práce.
4. Nepřiměřený důraz je kladen na technickou stránku poskytování služeb a personálu zbývá jen velmi málo prostoru na motivační práci a další složky kontaktní práce. Velmi zřetelný je tento trend zejména u terénních programů. Obecně lze říci, že kvalita kontaktu s klientem a její prohlubování mírně ustupuje kvantitě, zejména v podobě úkonů spojených s tradiční představou o nízkoprahových službách (výměnný program, krátký informační servis atd.).
5. Větší část hlavního města není nízkoprahovými programy vůbec pokryta (ani terénními programy), často přitom jde o lokality a spádové oblasti s výrazně větší hustotou zalidnění, než v jakých působí drtivá většina obdobných zařízení mimo Prahu.

Je zřejmé, že pracovníci při diskusích tyto roviny reflektují a mnozí mají poměrně jasnou představu o potřebných změnách. Zásadním problémem však zůstává tlak systému, který nutí k povrchnějšímu stylu práce v důsledku nedostatku finančních prostředků a neadekvátnímu tlaku na výkaz kvantitativních ukazatelů.

Určitá „paralyzovanost“ nízkoprahových služeb a jejich malý rozvoj jednak neodpovídá epidemiologickým údajům a počtu a typu uživatelů na území hl. m. Prahy a současně prostřednictvím stabilizace určitého jádra klientů může dále vést k vytvoření zkreslené představy o správném nadimenzování těchto služeb v Praze.

**Krátce lze hlavní teze shrnout v následujících doporučeních:**

1. Provést analýzu týkající se poskytovaných výkonů u jednotlivých organizací, spektra těchto výkonů a charakteru klientely. Tuto analýzu vztáhnout k analýze využití pracovní doby personálu nízkoprahových zařízení a vytvořit návrh optimálního rozvržení realizovaných strategií s cílem dosáhnout větší vyváženosti mezi jednoduššími intervencemi a vytvořit dostatečný prostor pro všechny potřebné výkony, nikoli pouze ty, které jsou akcentovány kvantitativními ukazateli. Vytvořit návrh na hodnocení kvalitativních ukazatelů práce, který bude kompatibilní se současným systémem hodnocení kvantitativních ukazatelů.
2. Provést zhodnocení jednotlivých městských částí z hlediska místních specifik a zejména s ohledem na místní drogovou scénu a vytvořit jednotný plán poskytování a rozvoje nízkoprahových služeb na území hlavního města. V rámci tohoto zhodnocení porovnat záchyty nových klientů v jednotlivých programech a srovnat tyto záchyty s vybranými mimopražskými zařízeními a porovnat strategie identifikace, vyhledávání a kontaktování nových klientů. Na základě těchto dvou analýz navrhnout taková opatření, která zajistí potřebný rozvoj nízkoprahových služeb na území hlavního města v potřebné kapacitě a kvalitě.
3. Přiměřeně reagovat na zvyšující se počet těhotných uživatelů drog a uživatelů drog s dětmi.
4. Vytvořit návrh na systémové zavedení minimální varianty pro sledování a vyhodnocení potřeb klientů nízkoprahových služeb a vytvořit podmínky pro udržení takového systému.
5. Zajistit lepší dostupnost rychlých testů z kapilární krve.
6. Zvýšit informovanost o nízkoprahových službách, zaměřit se také na skrytou populaci uživatelů drog.

## 15 Souhrn

Hlavním cílem této práce bylo identifikovat okruhy problémů, které mohou být podnětem pro další zlepšování poskytovaných služeb či zavádění neexistujících, chybějících programů. Zaměřili jsme se na chování uživatelů drog, na využívání nízkoprahových služeb a aktuální problémy uživatelů na drogové scéně. Hlavním jádrem studie je analýza potřeb, která byla zaměřena na přijatelnost, atraktivnost a dostupnost poskytovaných služeb a na to, zda služby odpovídají potřebám klientů.

V teoretické části práce se nejdříve věnujeme tématu analýzy potřeb a jejímu teoretickému vymezení. Analýza potřeb je jedním z typů evaluace a lze ji definovat jako proces sledující to, zda bylo dosaženo toho, co bylo stanoveno nebo také jako prostředek získání zpětné vazby o programu nebo síti programů.

V další kapitole se věnujeme popisu demografické a socioekonomické charakteristiky hl. m. Prahy, a dále popisu epidemiologických údajů týkajících se užívání drog (školní a celopopulační studie, prevalenční odhad problémových uživatelů drog, infekční nemoci a žádosti o léčbu). Praha je charakterizována vyšší vzdělaností obyvatelstva, nadprůměrně vysokou mzdou a vysokou celkovou dotací na drogovou politiku. Praha je také charakterizována výrazně nepříznivým sociálním prostředím; dochází zde ke koncentraci kriminality včetně drogové a ke koncentraci experimentování s nelegálními drogami, zejména se jedná o nadprůměrnou zkušenost mládeže s drogami. Dále je v Praze vysoká prevalence problémových uživatelů drog a s tím související vyšší počet žadatelů o léčbu než v ostatních krajích České republiky (Lejčková et al., 2004).

Třetí kapitola pojednává o osobnosti uživatele drog. O závislosti a jejích příčinách lze uvažovat ve třech hlavních dimenzích: biologické, psychologické a sociální. Někteří autoři k těmto třem základním rozměrům závislosti přidávají ještě čtvrtou, kterou je dimenze spirituální (Rotgers, 1999). Dále je třeba k těmto dimenzím přidat další dvě, a to ekonomický a právní rozměr. Osobnost uživatele drog je třeba nahlížet ve třech rovinách – osobnost, prostředí a droga. Tyto proměnné koncipují osobnost nikoli izolovaně, ale komplexně vždy v rámci jejího sociálně-psychologického pole a dynamicky probíhající interakce s drogou. Věnovali jsme se zde také deskriptivní a dynamické diagnostice struktury hraniční a narcistické osobnosti, a to proto, že na základě řady výzkumných studií předpokládáme, že osobnost jedinců závislých na návykových látkách je nejčastěji organizována na hraniční či narcistické úrovni organizace osobnosti.

Další, čtvrtá kapitola shrnuje doposud realizované výzkumy – analýzy potřeb v zahraničí a v České republice. V odborné literatuře lze nalézt mnoho studií věnovaných problematice spokojenosti klientů různých druhů zdravotní péče. Velmi málo studií bylo ale publikováno na téma analýza potřeb, případně analýza spokojenosti uživatelů drog, kteří jsou v kontaktu s drogovými službami. V České republice se odborníci začali tomuto tématu věnovat po roce 2000.

Pro realizaci výzkumu jsme zvolili metody rychlého posuzování (RAR) především z důvodu specifčnosti zkoumané populace a povahy získávaných dat. Účastníky výzkumu byli klienti nízkoprahových služeb v Praze nominovaní záměrným výběrem a výběrem přes instituce (55 klientů). Druhou skupinu tvořili poskytovatelé nízkoprahových služeb v Praze. Data byla získávána prostřednictvím semistrukturovaných rozhovorů s respondenty, ohniskových skupin s poskytovateli služeb (5 ohniskových skupin), zúčastněného pozorování a kvalifikovaného odhadu. Data jsme analyzovali pomocí zakotvené teorie.

Z analýzy je zřejmé, že zařízení, která se studie zúčastnila, jsou dlouhodobě přetížena. Projevy této přetíženosti je možné pozorovat v několika rovinách: 1) Je věnována malá pozornost změnám potřeb klientů. 2) Zařízení nezvládají věnovat větší pozornost méně se prosazujícím klientům. 3) Nedostatečně jsou rozvíjeny strategie směřující ke kontaktování nových klientů. 4) Nepřiměřený důraz je kladen na technickou stránku poskytování služeb a personálu zbývá jen velmi málo prostoru na motivační práci a další složky kontaktní práce. 5) Větší část Prahy není nízkoprahovými programy vůbec pokryta. Pracovníci při diskusích tyto roviny reflektují a mnozí mají poměrně jasnou představu o potřebných změnách. Zásadním problémem však zůstává tlak systému a nedostatek finančních prostředků.

Z analýzy vyplynulo také několik doporučení: 1) Provést analýzu týkající se poskytovaných výkonů, spektra těchto výkonů a charakteru klientely. 2) Provést zhodnocení jednotlivých městských částí a vytvořit plán poskytování a rozvoje nízkoprahových služeb. 3) Přiměřeně reagovat na zvyšující se počet těhotných uživatelů drog a uživatelů drog s dětmi. 4) Vytvořit návrh na systémové zavedení minimální varianty pro sledování a vyhodnocení potřeb klientů nízkoprahových služeb a vytvořit podmínky pro udržení takového systému. 5) Zajistit lepší dostupnost rychlých testů z kapilární krve. 6) Zvýšit informovanost o nízkoprahových službách, zaměřit se také na skrytou populaci uživatelů drog.

## Literatura

Altschuld, J. & Kumar, D. D. (2010). *Needs assessment: An overview*. Thousand Oaks: SAGE Publishing.

Altschuld, J. W. & Witkin, B. R. (2000). *From needs assessment to action. Transforming needs into solution strategies*. London: SAGE Publications.

Argelander, H. (1992). *Prvé interview v psychoterapii*. Trenčín: Vadavatel'stvo F.

Baldwin, S. (1998). *Needs assessment and community care: Clinical practice and policy making*. Oxford: Betterworth-Heinemann.

Barker, G. (2000). *Metody rychlého posuzování zneužívání drog ve společnosti*. Boskovice: Nakladatelství Albert.

Best, D., Campbell, A., & O'Grady, A. (2006). *The NTA's First Annual User Satisfaction Survey 2005* London: National Treatment Agency for Substance Misuse.

Boleloucký, Z. (1993). *Hraniční stavy v psychiatrii*. Praha: Grada Avicenum.

Bradshaw, J. (1972). A taxonomy of social need. *New Society*, 640-643.

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, s.r.o.

Chitwood, D. D., Comerford, M., & McCoy, H. V. (2002). Satisfaction with access to health care among injection drug users, other drug users, and nonusers. *The Journal of Behavioral Health Services and Research*, 29, 189-197.

CpKP (2006). *Analýza potřeb uživatelů sociálních služeb - osoby užívající drogy, osoby ohrožené drogovou závislostí a jejich blízcí. Komunitní plánování sociálních služeb v Plzni Plzeň*: CpKP.

Csémy, L., Chomynová, P., & Sadílek, P. (2008). *ESPAD 07. Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách, Česká republika, 2007. Přehled hlavních výsledků za rok 2007 a trendů za období 1995 až 2007*. Praha: Úřad vlády ČR.

Csémy, L., Lejčková, P., Sadílek, P., & Sovinová, H. (2006). *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD). Výsledky průzkumu v České republice v roce 2003* Praha: Úřad vlády ČR.

Csémy, L., Sadílek, P., Sovinová, H., & Lejčková, P. (2003). *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD), Česká republika 2003. Přehled hlavních výsledků zlet 1995, 1999 a 2003. Zpráva pro tisk* Praha: Psychiatrické centrum Praha.

CVVM (2010). *Tolerance ke skupinám obyvatel. Naše společnost 2010. Tisková zpráva* Praha: Centrum pro výzkum veřejného mínění.

Dührssen, A. (1998). *Biografická anamnéza z hlbinne – psychologického aspektu*. Trenčín: Vydavateľstvo F.

Čermák, I. & Lindénová, J. (2000). *Povolání: herec*. Brno: Větrné mlýny.

Čermák, I. & Štěpaníková, I. (1997). Validita dat v kvalitativním psychologickém výzkumu. *Československá psychologie* 41[6], 503-512.

Ref Type: Journal (Full)

Čermák, I. & Štěpaníková, I. (1998). Metody kontroly validity dat v kvalitativním psychologickém výzkumu. *Československá psychologie* 42[1], 50-62.

Ref Type: Journal (Full)

EMCDDA (1998). *Guidelines for the evaluation of drug prevention*. Lisbon: EMCDDA.

EMCDDA (2000). *Evaluation: a key tool for improving drug prevention*. (EMCDDA Scientific Monograph Series ed.) (vols. No. 5) Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

EMCDDA (2001). *Guidelines for the evaluation of outreach work. A manual for outreach practitioners*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

EMCDDA (2010). *Prevention and evaluation resource kit (PERK)*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

ČSÚ (2009). Život cizinců v ČR. [http://www.czso.cz/csu/cizinci.nsf/t/B700359FFD/\\$File/111809.pdf](http://www.czso.cz/csu/cizinci.nsf/t/B700359FFD/$File/111809.pdf) [Electronic version].

ČSÚ (2010). Charakteristika hlavního města Prahy. [http://www.czso.cz/xa/redakce.nsf/i/charakteristika\\_hl\\_m\\_prahy](http://www.czso.cz/xa/redakce.nsf/i/charakteristika_hl_m_prahy) [Electronic version].

Faldyna, Z. (2000). *Hraniční porucha osobnosti*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.

Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál.

Fitch, C. & Stimson, G. V. (2003). *RAR – Review. An international review of rapid assessments conducted on drug use. A Report from the WHO Drug Injection Study Phase II*. Geneva: World Health Organisation.

Ford, W. E. & Luckey, J. W. (1983). Planning alcoholism services: A technique for projecting specific service needs. *The International Journal of Addictions*, 20, 233-252.

Fountain, J. (2004). *Focus Assessment Studies: A Qualitative Approach to Data Collection. Toolkit module 6* Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime.

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.

Galla, M., Aertsen, P., Daatland, C., DeSwert, J., Fenk, R., Fischer, U. et al. (2005). *Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí. Příručka o efektivní školní drogové prevenci*. Praha: Úřad vlády ČR.

Goldstein, W. N. (1987). Current dynamic thinking regarding the diagnosis of the borderline patient. *American Journal of Psychotherapy*, 41, 4-22.

Goldstein, W. N. (1995). The borderline patient: Update on the diagnosis, theory, and treatment from a psychodynamic perspective. *American Journal of Psychotherapy*, 49, 317.

Gordon, D., Burn, D., Campbell, A., & Baker, O. (2008). *The 2007 user satisfaction survey of Tier 2 and 3 service users in England* London: National Treatment Agency for Substance Misuse.

Green, L. W. & Kreuter, M. W. (1991). *Health promotion planning: An educational and environmental approach*. CA: Mayfield, Mountain View.

Gupta, K., Sleezer, C., & Russ-Eft, D. F. (2007). *A practical guide to needs assessment*. Pfeiffer.

Hartl, P. & Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.

Hedrich, D., Kerr, T., & Dubois-Arber, F. (2010). Drug consumption facilities in Europe and beyond. In T. Rhodes & D. Hedrich (Eds.), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges* (pp. 305-332). Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

Hooper, J. & Longworth, P. (2002). *Health leads assessment workbook*. London: Health Development Agency.

IHRA (2010). Co je "harm reduction"? Stanovisko Mezinárodní asociace pro harm reduction (IHRA). *Adiktologie*, 10, 188-190.

Janíková, B. Aplikační místnosti. *Zaostřeno na drogy*, (in press).

Kaufman, R. (1992). *Strategic planning plus: An organizational guide*. Newbury Park, CA: SAGE Publishing.

Kaufman, R. & English, F. W. (1976). *Needs assessment: A guide for educational managers*. Arlington, VA: American Association of School Administrators.



Kaufman, R. & English, F. W. (1979). *Needs assessment: Concept and application*. Englewood Cliffs, NJ: Educational Technology Publications.

Kaufman, R., Rojas, A. M., & Mayer, H. (1993). *Needs assessment: A user's guide*. New Jersey: Educational Technology Publications, Inc., Englewood Cliffs.

Kernberg, O. F. (1967). Borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15, 641-685.

Kernberg, O. F. (1992). Hraniční případy a patologický narcismus. *Psychoanalytický sborník*, 4, 41-46.

Kocourek, J. (1992). *Horizonty psychoanalýzy*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství.

Kotrbová, K., Hadravová, V., Salvová, D., & Pešek, R. (2004). Realizace buprenorfinového substitučního programu v Českých Budějovicích - první zkušenosti. *Adiktologie*, 4, 177-188.

Kvale, S. (1996). *Interviews*. London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications.

Leigh, D., Watkins, R., Platt, W., & Kaufman, R. (1998). Alternate models of needs assessment: Selecting the right one for your organization. *Human Resource Development Quarterly*, 11, 87-93.

Lejčková, P., Mravčík, V., & Radimecký, J. (2004). *Srovnání užívání drog a jeho dopadů v krajích České republiky v roce 2002*. Praha: Úřad vlády ČR.

Lerner, P. M. (1991). *Psychoanalytic theory and the Rorschach*. New York: The Analytic Press.

Libra, J. (2003). Nízkoprahová kontaktní centra. In K.Kalina (Ed.), *Drogy a drogové závislosti 2* (pp. 165-171). Praha: Úřad vlády ČR.

Luty, J. & Arokiadass, S. M. R. (2008). Satisfaction with life and opioid dependence. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 3.

Marsden, J., Ogborne, A., Farrell, M., & Rush, B. (2000). *Mezinárodně platné pokyny k evaluaci služeb a systémů zaměřených na léčbu poruch způsobených užíváním psychoaktivních látek*. Geneva: WHO, UNDCP, EMCDDA.

Mayring, P. (1990). *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. München: Psychologie Verlag Union.

McLellan, A. T. & Hunkeler, E. (1998). Patient Satisfaction and Outcomes in Alcohol and Drug Abuse Treatment. *Psychiatr Serv.*, 49, 573-575.

Mikota, V. (1995). *O ovlivňování duševních chorob*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek.

Minařík, J. (2004). *Analýza drogové scény a dostupnosti nízkoprahových služeb pro uživatele drog v Ústeckém kraji* Ústí nad Labem: Centrum komunitní práce.

Miovská, L., Vacek, J., Gabrhelík, R., & Miovský, M. (2006). *Analýza potřeb příslušníků národnostních menšin a přistěhovalců v oblasti drogových služeb na území hl.m. Prahy*.

Ref Type: Slide

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)* Praha: SANANIM.

Miovský, M. (2002). *Možnosti a meze rychlého posuzování (Rapid Assessment) v adiktologickém výzkumu. Disertační práce*. Olomouc: FF UP.

Miovský, M., Janíková, B., Gabrhelík, R., Gajdošíková, H., Grohmannová, K., Miovská, L. et al. (2006a). *Závěrečná zpráva projektu analýzy potřeb léčených uživatelů návykových látek z hlediska jejich uplatnitelnosti na trhu práce* Tišnov: Sdružení SCAN.

Miovský, M., Majzlíková, J., Miovská, L., Hošková, H., Kolařík, M., & Vondráčková, P. (2006b). *Analýza potřeb a současného stavu adiktologických služeb na území hl. města Prahy určených dětem do 15 let. Závěrečná zpráva* Tišnov: Sdružení SCAN.

Miovský, M., Miovská, M., & Gajdošíková, H. (2004). *Etické aspekty terénního výzkumu s uživateli nelegálních drog*. Biograf, časopis nejen pro biografickou a reflexivní sociologii [35], 33-55.

Ref Type: Journal (Full)

Miovský, M., Spirig, H., & Havlíčková, M. (2003). *Vězeňství a nelegální drogy*. Sborník textů z oblasti užívání nelegálních návykových látek ve věznicích. Praha: Úřad vlády ČR.

Miovský, M. & Urbánek, T. (2001). *NEAD 2000. Zprávy z výzkumu za jednotlivé okresy* Boskovice: Boskovice: Nakladatelství Albert.

Miovský, M., Zábranský, T., Gajdošíková, H., & Mravčík, V. (2001). *PAD: Kvalitativní analýza (Substudie výzkumného projektu Průběžné analýzy dopadů novelizované drogové legislativy v ČR)*. Výzkumná zpráva Praha: Úřad vlády ČR.

Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: GRADA Publishing, a.s.

Molnářová, M., Bartoňová, J., Večeřová-Procházková, A., & Kobližková, R. (2008). *Funkce drog v životě uživatelů opiátů a jejich substituční léčba buprenorfinem*. *Adiktologie*, 8, 13-29.

Morávek, J. (2007). *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. (2001). *Ohniskové skupiny jako metoda kvalitativního výzkumu*. Boskovice: Nakladatelství Albert.

MPSV (2007). *Standardy kvality sociálních služeb* Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR.

Mravčík, V., Chomynová, P., Orliková, B., Pešek, R., Škařupová, K., Škrdlantová, E. et al. (2008). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2007* Praha: Úřad vlády České republiky.

Mravčík, V., Chomynová, P., Orliková, B., Škrdlantová, E., Trojáčková, A., Petroš, O. et al. (2007). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2006* Praha: Úřad vlády ČR.

Mravčík, V. & Nečas, V. (2010). Testování infekčních chorob jako součást prevence a snižování rizika infekcí mezi injekčními uživateli drog v ČR. *Adiktologie*, 10, 84-90.

Mravčík, V. & Orliková, B. (2007). Překryv klientů mezi jednotlivými nízkoprahovými programy a zneužívání buprenorfinu v Praze. *Adiktologie*, 7, 13-21.

Mravčík, V., Pešek, R., Horáková, M., Nečas, V., Škařupová, K., Šťastná, L. et al. (2010). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2009* Praha: Úřad vlády ČR.

Mravčík, V., Pešek, R., Škařupová, K., Orliková, B., Škrdlantová, E., Šťastná, L. et al. (2009). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2008* Praha: Úřad vlády ČR.

Mravčík, V. & Zábranský, T. (2001). Dotazníkový průzkum injekčního užívání drog v lékárnách České republiky. *Adiktologie*, 1, 11-21.

Mravčík, V., Zábranský, T., Korčíšová, B., Lejčková, P., Škrdlantová, E., Šťastná, L. et al. (2003). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2002* Praha: Úřad vlády ČR.

Nakonečný, M. (1997). *Encyklopedie obecné psychologie*. Praha: Academia.

Nakonečný, M. (2000). *Psychologie osobnosti*. Praha: Academia.

Nešpor, K. & Csémy, L. (1999). *Bažení (craving)*. Praha: Sportpropag.

Netík, K., Budka, I., Neumann, J., & Válková, H. (1990). *K osobnosti kriminálního toxikomana*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.

Neuber, K. A. & et al. (1980). *Needs assessment. A model for community planning*. London: SAGE Publications.

NTA (2006). *Models of Care for Treatment of Adult Drug Misusers: Update 2006* London: National Treatment Agency for Substance Misuse.

NTA (2007). *Harm reduction findings from the NTA's 2006 survey of user satisfaction in England* London: National Treatment Agency for Substance Misuse.

Řehák, V. & Krekulová, L. (2002). Virové hepatitidy u injekčních uživatelů psychoaktivních látek. *Adiktologie*, 2, 41-47.

Řezáč, J. (1998). *Sociální psychologie*. Brno: Paido – nakladatelství Vladimír Jůva.

Pastrnáková, N. (2009). *Analýza potřeb klientů Kontaktního centra Břeclav. Bakalářská práce*. Univerzita Palackého v Olomouci. Cyrilometodějská teologická fakulta, Olomouc.

Pearson, R. & Kessler, S. (1992). *Use of rapid assessment procedures for evaluation by UNICEF*.

Polanecký, V., Šmídová, O., Studničková, B., Šafr, J., Šejda, J., & Hustopecký, J. (2001). *Mládež a návykové látky v České republice – trendy let 1994 – 1997 – 2001* Praha: Hygienická stanice hl. m. Prahy.

Radimecký, J., Janíková, B., & Záborský, T. (2009). *Trendy na drogové scéně v ČR - ohniskové skupiny s pracovníky nízkoprahových programů. Závěrečná zpráva* Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti.

Rhodes, T. (1999). *Terénní práce suživateli drog. Zásady a praxe*. Brno: Sdružení Podané ruce a Nakladatelství Albert.

Röhr, H. P. (2001). *Narcismus - vnitřní žalář*. Praha: Portál.

Rotgers, F. (1999). *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada Publishing.

Rouda, R. H. & Kusy, M. E. (1995). Needs assessment, the first step. *Technical Association of the Pulp and Paper Industry Journal*.

RVKPP (2003). *Standardy odborné způsobilosti služeb pro uživatele omamných a psychotropních látek* Praha: Úřad vlády ČR.

Scottish Executive (2004). *Needs assessment: A practical guide to assessing local needs for services for drug users*. Edinburgh: Scottish Executive, Effective Interventions Unit.

Sedláček, M. (2007). Ohniskové skupiny a skupinový rozhovor. In R.Švaříček (Ed.), *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách* (pp. 184-192). Praha: Portál.

Šed'ová, K. (2007). Zakotvená teorie. In R.Švaříček (Ed.), *Kvalitativní výzkum v pedagoických vědách* (pp. 84-96).

Šejvl, J. (2008). *Průřezová dotazníková studie o uživatelích návykových látek v hl. m. Praze* Praha: Centrum adiktologie PK a 1. LF UK v Praze.

Škařupová, K., Mravčík, V., & Orlíková, B. (2009). *Hard gelatine capsules as a harm reduction drug delivery alternative to injecting* Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti.

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

Speed, S. & Janikiewicz, S. M. (2000). A comparison of levels of satisfaction of stable drug users treated in general practice and an outpatient (community based) drug treatment service. *Health Soc Care Community*, 8, 436-442.

Stevens, A. & Gillam, S. (1998). Needs assessment: From theory to practice. *British Medical Journal*, 316, 448-452.

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.

Stigler, M. (1995). Koordinovaná psychodynamická a deskriptivní diagnostika osobnosti.  
Ref Type: Unpublished Work

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.

Strauss, A. & Corbinová, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu: Postupy a techniky metody zakotvená teorie*. Boskovice: Nakladatelství Albert.

Studničková, B., Benáková, Z., Šeblová, J., & Zemanová, R. (2008). *Výroční zpráva ČR - 2007. Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog* Praha: Hygienická stanice hl. m. Prahy.

Studničková, B. & Petrášová, B. (2010a). *Výroční zpráva ČR - 2009. Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog* Praha: Hygienická stanice hl. m. Prahy.

Studničková, B. & Petrášová, B. (2010b). *Výroční zpráva Praha - 2009. Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog* Praha: Hygienická stanice hl. m. Prahy.

Švaříček, R. (2007). Hlubkový rozhovor. In *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách* (pp. 159-184). Praha: Portál.

Šťastná, L., Miovský, M., & Polák, A. (2003). Možnosti raných vzpomínek jako diagnostického nástroje v psychoterapii a výzkumu. *Konfrontace*, 4, 217-225.

UN (2005). *Data collection and leads assessment* Geneva: United Nations: International mine action standards.

UNODC (2004). *Ethical challenges in drug epidemiology: issues, principles and guidelines* Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime.

ÚZIS ČR (2005a). Celopopulační studie o zdravotním stavu a životním stylu obyvatel v České republice - charakteristika výběrového souboru. *Aktuální informace*, 10/05.

ÚZIS ČR (2005b). Celopopulační studie o zdravotním stavu a životním stylu obyvatel v České republice - nelegální drogy. *Aktuální informace*, 1-5.

Vacek, J., Gabrhelík, R., & Miovský, M. (2008). Zapojení lékáren do systému služeb pro uživatele nelegálních drog: výsledky kvalitativní studie. *Adiktologie*, 8, 301-319.

Vobořil, J. (2002). Gender differences - ženy jako zvláštní skupina zasluhující pozornost - review anglicky psané literatury. *Adiktologie*, 2, 33-39.

Vrtbovská, P. (2003). *Výroční zpráva za rok 2002* Praha: Společnost Hvězda.

Watkins, R., Leigh, D., Platt, W., & Kafman, R. (1998). Needs assessment: A digest, review, and comparison of needs assessment literature. *Performance Improvement Journal*, 37, 40-53.

WHO (2001). *Health needs assessment. An introductory guide for the family health nurse in Europe*. Copenhagen: World Health Organization.

WHO, UNDCP, & EMCDDA (2000). *Analýza potřeb* Geneva: WHO, UNDCP, EMCDDA.

Witkin, B. R. & Altschuld, J. W. (1995). *Planning and Conducting Needs Assessments*. Thousand Oaks: SAGE Publishing.

Zábranský, T. & Janíková, B. (2008). *Studie „Séroprevalence krevně přenosných virových infekcí mezi ruskojazyčnými injekčními uživateli na drogové scéně v hl. m. Praze (RUS-IDU-PHA)“* Praha: Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky a 1. LF UK v Praze.

Vysoká škola: Univerzita Palackého

Fakulta: Filozofická

Katedra: Psychologie

### **ABSTRAKT DOKTORSKÉ DISERTAČNÍ PRÁCE**

Jméno: Mgr. Lenka Šťastná

Obor: Klinická psychologie

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Vladimír Řehan

Oponenti: Prof. MUDr. Vladimír Novotný, CSc. a Mgr. Miroslav Charvát, Ph.D.

Počet stran: 173

Počet příloh: 1

Název tématu: **Analýza potřeb klientů nízkoprahových zařízení v Praze**

#### **Abstrakt doktorské disertační práce:**

Hlavním cílem této studie bylo identifikovat problémy, které mohou být jednak podnětem pro další zlepšování poskytovaných služeb či zavádění neexistujících, chybějících programů. V rámci studie jsme provedli stručný popis demografické, socioekonomické charakteristiky hl. m. Prahy a epidemiologických údajů. V rámci terénní studie jsme se zaměřili na tyto oblasti: chování uživatelů návykových látek, využívání služeb, aktuální problémy uživatelů na místní drogové scéně, poměry na distribuční scéně. Prioritní oblastí pro celý projekt byla analýza potřeb, které bylo podřízeno získávání ostatních údajů. Zvolili jsme metody rychlého posuzování, a to především z důvodu specifčnosti zkoumané populace a povahy získávaných dat. Účastníky výzkumu byli klienti nízkoprahových služeb v Praze nominovaní záměrným výběrem a výběrem přes instituce. Druhou skupinu tvořili poskytovatelé nízkoprahových služeb v Praze. Data byla získávána prostřednictvím semistrukturovaných rozhovorů s respondenty, ohniskových skupin s poskytovateli služeb, zúčastněného pozorování a kvalifikovaného odhadu. Data jsme analyzovali pomocí zakotvené teorie. V druhé polovině r.

2003 bylo sebráno celkem 30 rozhovorů s klienty nízkoprahových zařízení v Praze a provedeny 2 ohniskové skupiny s poskytovateli nízkoprahových služeb v Praze. V roce 2010 bylo provedeno 25 rozhovorů s klienty nízkoprahových zařízení a 1 ohnisková skupina s poskytovateli těchto služeb. Pro analýzu byly dále využity záznamy z dalších dvou ohniskových skupin, které byly provedeny v roce 2009 v rámci výzkumu „Trendy na drogové scéně v ČR – ohniskové skupiny s pracovníky nízkoprahových programů“ a „New Trends in HIV-Related Risky Patterns of Injecting Drug Use and Drugs Distribution in Three Eurasian Countries with Substantial Presence of ATDS.“ Převážná většina respondentů jsou muži (45). Průměrný věk respondentů je 32,7 let (muži 33,2 let, ženy 26,5). Celkem 52 respondentů žije trvale v Praze, 3 žijí v jiném městě blízko Prahy. Dva respondenti jsou jiné národnosti než české. Z analýzy je zřejmé, že zařízení, která se studie zúčastnila, jsou dlouhodobě přetížena. Projevy této přetíženosti je možné pozorovat v několika rovinách: 1) Je věnována malá pozornost změnám potřeb u klientů a s tím souvisí menší pružnost při úpravách programu. 2) Zařízení nezvládají věnovat větší pozornost méně se prosazujícím klientům. 3) Nedostatečně jsou rozvíjeny strategie směřující ke kontaktování nových klientů, aktivní vyhledávání těchto klientů a identifikace míst, kde by bylo možné nové klienty kontaktovat a přizpůsobovat těmto místům a podmínkám strategie práce. 4) Nepřiměřený důraz je kladen na technickou stránku poskytování služeb a personálu zbývá jen velmi málo prostoru na motivační práci a další složky kontaktní práce. 5) Větší část hlavního města není nízkoprahovými programy vůbec pokryta (ani terénními programy), často přitom jde o lokality a spádové oblasti s výrazně větší hustotou zalidnění, než v jakých působí drtivá většina obdobných zařízení mimo Prahu. Je zřejmé, že pracovníci při diskusích tyto roviny reflektují a mnozí mají poměrně jasnou představu o potřebných změnách. Zásadním problémem však zůstává tlak systému, který nutí k povrchnějšímu stylu práce v důsledku nedostatku finančních prostředků a neadekvátnímu tlaku na výkaz kvantitativních ukazatelů.

**Klíčová slova:** analýza potřeb, problémový uživatel drog, nízkoprahové zařízení, harm reduction přístup



University: Palacky University

Faculty: Faculty of Arts

Institute: Psychology

### **ABSTRACT OF DISSERTATION THESIS**

Name & Surname: Mgr. Lenka Šťastná

Field of study: Psychology

Supervisor: Doc. PhDr. Vladimír Řehan

Oponents: Prof. MUDr. Vladimír Novotný, CSc. a Mgr. Miroslav Charvát, Ph.D.

Number of pages: 173

Number of appendices: 1

Topic: **Needs Assessment of Clients of Low-Threshold Programmes in Prague**

#### **Abstract of Dissertation Thesis:**

The main objective of the study was to identify the problems which may serve as the basis for the further improvement of the services provided, as well as for the introduction of programmes which currently do not exist and are lacking. The study involved a brief description of the demographic and socioeconomic characteristics of the City of Prague, as well as of the epidemiological data. As part of the field study, we focused on the following areas: the behaviour of users of addictive substances, the utilisation of services, the problems which users are currently facing on the local drug scene, and the circumstances of the distribution scene. The priority task of the entire project was needs assessment; the collection of other data was subordinated to it. We decided to use brief assessment methods, particularly because of the specific features of the population under study and the nature of the data being obtained. The participants in the research project comprised clients of low-threshold services in Prague, nominated by using purposive selection and institutional sampling. The other group consisted of low-threshold service providers in Prague. Data were collected using semi-structured interviews with respondents, focus groups with service providers, participant observation, and educated estimates. The data were analysed using the grounded theory. In the

second half of 2003 a total of 30 interviews with clients of low-threshold programmes in Prague was conducted and two focus groups with the providers of low-threshold services in Prague were carried out. In 2010 twenty-five interviews with clients of low-threshold facilities and one focus group with the providers of such services were conducted. In addition, recordings of other two focus groups carried out in 2009 as part of the research projects “Trends in the Drug Scene in the Czech Republic – focus groups with staff of low-threshold programmes” and “New Trends in HIV-Related Risky Patterns of Injecting Drug Use and Drugs Distribution in Three Eurasian Countries with Substantial Presence of ATDs” were used for the analysis. The vast majority of the respondents are males (45). The respondents’ average age is 32.7 years (33.2 in males, 26.5 in females). A total of 52 respondents reside permanently in Prague, while three live in another town near Prague. Two respondents are of a nationality other than Czech. The analysis indicates that the facilities included in the study have been overloaded in the long term. Signs of this work overload may be seen on several levels: 1) little attention is paid to changes in clients’ needs, which results in less flexibility in adjusting the programme; 2) the facilities fail to give more attention to less assertive clients; 3) strategies aiming at contacting new clients, proactive outreach work with these clients, identifying places where new clients could be contacted, and adjusting work strategies to such settings and conditions are not sufficiently developed; 4) inadequate emphasis is placed on the technical aspects of the provision of services, and the staff have very little space for motivational work and other components of low-threshold work; 5) the major part of the capital city is not covered by low-threshold programmes at all (not even outreach programmes exist there), even though the localities and catchment areas lacking such services often have a significantly higher population density than those in which the vast majority of similar programmes operate outside Prague. It is apparent that the staff reflect on this range of concerns in discussions and many of them have relatively clear ideas about changes that should be made. The crucial problem, however, is the pressure of the system, which forces practitioners to resort to a rather superficial approach to their work as a result of the lack of funding and the inadequate pressure for the reporting of quantitative indicators.

**Key words:** needs assessment, problem drug user, low-threshold facility, harm reduction approach

č. 1 – Struktura rozhovoru s klienty nízkoprahových zařízení

**Záznamový arch pro I. část rozhovoru**

**Kód participanta:** .....

**Stručně popište kontext prvního setkání a jak jste se k participantovi dostal/a:**

---

**1a. Věk (nebo odhad)** \_\_\_\_\_

1. muž

**2. Pohlaví participanta**

**1b. Místo narození** \_\_\_\_\_

2. žena

**3a. Místo, kde a jak participant aktuálně žije**

\_\_\_\_\_  
(např. Brno, u rodičů **nebo** Jihlava, vlastní byt **nebo** přechodně Brno, bezdomovec)

**3b. Bydliště rodičů participanta:** \_\_\_\_\_

**3c. Kdy se odstěhoval od rodičů:** \_\_\_\_\_

**4. Národnost**

1. Česká

2. Občan ČR, jiná než česká národnost/etnická příslušnost: \_\_\_\_\_

3. Jiná - cizinec (státní příslušnost a národnost/etnická příslušnost): \_\_\_\_\_

**5. Vzdělání (hodící se zakroužkujte)**

1. neukončené základní (nedokončil - ještě pokračuje)

2. ukončené základní (nezačal další školu)

3. učební obor bez maturity (začal a nedokončil - začal a pokračuje -- začal a úspěšně dokončil)

4. maturita (začal a nedokončil - začal a pokračuje -- začal a úspěšně dokončil)

5. vysokoškolské (začal a nedokončil - začal a pokračuje -- začal a úspěšně dokončil)

**6. Ekonomická aktivita**

1. student, žák

2. ekonomicky aktivní - stálé zaměstnání

- 3. ekonomicky aktivní - příležitostné zaměstnání (brigády)
- 4. nezaměstnaný
- 5. invalidní důchodce
- 6. žena v domácnosti
- 7. jiná

**7. Rodinná situace**

- 1. svobodný
- 2. žije s partnerem
- 3. ženatý/vdaná
- 3. rozvedený(á)
- 5. ovdovělý(á)
- 6. jiná

**8. Počet dětí**

(počet): \_\_\_\_\_

**1/ Drogová kariéra :**

Časová osa ----->(t)

Droga*	Věk**:

\* Seřadte do prvního sloupce všechny užívané drogy pokud možno sestupně podle doby první zkušenosti.  
 \*\* První řádek rozdělte schematicky dle věku participanta, od prvního kontaktu s jakoukoli drogou ( včetně alkoholu a tabáku ), až do současnosti  
 - V každém řádku k jednotlivým drogám naznačte úsečkou dobu užívání od-do. ( Začátek a konec užívání označte křížkem ), případně změnu ve intenzitě užívání. Uběhlo-li mezi prvním kontaktem s danou drogou a jejím pravidelným užíváním delší časové období, označte první kontakt jednotlivým křížkem a dobu pravidelného užívání opět úsečkou od-do. Přešel-li participant v průběhu užívání dané drogy na jiný způsob aplikace ( týká se především i.v. aplikace), označte tento zlom na časové úsečce křížkem a stručně popište nastalou změnu.

**2/ Aktuálně užívané drogy :** (všechny drogy, včetně alkoholu a tabáku, které participant užil alespoň jednou za posledního 1/2 roku)

Droga	Frekvence užívání nebo celkový počet zkušeností *	Užívané množství	Všechny aktuální způsoby aplikace	Doba od poslední zkušenosti

\* Týká se zmíněného posledního 1/2 roku. Údaj uveďte buď ve formě "počet aplikací / za jednotku času" (tj. 1x/den, 1x/tři dny; 2-3x/týden atp.) nebo absolutním počtem jednotek (např. extáze = 3 ks)

**3. Užívá-li drogy injekčně, tak (hodící se zakroužkujte). Pokud ne, přejděte přímo k otázce č.4:**

**3.a. trvání**

1. v současné době drogy injekčně neužívá
2. méně než 3 měsíce.
3. 4 - 6 měsíců.
4. 7 - 12 měsíců.
5. 13 - 24 měsíců.
6. Déle než 2 roky.

**3.b. četnost**

1. 1.-3. krát za měsíc
2. 1 krát týdně
3. 2 - 6 dnů v týdnu
4. denně
5. neužíval/a v posledním

**3.c. Kde participant získává stříkačky a jehly?**

(případně poměr mezi různými zdroji)

**3.d. Stalo se někdy, že použil/a injekční náčiní, které před tím použil někdo jiný (vzal) nebo že po něm /ní někdo použil náčiní (předal)?**

	Vzal	Předal	
Ano			=> Polož otázku 4.e.
Ne			=> Polož otázku 4.g.

**3.e. Kolikrát se to stalo v posledním měsíci?**

Vzal	Předal

**3.f. Kdy se to stalo naposledy?**

	Vzal	Předal
včera (dnes)	1	1
během posledního týdne	2	2
během posledního měsíce	3	3
před více než měsícem	<b>4</b>	<b>4</b>

**3.g. Jak participant desinfikuje injekční stříkačky a jehly? nijak - výměna**

---

**4. Při jaké příležitosti participant užívá drogu nejčastěji:**

1. sám
2. ve dvojici se sexuálním partnerem
3. ve dvojici s přítelem
4. v partě
5. na koncertě nebo v klubu
6. jinak, uveďte prosím jak \_\_\_\_\_

**5. Navštěvuje K-centrum? (či využívá jakékoli jiné formy pomoci, street či jiné formy)**

5a) Jak často streetwork: (1) vůbec - (2) jednou za měsíc (a méně) – (3) jednou za týden – (4) 2-3 krát týdně (a více)

Kdy poprvé (věk): \_\_\_\_\_ Kdy  
naposled: \_\_\_\_\_

5b) Jak často K-centrum: (1) vůbec - (2) 1krát za měsíc (a méně) – (3) 1krát za týden – (4) 2-3 krát týdně (a více)

Kdy poprvé (věk): \_\_\_\_\_ Kdy  
naposled: \_\_\_\_\_

5c) Něco jiného

(co): \_\_\_\_\_

Jak často: (1) vůbec - (2) jednou za měsíc (a méně) – (3) jednou za týden – (4) 2-3 krát týdně (a více)

**6. Kolik participantových přátel/známých „jede“ v drogách?**

\_\_\_\_\_

(těch, které doopravdy – pozitivně – zná a jej si jejich užíváním jist, nikoliv těch, o nichž slyšel nebo si to o nich „myslí“)

**6.a. Vlastní-li participant mobilní telefon :**

1/ kolik má v seznamu uloženo čísel lidí, které zná a bezpečně ví, že užívají : \_\_\_\_\_

2/ kolik z těchto lidí by mu bylo schopno něco sehnat, když by jim zavolal: \_\_\_\_\_

**7.a. Kolik z přátel se v posledním roce léčilo (v abstinčně orientované léčbě)?**

\_\_\_\_\_

**7.b. Kolik z přátel využívá nízkoprahových služeb (K-centra, streetwork, metadon)?**

\_\_\_\_\_

**8. Kolik z přátel se léčilo kdykoliv v minulosti?**

\_\_\_\_\_

**9. Kolik zná lidí, kteří v souvislosti s drogami zemřeli?**

a) předávkování: \_\_\_\_\_

b) sebevražda: \_\_\_\_\_

**Poznámky:**

**Okruhy otázek pro II. část rozhovoru:**

**1) Zkušenost se službami:**

- a) Jakou službu jsi poprvé využil/a?
- b) Kde a kdy to bylo?
- c) Jak ses o ní dozvěděl a co tě tam přilákalo?
- d) Jaká jsi měl očekávání a představy?
- e) Jaká byla pak realita?
- f) Jak dlouho a jak často tuto službu využíváš?
- g) Jaké jiné služby využíváš?
- h) V jakých dalších městech takovýchto služeb využíváš/jsi využil?
- i) Byl/a jste na ně odkázán/a nebo sis to zjistil sám/a? (jak...)
- j) Navštívil jsi někdy psychiatra/psychologa? Na čí popud?



## 2) Spokojenost s nízkoprahovými službami:

- a) Dostáváš to co potřebuješ, dostačuje nabídka?
- b) Co ti schází (a třeba i zcela chybí v nabídce)?
- c) NÁPOMOCNÝ VÝČET: výměny, jídlo, hygiena, prádlo, poradenství – k. intervence, ošetření, zdravotní testování, pošta...
- d) Co je zbytečné, nadbytečné, nedůležité?
- e) Vyhovuje ti otvírací doba? A co povolená délka pobytu?
- f) Nechají tě tady/tam vyspat? Vidíš v tom smysl? Případně přivítal by jsi to?
- g) Co jiného potřebuješ za pomoc?
- h) SEŘAĎ SLUŽBY PODLE DŮLEŽITOSTI: viz. výčet...

## 3) Aktraktivita služeb (výhradně streetwork a K-centrum):

- a) Je nabídka nízkoprahových služeb zajímavá? Vadilo by ti, kdyby se tyto služby zrušily?
- b) Máš ve svém okolí někoho kdo služby nevyužívá?
- c) Proč? (nechce, nepotřebuje, něco jiného...?)
- d) Co by tyto lidi do služeb přilákalo? (vysvětlení)
- e) Máš dostatek informací o službách a nabídkách?
- f) Jak tyto informace získáváš? Bavíte se o tom mezi sebou?
- g) Jak jinak by šlo tyto informace získávat lépe?
- h) Co bys změnil/a, kdybys měl/a tu možnost? (jak, proč...)
- i) Jak by mělo vypadat ideální Káčko?
- j) Chodíš tam potkávat svoje známý? - Domlouvají se tam i kšefty? - A ty?
- k) Aplikoval sis někdy – i přes zákaz – v Káčku? Využíval bys legální aplikační místnost?

## 4) Spokojenost s přístupem personálu?

- a) Jak se k tobě pracovníci/personál chová? (Jak hodnotíš chování pracovníků služeb k tobě?)
- b) Myslíš, že je to ten správný způsob?
- c) Důvěřuješ jim?
- d) Jak fungují pravidla a tresty?
- e) Co bys na tomto přístupu změnil/a? Splnilo by to účel? (Bylo by to k něčemu?)

## 5) Motivační faktor

- a) Jsi spokojený se současným stavem věcí? Chtěl by jsi přestat brát?
- b) Zkoušel jsi v minulosti s tím skončit? Kolikrát? Co bylo tou poslední kapkou? Jak to probíhalo?
- c) Na čem to ztroskotává?
- d) Jakou roli v tvé motivaci ke změně hrají pracovníci NS?
- e) S kým mluvíš o svých problémech? Mluvíš s nějakým jiným odborníkem o svých problémech (s psychologem, psychiatrem)?

## 6) Dodatek pouze pro uživatele opioidů:

- a) Jaké všechny opiáty užíváš? (kolik, jaké kombinace...)
- b) Užíváš také subutex? (jak dlouho, jak často, v jaké dávce)

- c) Kde a jak ho bereš? Jak se k němu dostáváš? (cena, dostupnost, pravidla na trhu atd.)
- d) Personál nízkoprahových služeb tě o substituci informoval? Nebo tě poslal k psychiatrovi?
- e) Využíváte nyní substitučních služeb? Chtěl bys? Co ti brání?
- f) Jsou pro tebe přitažlivé? (v čem ano, v čem ne, proč...)
- g) Znáš podmínky – co je potřeba? Jak ses o substitučních službách dozvěděl/a?
- h) Je něco lepšího? (co, kde, v čem je to lepší...)