

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie – prezenční forma



Nováková Kristýna

Analýza potřeb klientů a pracovníků kontaktních center pro uživatele návykových látek ve
Zlínském kraji

Needs analysis of clients and staff of dropin centres for drug users in Zlín Region

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Amalie Pavlovská

Praha, 2017

Prohlášení:

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci na téma Analýza potřeb klientů a pracovníků nízkoprahových center ve Zlínském kraji jsem vypracovala samostatně a uvedla v ní všechny použité zdroje, literaturu a prameny.

Souhlasím, s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 25.4.2017

Nováková Kristýna

Poděkování

Děkuji Mgr. Amalii Pavlovské za poskytnuté rady a neskonalou trpělivost při psaní mé bakalářské práce.

Mé poděkování patří též všem respondentům výzkumu za spolupráci při získávání údajů pro výzkumnou část práce.

Identifikační záznam:

NOVÁKOVÁ, Kristýna. *Analýza potřeb klientů a pracovníků nízkoprahových zařízení pro uživatele návykových látek ve Zlínském kraji. [Needs analysis of clients and staff of dropin centres for drug users in Zlín Region]*. Praha, 2017. 55 s., 4 přílohy. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK 2017. Vedoucí závěrečné práce, Mgr. Amalie Pavlovská.

Abstrakt:

Východiska: Analýza potřeb je důležitým nástrojem pro zjištění, jaké jsou požadavky a potřeby cílových skupin, kterým nabízíme nebo chceme určité služby nabídnout. V roce 2015 bylo v kontaktu s nízkoprahovými službami hlášeno 17 029 uživatelů (Mravčík et al., 2015). Chybí nám však zpětná vazba od těchto klientů, která by napomohla k vytvoření, k rozvoji, ale i k úpravě stávajícího programu či služby. Obdobná analýza ve Zlínském kraji se prováděla v roce 2010 (Radimecký, 2010), dále analýza u rekreačních uživatelů se prováděla na Mělnicku (Přádová, 2015) a analýza u klientů nízkoprahových zařízení v Praze (Miovský, 2003).

Cíle: Jádrem výzkumu je analýza potřeb s cílem zjistit, jaké služby jsou klientům dostupné, jaká je atraktivnost nabízených služeb a zda nabízené služby odpovídají potřebám klientů. Zaměřuji se přitom i na charakteristiku místní drogové scény. Cílem je také zjistit, jak se od r. 2010 změnila potřeby cílové skupiny a porovnat, zda se potřeby pracovníků a klientů liší a v jaké míře. V r. 2010 byla vydána doporučení na zřízení nového typu služby, mým cílem bude také porovnat toto doporučení s mými výsledky a vytvořit nový seznam doporučení a návrhů.

Výzkumný soubor: Respondenti výzkumu byli rozděleni do dvou kategorií – uživatelé drog a pracovníci K-center z každého regionu Zlínského kraje spolu se zástupcem správy města. Výzkumu se zúčastnilo celkem 16 respondentů (8 klientů, 8 pracovníků).

Metodologie: Praktická část práce byla realizována za pomoci vlastního dotazníkového šetření s klienty a s pracovníky a zástupcem města byly provedeny semistrukturované rozhovory. Analýza dat byla provedena za využití otevřeného kódování, barvení textu, kategorizování, výčet jednotlivých kategorií a jejich frekvence a vyhodnocena pomocí deskriptivní statistiky. Data byla zpracována za pomoci metody analýzy potřeb.

Výsledky: Díky výsledkům výzkumu bylo zjištěno, že 11 respondentů je s nabízenými službami spokojen a 5 respondentů by ráda uvítala realizaci nové adiktologické služby ve Zlínském kraji. Všechny 8 klientů navštěvuje K-centra nejčastěji z důvodu výměny injekčního náčiní, jeden z nich navštěvuje i lékárny, a to v době, kdy jsou K-centra zavřena. Všechny 8 klientů využívá také hygienický servis (sprchu). 7 klientů je spokojeno s otevírací dobou, pouze 1 klient by uvítal delší pobyt na K-centru. Z výsledků vyplývá, že klienti jsou s otevírací dobou spokojeni, podle pracovníků si však klienti na otevírací dobu stěžují nejvíce.

Závěry: Klienti jsou se službami spokojeni a Zlínský kraj je službami dostatečně pokrytý. Závěrem tedy je, že zavádění nové služby není potřeba. Nicméně tyto výsledky by mohly v

budoucnu přispět k diskuzi o realizaci nové adiktologické služby a ke komplexnějšímu pohledu na potřeby klientů i pracovníků.

Klíčová slova: analýza potřeb, harm reduction, nízkoprahová centra, problémové užívání drog, Zlínský kraj

Abstract:

Resources: Needs analysis is an important tool to determine the demands and needs of target groups whom we offer or want to offer particular services. In 2015 there were reported 17,029 users in communication with drop-in centre services (Mravčík et al., 2015). However, there is a lack of feedback on behalf of the clients, which would help create, develop, and also adjust current programme or service. Similar analysis in Zlín region was made in the year 2010 (Radimecký, 2010), next analysis with recreational users was made in Mělník area (Přádová, 2015), and with clients of drop-in centres in Prague (Miovský, 2003).

Targets: The research is focused on needs analysis aimed to reveal which services are available for clients, how appealing offered services are, and whether services on offer meet the demands of clients. In this I also concentrate on the characteristics of local drug environment. Another target is to determine how the needs of target group have been changing since 2010 and the possibility to compare whether and to what extent the needs of workers and clients differ. In 2010 recommendations to establish a new kind of service were published, and my aim is also to compare these recommendations with my results, and create a new list of recommendations and proposals.

Research unit: Research respondents were divided into two categories – drug users and workers in K-centres in each district of Zlín region, together with the representative of municipality. The research involved 16 respondents altogether (8 clients, 8 workers).

Methodology: Practical part of the thesis was performed with the aid of my own questionnaire survey of clients; and workers and the representative of municipality were dealt with semi-structured interviewers. Data analysis was realized with the means of open coding, text colouring, categorizing, list of individual categories and their frequency, and evaluated by descriptive statistics. Data were processed by the method of needs analysis.

Results: Thanks to the research results it was determined that 11 respondents are satisfied with services on offer, and 5 respondents would welcome realization of new addictology service in Zlín region. All 8 clients visit K-centres namely for the reason of exchange of injecting equipment, one of them also visits pharmacies, exactly in the time when K-centres are closed. All 8 clients also make use of hygienic service (shower). 7 clients are satisfied with opening hours, only 1 client would prefer longer stay in K-centre. The results claim that clients are satisfied with opening hours, however, according to workers clients complain about opening hours the most.

Conclusions: Clients are satisfied with services and Zlín region has sufficient network of services. In conclusion, introduction of a new service is not necessary. However these results could contribute to a discussion about realization of a new addictology service, and to a more complex view of the needs of clients and workers.

Key words: needs analysis, harm reduction, drop-in centres, problematic drug usage, Zlín region

Obsah

I.	ÚVOD.....	10
----	-----------	----

II. TEORETICKÁ ČÁST	11
1. Problémové užívání drog	12
1.1. Problémové užívání drog v ČR.....	12
2. Přístup Harm reduction	14
3. Nízkoprahové služby pro uživatele návykových látek.....	15
3.1. Kontaktní centra.....	17
3.2. Terénní programy	19
4. Charakteristika Zlínského kraje	20
4.1. Situace v oblasti užívání drog ve Zlínském kraji.....	21
4.2. Síť adiktologických služeb ve Zlínském kraji	23
4.3. Popis realizovaného výzkumu v roce 2010 ve Zlínském kraji	25
III. PRAKTICKÁ ČÁST	28
5. Cíle výzkumu	28
5.1. Výzkumné otázky	28
6. Etické aspekty výzkumu	29
7. Metodologie	29
7.1. Analýza potřeb	29
7.2. Popis výzkumného souboru	30
7.3. Metody sběru dat	32
7.4. Metody zpracování a analýzy dat	34
8. Výsledky	34
8.1. Výsledky získané od uživatelů drog	34
8.2. Výsledky získané od pracovníků a zástupců institucí	36
8.3. Souhrnné výsledky.....	37
9. Diskuze.....	38
10. Závěr	43
11. Seznam použité literatury.....	45
12. Přílohy	49

I. ÚVOD

V bakalářské práci se zaměřuji na analýzu potřeb u klientů a pracovníků kontaktních center ve Zlínském kraji. Zlínský kraj volím z důvodu, že je mi blízký, zejména proto, že z něj pocházím a vidím jej i jako možné místo pro výkon budoucího povolání. Domnívám se domnívám, že problematika problémového užívání by se měla řešit i v menších regionech. Horyanský, Kopečná a Nováková (2015) uvádějí, že Zlínský kraj má charakter spíše venkovské drogové scény, například oproti Praze, kde se problémové užívání vyskytuje nejvíce.

Z výroční zprávy za rok 2015 (Horyanský, 2016) je patrné, že ve Zlínském kraji je snadná dostupnost THC a velké množství domácích varen pervitinu, tudíž v užívání drog je v popředí pervitin (Horyanský, 2016). Podle Mravčíka et al. (2015) si v rámci celorepublikového odhadu počtu problémových uživatelů pervitinu Zlínský kraj (1800 uživatelů pervitinu) stojí stejně jako kraj Středočeský (1800 uživatelů pervitinu), na sedmém místě v počtu odhadovaných problémových uživatelů pervitinu. Přední místo zaujímá hl. m. Praha (6 300 uživatelů), následuje kraj Ústecký (5 100 uživatelů) a Moravskoslezský (4 100 uživatelů). Radimecký et al. (2010) zjistili, že pouze na Kroměřížsku se sezónně vyskytuje surové opium.

K problémovému užívání drog patří také skrytá populace, kterou se snaží pracovníci nízkoprahových zařízení kontaktovat. Kontaktování skryté populace klade vyšší nároky na terénní pracovníky. Nízkoprahové služby jsou pro uživatele jednou z možností, jak snižovat dopady a rizika spojené s užíváním drog (Mravčík et al., 2015). Je zřejmé, že ve dvou okresech s rozšířenou působností (ORP) na Zlínsku prozatím terénní program není. Je proto na místě, se ptát, zda je klienty a pracovníky adiktologických služeb vnímána absence terénního programu, a kdyby byl realizován, zda by byl efektivně využíván (Horyanský et al., 2015).

V České republice byly již podobné analýzy realizovány. Jednou z prvních byla „Analýza potřeb klientů nízkoprahových služeb ve Středočeském kraji“ (Gabrhelík et al., 2005). Tato studie zkoumala to, jak klienti vnímají kvalitu a účinnost nabízených služeb, jak by nabízené služby zlepšili, v čem jsou pro ně služby přitažlivé, za jakých podmínek služby využívají či nevyužívají a zda jsou pro klienty služby dostupné v rámci regionu. V letech 2006 – 2008 byly prováděny další studie v České republice, a to zejména na území hl. města Prahy. Důvodem realizací studií převážně v Praze je fakt, že v Praze je soustředěna velká část uživatelů drog a finanční prostředky jsou vyšší než v ostatních krajích České republiky (Šťastná, 2010).

V roce 2010 realizoval p. PhDr. Radimecký rozsáhlý výzkum na téma Analýza stavu drogové scény Zlínského kraje.

„Prioritou v rámci plánování sítě služeb by měla být podpora a udržení stávající sítě nízkoprahových služeb pro uživatele drog, jež jsou jejich uživateli vnímány jako přiměřené jejich potřebám a poskytující kvalitní služby“ (Radimecký et al., 2010, str. 122).

Za smysluplné se také považuje, zvážit zřízení služby následné péče pro uživatele drog po absolvování léčby v krajském městě Zlín. Dalším výstupem z výzkumu je, že v dohledné

době se nezdá potřebné zřizovat terapeutickou komunitu pro rezidenční léčbu uživatelů drog (Radimecký et al., 2010).

Šťastná (2010) uvádí, že v České republice byly realizovány také výzkumy v roce 2003 a 2010 na téma Analýza potřeb klientů nízkoprahových zařízení v Praze. Analýza potřeb rekreačních uživatelů drog se prováděla také na Mělnicku v roce 2015. Analýza harm reduction služeb se prováděla v roce 2014 i ve Slovenské republice. V zahraniční odborné literatuře můžeme nalézt mnoho studií, které se věnují problematice drog, nicméně výzkumů na téma analýza potřeb je publikováno velmi málo. Nejčastěji publikované studie se zabývají tématem spokojenosti klientů v léčbě drogových závislostí (McLellan & Hunkeler, 1998). Další studie srovnávající různé druhy léčby (Speed & Janikiewicz, 2000), a studie která se zaměřuje na spokojenost s dostupností léčby (Chitwood, Comerford, & McCoy, 2002). Další publikovaná studie se zabývá zkoumáním 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.“ (Šťastná, 2010, str. 69)

Tato práce potvrzuje stejné závěry, během rešerše se mi nepodařilo nalézt obdobnou analýzu potřeb v odborné literatuře v zahraničí.

Pomocí analýzy potřeb zmapuji aktuální dostupnost služeb a programů na Zlínsku, jejich atraktivnost a porovnam je s cílovými potřebami respondentů. Miovský et al. (2005) řekli, že tím můžeme sledovat měnící se potřeby cílové skupiny na více územích, porovnat, zda se potřeby pracovníků a klientů liší a v jaké míře. Tímto zjistím, zda se od roku 2010 potřeby cílové skupiny změnilly. Současně zmapuji i charakteristiku místní drogové scény. Výzkum bude komplexní, jelikož do výzkumu zahrnu jak samotné klienty, tak i pracovníky nízkoprahových zařízení a v neposlední řadě i koordinátora protidrogové politiky pro Zlínský kraj.

Cílem tohoto výzkumu je také navrhnout inovaci, která by mohla pomoci v realizaci zavádění chybějících programů, případně vylepšení těch stávajících. Mým cílem bude také porovnání těchto doporučení s návrhy, které vzešly z výzkumu v roce 2010.

II. TEORETICKÁ ČÁST

1. Problémové užívání drog

Národní strategie protidrogové politiky, definuje užívání návykových látek jako:

„Užívání návykových látek a nezákonné zacházení s nimi je nejenom v naší zemi, ale v celém světě vnímáno jako vážný problém, který stále představuje ohrožení zdraví, bezpečnosti, sociální pohody a prosperity obyvatel, zejména mládeže. Užívání drog škodí nejenom samotným uživatelům drog, ale také jejich rodinám a vede i ke ztrátám lidských životů. Česká republika si tato nebezpečí uvědomuje a pokládá za svou povinnost aktivně provádět a podporovat na svém území i v mezinárodní spolupráci důslednou protidrogovou politiku s cílem zajistit lidské společnosti zdraví, důstojnost a bezpečí“ (Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 – 2018, str. 2).

Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (EMCDDA) definuje problémové užívání drog jako „Injekční a/nebo dlouhodobé a pravidelné užívání drog opiátového a/nebo amfetaminového a/nebo kokainového typu“ (EMCDDA & Institute for Therapy Research, 1998).

Prevalence problémového užívání drog je dle EMCDDA jedním z pěti klíčových epidemiologických indikátorů: užívání drog v obecné populaci, problémové užívání drog, žádosti o léčbu spojenou s užíváním drog, infekční nemoci a úmrtí spojená s užíváním drog, mortalita uživatelů drog, jejichž prostřednictvím je monitorován fenomén užívání návykových látek v Evropské unii (EMCDDA, 2006).

Problémové užívání drog nelze měřit pomocí populačních průzkumů, protože prevalence tohoto jevu je velice nízká. Je zde nízká pravděpodobnost zastižení uživatelů drog na adrese trvalého bydliště nebo na telefonu a zároveň je zde vysoká senzitivita otázek na problémové užívání drog. S problémovým užíváním drog souvisí především infekční nemoci. Nejčastěji mluvíme o virové hepatitidě (záněty jater) typu B a C a o viru syndromu získaného selhání imunity (HIV/AIDS) (Mravčík & Zábranský in Kalina, 2015).

1.1. Problémové užívání drog v ČR

Výroční zpráva o stavu ve věcech drog za rok 2015 (Mravčík et al., 2015) uvádí, že v České republice je 46,9 tis. problémových uživatelů drog (PUD). Jedná se o 34,2 tis. uživatelů pervitinu, 4,5 tis. uživatelů heroinu a 7,1 tis. uživatelů buprenorfinu. Za rok 2015 odhadovaný počet injekčních uživatelů drog dosáhl 43,9 tis. Nejvyšší odhadovaný počet problémových uživatelů je v Praze a v kraji Ústeckém. Nadprůměrnou prevalenci PUD na počet obyvatel mají také kraje Karlovarský, Liberecký a Jihočeský.

Podle výroční zprávy z r. 2015 (Mravčík et al., 2015) se v České republice počet problémových uživatelů opioidů zvýšil a u pervitinu (dále jen PUOP) došlo k mírnému poklesu oproti předešlému roku.

Mezi opiáty užívané v České republice se řadí heroin a buprenorfin. Ve srovnání s předchozími léty se, i když stále v omezené míře, objevuje zneužívání opioidních analgetik.

Zejména jde o fentanylové náplasti, analgetika Vendal® Retard, který obsahuje morfin, a Palladone® obsahující hydromorfon (Mravčík et al., 2014). Tato analgetika se na černý trh dostávají prostřednictvím příbuzných vážně nemocných osob užívajících náplasti k léčbě bolesti, nebo jsou získávány jako použité z nezajištěného odpadu. Za posledních pár let je také zaznamenán výskyt nových syntetických drog (NSD) ze skupiny katinonů, pouze v omezené míře nebo fentylaminů, které však zatím v České republice hlášeno nebylo. Užívání syntetických drog vykazuje rostoucí trend, ale prozatím pouze v omezené míře, protože jsou pro uživatele stále jen doplňkovou drogou k jejich primární droze (Mravčík et al., 2014). Mezi tyto syntetické drogy se řadí především v posledním roce Funky a Magico. U této drogy můžeme pozorovat fenomén tzv. slepičí úlet. Uživatelé jsou nápadní tím, že se málo pohybují a očima usilovně pátrají po zemi. To, co se děje kolem nich nevnímají (Herzog et al., 2015).

Tabulka 1: Odhadovaný počet problémových uživatelů drog v ČR v r. 2015 podle krajů – střední hodnoty (Mravčík et al., 2015).

Kraj	Celkem PUD		Uživatelé opioidů				Uživatelé pervitinu	IUD
	Počet	Na 1 000 osob 15–64 let	Heroin	Buprenorfin	Jiné opioidy	Celkem		
Hl. m. Praha	14 900	17,58	3 000	5 300	400	8 600	6 300	13 500
Středočeský	2 400	2,72	100	500	<50	600	1 800	2 100
Jihočeský	2 900	6,80	100	300	200	500	2 400	2 800
Plzeňský	2 000	5,21	100	100	200	300	1 700	2 300
Karlovarský	1 500	7,42	<50	<50	<50	100	1 400	1 400
Ústecký	6 000	10,90	400	400	<50	900	5 100	5 800
Liberecký	2 500	8,58	<50	<50	<50	<50	2 500	2 300
Královéhradecký	1 000	2,64	<50	100	<50	100	800	1 400
Pardubický	400	1,25	<50	<50	<50	<50	400	400
Vysočina	1 000	2,82	<50	<50	<50	100	900	800
Jihomoravský	3 300	4,26	600	<50	100	700	2 600	2 800
Olomoucký	2 600	6,05	100	<50	<50	100	2 500	2 200
Zlínský	1 900	4,88	<50	<50	100	100	1 800	1 700
Moravskoslezský	4 700	5,75	200	300	100	700	4 100	4 400
Celkem ČR	46 900	6,68	4 500	7 100	1 100	12 700	34 200	43 900

2. Přístup Harm reduction

Pojem „harm reduction“ (dále jen HR) vznikl v 80. letech minulého století v reakci na vysoký nárůst HIV/AIDS. HR model začali jako první aplikovat v Nizozemí (výměnné programy) a Velké Británii (substituce a preskripce návykových látek lékaři) (Hrdina in Kalina, 2003). HR tvoří jeden ze 4 základních pilířů protidrogové politiky (primární prevence, léčba, represe)(Janíková in Kalina, 2015). Základní charakteristikou tohoto přístupu k drogové závislosti je pragmatičnost. HR neusiluje o absolutní eliminaci drog a jejich užívání, ale snaží se o to, aby negativní důsledky takového chování byly co nejmenší. HR přístup se zaměřuje především na stabilizaci životního stylu klienta, přičemž vychází z klientových potřeb. Dává klientům možnost podílet se na rozhodnutí, kde a jak se léčit (Hrdina in Kalina, 2003). Je proto důležité, aby lidé, kteří mají problémy s drogami, měly přístup ke kvalitní léčbě (IHRA, 2010). Upřednostňuje se zdraví a osobní zodpovědnost před perzekucí. Za krok správným směrem můžeme považovat jakoukoliv pozitivní změnu, která vede ke snížení poškození (Hrdina in Kalina, 2003).

Janíková (2015) uvádí, že:

„Důsledky užívání drog mohou být negativní (harms) nebo pozitivní (benefits), a to v rámci tří typů (zdravotní, sociální, ekonomický) a tří úrovní (jednotlivec, obec, společnost). Intervence představují tři hlavní typy se zaměřením na škody: prevence rizik (risk prevention) (např. výměny jehel), prevence škod (harm prevention) (např. očkování proti hepatitidě B) a zadržování škod (harm containment) (např. léčba hepatitidy B)“ (Janíková in Kalina, 2015, str. 275)

Přístup HR má na paměti ochranu celé společnosti před nežádoucími dopady užívání drog, a tím souvisí se strategií ochrany veřejného zdraví (Public Health). Na rozdíl od Public Health je přístup HR spíše individuální, zaměřený na individuální potřeby klienta.

Poškození, která se snažíme přístupem HR minimalizovat, omezit, zmírnit jejich riziko nebo jim předejít úplně jsou zejména následující:

- život a zdraví ohrožující infekce, které se šíří při sdílení injekčního náčiní při i.v.aplikaci drog a nechráněným pohlavním stykem
- tělesné komplikace (abscesy, záněty, poškození vnitřních orgánů nebo zhroucení jejich funkcí) způsobené dlouhodobým nitrožilním užíváním
- dlouhodobé působení vysokých dávek drog
- předávkování (často smrtelné) způsobené neodhadnutelným množstvím účinné látky v drogách
- sociální debakl a ztráta lidské důstojnosti (Hrdina in Kalina et al. 1, 2003).

V rámci HR programu v České republice je klientům poskytnuta výměna jehel, jsou edukováni, jak drogu bezpečně aplikovat, jak používat a dezinfikovat své náčiní. Klientům jsou také poskytnuty tištěné materiály, které obsahují tyto informace. Jejich distribuce je omezena

pouze na okruh klientů, kterým jsou určeny. Např. v Rusku je situace taková, že klienti nedůvěřují programům výměny jehel. Je to strach klientů z policejní kontroly, které bývají často právě v okolí nízkoprahových center. Při policejní kontrole a zadržení klienta, který vlastní jakékoli injekční náčiní je zkontrolován, vše je mu zabaveno a klient je předveden na policejní stanici. Je zde patrný chybně nastavený systém výměny „jedna za jednu“. Mnoho závislých osob tvrdí, že nechtějí skladovat stříkačky a jehly u sebe, právě z důvodu častých kontrol (Tovt, 2014).

Efektivita HR intervencí je spjata s incidencí a prevalencí infekčních chorob. Mezi ně patří i HIV infekce, která je hlášena ze 120 zemí. Injekční užívání drogy je zaznamenáno ve více než 158 zemích světa. Největší populace, která injekčně užívá drogy je v Číně, USA a Rusku (Janíková in Kalina, 2015).

HR je přístup, který je přístupný komukoliv bez dalších požadavků s cílem oslovit svou nabídkou co nejvíce lidí. Nejedná se pouze o klienty, ale také o jejich rodinné příslušníky. HR se provádí v prostředí, ve kterém se uživatel drog pohybuje. V praxi tento přístup můžeme vidět tak, že nízkoprahové služby pracují s klientem tam, kde právě je a v tom stavu, v jakém právě je. Hrdina uvádí, že služby uplatňující HR přístup mohou oslovit 70 – 80% problémových uživatelů drog (Hrdina in Kalina et al. 1, 2003). Janíková (2015), vysvětluje efektivitu HR programů:

„V současné době již není o efektivitě HR programů pochyb, mnoho studií a výzkumů potvrdilo, že výměnné programy mohou snížit HIV séroprevalenci, snížit opakované užití jehel a umožnit velkému počtu klientů přístup ke zdravotním a jiným službám.“ (Janíková in Kalina, 2015, str. 278)

3. Nízkoprahové služby pro uživatele návykových látek

Nízkoprahové služby, které jsou určeny pro uživatele návykových látek, poskytují klientům kontaktní služby, motivační trénink, programy harm reduction, diferenciální diagnostický filtr a zprostředkování léčby (Libra in Kalina et al. 2, 2003).

Cílem nízkoprahového přístupu je vejít do kontaktu s co největším počtem osob. Mnohdy funguje jako první adiktologická služba, se kterou klient přichází do kontaktu (Hrdina, Korčíšová in Kalina et al. 2, 2003). Klientova abstinence není podmínkou spolupráce klienta se zařízením. Klienti mají možnost anonymního kontaktu se službou, čímž dochází k odbourání stigmatizace z návštěvy odborné instituce. Tím dochází k navazování kontaktu a budování důvěry mezi klientem a pracovníky. Cílovou skupinou kontaktních center jsou především závislí a problémoví uživatelé drog s rizikovým chováním. Jsou to zejména i.v. uživatelé a klienti ohrožení sociálně patologickými jevy (Libra in Kalina et al. 2, 2003). Do cílové skupiny můžeme zahrnout také rodinné příslušníky, nebo jejich blízké či známé, kterých se užívání klienta společenský týká (Broža in Kalina et al. 2, 2003). Také uplatňují přístup HR s cílem eliminovat škody z užívání, jak již bylo zmíněno v kapitole o HR.

System nízkoprahových harm reduction služeb v ČR je v evropském měřítku relativně kvalitní a funkční (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2008) a stále dochází k jeho dalšímu rozvoji. V České republice jsou kromě základních nízkoprahových služeb (terénní programy, kontaktní centra) realizovány také specifické podprogramy – jedná se výdejní/prodejní automaty na injekční a zdravotní materiál pro uživatele drog. V současné době fungují v ČR tři automaty v objektech kontaktních center. Klientům tak poskytují injekční i jiný materiál (např. kondomy) i mimo otevírací dobu kontaktního centra (Janíková in Kalina, 2015). V roce 2015 byly výdejní automaty umístěny při kontaktních centrech v Plzni, Kolíně a Strakonících. Celkem bylo v těchto 3 automatech vydáno 17 691 kusů stříkaček (Mravčík et al., 2015).

Dalším programem jsou sběrné kontejnery na injekční materiál, které jsou umístěny ve veřejném prostoru. Kontejnery jsou pravidelně kontrolovány peer pracovníky v rámci stabilizačního pracovního programu pro uživatele drog. Program se sběrnými kontejnery poskytuje program FIXPOINT (Janíková in Kalina, 2015). V r. 2015 bylo prostřednictvím 12 kontejnerů na území městských částí Praha 5, 7 a 3 bezpečně zlikvidováno celkem 1135 kusů injekčních stříkaček. V r. 2016 se zvýšil počet kontejnerů na 15 (Mravčík et al., 2015).

Dalším dílčím programem je zapojování aktivních uživatelů drog do výměnného programu a dalších aktivit. Jedná se především o peerwork, indigenní terénní práci či externí terénní program. Peerworker má přístup do míst, kam běžný terénní pracovník nechodí (squaty, byty) a má tak možnost být součástí aktuálního dění na drogové scéně (Janíková in Kalina, 2015).

V ČR neexistuje národní program výměny injekčního materiálu v lékárnách, každá lékárna přistupuje k distribuci injekčního materiálu individuálně. V lékárnách jsou v ČR injekční jehly a stříkačky běžně v prodeji – odhadem se ročně prodá v lékárnách injekčním uživatelům drog přibližně 1,5 mil. stříkaček (Gabrhelík, Miovský & Mravčík, 2008), ale do výměnných programů nejsou lékárny zapojeny. Nejvyšší počet hlášených výměnných programů byl hlášen v roce 2003 z Francie, kde fungovalo přibližně 18 tisíc lékáren, ve Skotsku bylo v síti 116 lékáren (Gabrhelík & Miovský, 2009).

V Portugalsku byla a stále je síť výměnných programů na národní úrovni postavena na výměně v lékárnách. Počet lékáren s výměnným programem se odhaduje kolem 1250 lékáren (EMCDDA, 2008). Výměna injekčního materiálu není zpoplatněna ve Velké Británii a ve Francii jsou „stérikits“ dotované státem (EMCDDA, 2006). Nejběžnějším zdrojem injekčního materiálu jsou lékárny pro IUD v Belgii (30–45 %), Lucembursku (32 %) nebo v Maďarsku (30–40 %) (Gabrhelík & Miovský, 2009). V Rusku je prodej injekčního materiálu v lékárnách legální, avšak většina uživatelů uvádí, že i přes legalizaci prodeje jehel a stříkaček bývá při policejní kontrole běžnou praxí, že je veškeré náčiní zabaveno a následně zničeno (Rhodes, 2017). Většina uživatelů však používá lékárny jako hlavní zdroj čistého náčiní a pouze malé procento má zkušenost se speciálními programy výměny injekčního materiálu. Lékárny v Rusku jsem téměř všude a nejsou zde výjimkou ani, lékárny s nočním provozem (Tovt, 2014). Ve Spojeném království je možné nakoupit materiál určený k aplikaci drog online, a to prostřednictvím internetové prodejny. Např. organizace Harm reduction supplies poskytuje injekční náčiní a dodává ho jak pro jedince (je zde také možnost objednání si materiálu v diskrétním balíčku), tak i pro organizace (Exchange supplies, 2017).

V posledních letech se v ČR diskutuje o zavedení tzv. aplikační místnosti. Aplikační místnost je zdravotnické zařízení pod odborným vedením, kde uživatelé drog mohou drogu užít v bezpečných a hygienických podmínkách. Cílem je snížit mortalitu a morbiditu spojenou s užíváním drog (zejména z předávkování), působit preventivně směrem k přenosu virových infekcí (HIV, virové hepatitidy), snížit užívání drog na ulicích a veřejných místech, předcházet nebezpečí poranění o odhozený injekční materiál a v neposlední řadě poskytovat bezpečné a hygienické prostředí pro užívání drog. Ve světě je nyní 90 aplikačních místností, převážně v západní Evropě (Švýcarsko, Nizozemsko, Německo). Mimo Evropu je jedna aplikační místnost v Kanadě a v Austrálii (Janíková in Kalina, 2015).

Terénní programy a kontaktní centra spadají do systému péče o uživatele drog a jsou zakotveny v zákoně č. 379/2005 Sb. (tzv. protikuřácký zákon). Tyto služby definuje také zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách. Cíle jednotlivých služeb jsou upraveny tak, aby vyhovovaly cílové skupině. Stanovení náplně služeb a náležitostí pro splnění požadavků služeb na minimální kvalitu obsahuje dokument „Standardy odborné způsobilosti služeb pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách“. Poslední inovace standardů byla vydána Úřadem vlády v ČR v březnu r. 2015.

V roce 2015 bylo na území České republiky 57 kontaktních center a 47 terénních programů (Mravčík et al., 2015).

3.1. Kontaktní centra

Standardy odborné způsobilosti (Libra, 2015) uvádějí, že kontaktní centrum je:

„Nízkoprahová služba zaměřená na navázání kontaktu s cílovou skupinou, na kontaktní práci, poradenství v oblasti prevence a léčby závislosti, práci s motivací pacientů/klientů, na sociální práci, na vybrané výkony zdravotní péče. Je vedena zejména přístupem snižování rizik spojených s problémovým užíváním drog (včetně možnosti programu výměny injekčního náčiní), usilujícím o ovlivnění motivace pacientů/klientů ke změně životního stylu, rizikového chování a k vyhledání další odborné pomoci. Služba poskytuje vedle poradenství i zhodnocení stavu pacienta/klienta a zprostředkování léčby. Rovněž poskytuje podmínky pro vykonání osobní hygieny. Cílovou skupinou služby jsou osoby užívající návykové látky, problémoví, rekreační uživatelé drog, osoby experimentující či škodlivě užívající návykové látky včetně alkoholu, osoby ohrožené patologickým hráčstvím“ (Libra, 2015, str. 31).

K-centra se vyznačují odstraněním všech bariér, čímž je služba pro klienty dostupnější a přístup ke službám může proběhnout bez jakéhokoliv doporučení a přímo z ulice. Pokud se klient obrátí na kontaktní centrum sám, můžeme při nejmenším předpokládat klientovu potřebu změny. Na takovém klientovi je patrné, že se kontaktu nevyhýbá a chce se do služby sám angažovat. V takovém případě je klientovi nabídnuta možnost posezení v kontaktní místnosti, pohovoření s kontaktním pracovníkem apod. Spolupráce s klientem přicházejícím do kontaktního centra je nadějnější pro jeho budoucnost ve smyslu intenzivnější spolupráce s odborníkem na osobní či sociální změně. Kontaktní pracovník se snaží navázat s klientem vztah, který by umožňoval vzájemné porozumění a vzájemnou důvěru mezi pracovníkem a

klientem. Cílem takového kontaktu je postupně hledat možnosti, které by klientovi umožnily spokojenější způsob života (Broža in Kalina, 2003).

Služby poskytované v kontaktním centru

- a) Kontaktní práce – navázání kontaktu s klientem a vytvoření vzájemné důvěry, zjištění základních problémů a potřeb. Jedná se o základní aktivity K-center. Vše je realizováno v kontaktní místnosti, která je interiérově přizpůsobena tak, že nabourává vžité představy o zdravotnické instituci.
- b) Výměnný program - výměna injekčního náčiní, distribuce desinfekčních pomůcek a zdravotnického materiálu.
- c) Základní zdravotní péče – základní zdravotní ošetření, zajištění testování na HIV a hepatitidy.
- d) Základní poradenství – prohloubení navázaného kontaktu s důrazem na změnu rizikového chování, poradenství o rizicích spojených s užíváním drog a minimalizaci těchto rizik, poskytování informací o možnostech léčby a sociální rehabilitace i zprostředkování léčby.
- e) Krátkodobá intervence – krizová intervence, práce s rodiči, partnerem či rodinou klienta.
- f) Strukturované poradenství a motivační trénink – pomáhá klientům získat, udržet a posílit motivaci směrem k abstinenci.
- g) Sociální práce – pomoc při vyřizování dokladů, asistence při kontaktu s rodinou, úřady, soudy, policií apod.
- h) Doplnkové služby – hygienický servis (sprchování, praní prádla), potravinový servis (polévka, čaj), vitamínový servis. Spolu se základní zdravotní péčí zajišťují tyto služby základní podmínky potřebné k přežití (Libra in Kalina, 2003).

Pracovní tým kontaktního centra

Pracovní tým v kontaktních centrech by měl být mezioborový. Měl by zahrnovat profese, kvalifikace a dovednosti, které odpovídají programu, zároveň by měl být dostatečně pružný a schopný vyhovovat nárokům nízkoprahové práce. Standardy MZ (Ministerstvo zdravotnictví) i MPSV Ministerstvo práce a sociálních věcí) kladou důraz na vzdělávání zaměstnanců. Kontinuální vzdělávání by mělo zahrnovat oblast prevence, léčení závislostí, sociální práce, rodinné terapie, individuální a skupinové terapie, krizové intervence a motivačního tréninku.

- Vedoucí pracovník – kvalifikovaný odborný pracovník s praxí v oblasti sociální práce a vysokoškolským vzděláním příslušného směru. Vedoucí pracovník by měl mít přehled o financování programu, měl by také vědět, jaký personál potřebuje a jak si jej vybrat. Rovněž by měl umět personálu jasně popsat pracovní strategii a jejich pracovní pozice a kompetence.
- Kontaktní pracovníci – dle standardů MZPSV jsou rozděleni na kontaktní a terénní pracovníky. Obě dvě skupiny pracovníků by měly umět používat postupy krizové intervence, motivačního rozhovoru a práce, provázení klienta k jiným službám nebo poskytnutí první pomoci. Zároveň by měli být schopni službu ukončit. Všichni pracovníci musejí znát a umět vést agendu programu. Jelikož se jedná především o práci

s lidmi, měli by být takový pracovníci otevření osobnímu profesionálnímu růstu, dalšímu vzdělávání a v neposlední řadě by měli zvládat prevenci vyhoření.

- Specialisté – nejčastěji jsou to externí pracovníci programu: sociální pracovníci, lékaři, psychologové, psychoterapeuti, speciální pedagogové atd. Zařazení specialistů do programu by mělo odpovídat potřebám cílové skupiny.
- Dobrovolní spolupracovníci – v této oblasti se využívá bývalých uživatelů, angažovaných zájemců a studentů relevantních oborů. Dobrovolníci působí v podpůrných aktivitách (výpomoc s organizací a provozu programu) (Libra in Kalina, 2003).

3.2. Terénní programy

Standardy odborné způsobilosti (Libra, 2015) uvádějí, že terénní programem je:

„Služba aktivního vyhledání, prvního kontaktu, kontaktní práce, poradenství, zdravotní péče a sociální práce v přirozeném a vlastním sociálním prostředí uživatelů drog. Služba je vedena především přístupem snižování rizik (včetně možnosti programu výměny injekčního náčiní) s cílem ovlivnit motivaci klienta ke změně životního stylu, rizikového chování a k vyhledání dalších vhodných služeb. Cílovou skupinou služby jsou osoby užívající návykové látky problémově, rekreační uživatelé drog, osoby experimentující či škodlivě užívající návykové látky včetně alkoholu, osoby ohrožené patologickým hráčstvím.“ (Libra, 2015, str. 25).

Jednou z charakteristik terénní práce (streetwork) je podle Hrdiny a Korčíšové (2003) fakt, že tato forma sociální služby je poskytována přímo na ulici. Terénní programy jsou často vůbec první službou, se kterou se uživatel setkává. Z toho můžeme vyvodit, jaká je cílová skupina terénních programů. Především jde o obtížně dosažitelnou (tzv. skrytou populaci), která se potýká s minimální motivací službu vyhledat a řešit svoje problémy. Mezi tzv. skrytou populaci můžeme zařadit:

- Tzv. experimentátory, většinou jsou to mladší lidé, kteří jsou v počátečních stádiích drogových experimentů.
- „Děti ulice“, které využívají drogové byty jako přechodný azyl (mohou být ve fázi experimentu, pravidelného užívání či závislosti).
- Mohou to být také pravidelní uživatelé drog, kdy jejich sociální nebo zdravotní situace ještě není debaklová, a tím pádem nejsou motivováni ke kontaktu vhodné služby.
- V poslední řadě sem patří i PUD, kteří mají již rozvinutý stupeň závislosti. PUD jeví zájem o takové služby, nicméně nejsou schopni je vyhledat a využít je.

Hlavním cílem terénních programů je navázat kontakt s klienty, kteří nejsou motivováni ke změně v rizikového chování. Cílem je tedy navázat kontakt postavený na vzájemné důvěře, a tím klienta motivovat (Hrdina & Korčíšová in Kalina et al. 2, 2003).

4. Charakteristika Zlínského kraje

Zlínský kraj vznikl 1. ledna 2000 sloučením okresů Zlín, Kroměříž, Uherské Hradiště a Vsetín. Zlínský kraj má celkem 307 obcí, z toho 30 měst, 6 městysů a 1 statutární město, v kraji se nenachází žádné město s více jak 100 000 obyvateli. Svou rozlohou 3 964 km² je čtvrtým nejmenším krajem v republice, hustota zalidnění 148,3 obyvatel/km² však výrazně převyšuje republikový průměr a je tak pátým nejlidnatějším krajem v ČR. Nejvyšší zalidněnost je v okrese Zlín (187 obyvatel/km²) a nejnižší v okrese Vsetín (128 obyvatel/km²) (Horyanský et al., 2015). Ke dni 30. 9. 2016 žilo v kraji celkem 584 000 obyvatel (ČSÚ, 2017). Průměrný věk obyvatel se od roku 2000 stále zvyšuje. V roce 2000 představoval průměrný věk obyvatele Zlínského kraje 38,4 let, v roce 2014 se zvýšil na 42,2 let. Z celkového počtu obyvatel ve Zlínském kraji v roce 2014 tvořilo 51,1 % žen a 48,9 % mužů (Horyanský, 2015).

Přestože má Zlínský kraj venkovský charakter (72,7 % výměra venkova), převažuje spíše městské obyvatelstvo (54,2 % obyvatel žije ve městě). Právě městské prostředí může poskytovat více příležitostí a vyšší anonymitu pro uživatele návykových látek (Horyanský, 2015). Nezaměstnanost ve Zlínském kraji byla ke dni 28. 2. 2017 4,93 což v porovnání s ostatními kraji v České republice je hodnota v blízkosti průměru. Lépe jsou na tom pouze hl. město Praha, kraj Královehradecký a kraj Plzeňský (ČSÚ, 2017). Výrazným sociálním problémem jak pro jednotlivce, tak pro rodinu, se může stát dlouhodobá nezaměstnanost. Dlouhodobá nezaměstnanost může být současně jedním z rizikových faktorů pro užívání návykových látek. V současné době se zásadním tématem stává uplatnění absolventů škol na trhu práce (Horyanský, 2015).

Protidrogovou problematikou se ve Zlínském kraji zabývají státní i samosprávné orgány, zdravotnické subjekty, nestátní neziskové organizace (zejména spolky, obecně prospěšné společnosti, církevní subjekty) a další instituce. V souvislosti s ochranou veřejného zdraví jsou poskytovány „drogové služby“ specializovanými zdravotnickými zařízeními, odbornými lékaři, hygienickou službou a rovněž nestátními neziskovými organizacemi a to v oblastech primární, sekundární i terciární prevence. Oblast prevence a represe zajišťuje Policie České republiky, obecní policie, probační a mediační služba, ale i školy a školská zařízení. V případě služeb, které jsou zřizovány podle zákona č. 108/2005 Sb., o sociálních službách, jsou tyto služby definovány a poskytovatelé uvedeni v aktuálně platném strategickém dokumentu kraje, jímž je Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Zlínského kraje pro období 2016-2018 (Horyanský et al., 2015).

Střednědobý plán 2016 – 2018 je, v souladu se zákonem o sociálních službách, zpracován na dobu 3 let. Obsahuje popis způsobu zpracování plánu včetně vymezení spolupráce s obcemi, s poskytovateli sociálních služeb a osobami, kterým jsou sociální služby poskytovány, popis a analýzy dostupných zdrojů a potřeb osob, kterým jsou sociální služby určeny (Horyanský et al., 2015).

Celkové výdaje na protidrogovou politiku v r. 2015 ze státního a místních rozpočtů kraje bylo 24 066 tis. Kč. Celkové výdaje za poskytované služby (primární prevence, harm reduction, ambulantní služby aj.) činily 9 774 tis. Kč. Z toho výdaje na harm reduction programy tvořily

celkem 3 100 tis. Kč z místních rozpočtů. Z toho bylo 1 635 tis. Kč z rozpočtů krajů a 1 465 tis. Kč z rozpočtů obcí Zlínského kraje (Mravčík et al., 2015).

4.1. Situace v oblasti užívání drog ve Zlínském kraji

Zlínský kraj má spíše venkovský charakter, velkou územní členitost a složitější dopravní obslužnost, což společně s věkovou strukturou hraje roli ve výskytu PUD. Stav užívání legálních i nelegálních drog společně s obecnou drogovou problematikou ve Zlínském kraji můžeme z dlouhodobějšího hlediska považovat za relativně stabilní. Drogová scéna ve Zlínském kraji v podstatě kopíruje trend užívání v malých městech, kde je užívání spíše skryté (Horyanský, 2015). Následující zkušenost porovnávající Českou republiku a USA:

„Lidé žijící na venkově a v malých městech opravdu drogu užili méně často, než ti z velkých měst. V USA pak bylo možné zaznamenat rozdíl daleko větší, než v ČR. Některé venkovské oblasti ve Spojených státech jsou velmi vzdálené od větších měst. Dalo by se říci, že jsou tzv. „odříznuté“ od okolního světa a takže je možné, že sem doposud tento problém, kterým užívání návykových látek je, nepronikl v plném rozsahu“ (Doleželová, 2013, str. 55).

Nejčastějšími nelegálními drogami užívanými ve Zlínském kraji jsou marihuana a pervitin. V souvislosti s oběma drogami byl ze strany Policie ČR zaznamenán záchyt, jak samotných návykových látek, prekurzorů pro jejich výrobu, tak různých varen, eventuálně pěstíren. Podle informací od policie probíhá výroba pervitinu hlavně v malých „varnách“, situovaných v městských či vesnických bytech, domech a dalších prostorech jako jsou např. chaty v chatových oblastech a zahrádkářských koloniích. Varny jsou výrobci často přemísťovány, čímž se snižuje pravděpodobnost pro odhalení výroby drog policií (Horyanský, 2016). Nicméně Zlínský kraj společně s krajem Pardubickým a Karlovarským patří ke kraji s nejnižším počtem zjištěných primárních drogových trestných činů za rok 2015 (Mravčík et al., 2015). Nejčastěji užívanou legální drogou je alkohol a vykazuje podle dostupných informací rozsáhlou míru konzumace (Horyanský, 2016).

Užívání heroinu, Subutexu nebo kokainu je v kraji velice sporadické, pouze na Kroměřížsku se sezónně užívá extrakt ze surového opia. Užívání toluenu se příležitostně objevuje mezi Romy. Užívání extáze mezi uživateli stagnuje, je spojeno pouze s některými diskotékami v kraji (Radimecký et al., 2010). Horyanský (2016) uvádí, že nové syntetické drogy v kraji nejsou. Jsou známy pouze zkušenosti s nákupem přes e-shopy.

Zlínský kraj doposud neprováděl žádné vlastní expertní odhady počtu problémových uživatelů drog (Horyanský et al., 2015). Podle prevalenčních odhadů uvedených ve Výroční zprávě o stavu ve věcech drog v ČR zpracovaných Národním monitorovacím střediskem pro drogy a drogové závislosti byl v r. 2015 počet problémových uživatelů v kraji cca 1900, z toho nitrožilních uživatelů 1800 (Mravčík et al., 2015).

Tabulka 2: Vybrané údaje k uživatelům drog ve Zlínském kraji v letech 2006-2014

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
uživatelé drog	999	1164	1349	1430	1439	1407	1159	1204	1313
- z toho IUD	725	829	938	987	978	1016	877	1007	1079
- z toho uživatelé pervitinu	735	991	1111	1134	1094	1180	995	1046	1171

V kraji tak převažují mezi klienty nízkoprahových zařízení (kontaktní centra a terénní programy) injekční uživatelé drog, výhradně pervitinu. Nitrožilní aplikace je u uživatelů oblíbená a svědčí o tom i spotřeba vyměněných injekčních setů, která narůstá (meziročně o 15%). Za rok 2015 byl počet vyměněného injekčního materiálu v kraji 129 tis.kusů injekčních stříkaček. Největší nárůst počtu vyměněných injekčních setů byl zaznamenán u terénního programu ve Vsetíně (o 54%, z čehož významný podíl připadá na ORP Valašské Meziříčí) (Horyanský et al., 2016). Radimecký et al. (2010) popisuje tento jev takto:

„Většina odborných služeb monitoruje nárůst počtu vyměněného injekčního materiálu, což svědčí o trendu méně rizikového chování uživatelů drog při injekční aplikaci a jejich vyšší informovanosti o bezpečném užívání drog“ (Radimecký et al., 2010, str. 6).

Pervitin je mezi uživateli aplikován také perorálně, a to zejména pomocí želatinových tobolek. Uživatelé volí tuto aplikaci z důvodů zdravotních obtíží. Zdravotní obtíže se vyskytují u starších a dlouhodobých uživatelů, projevují se nejčastěji poškozením cévního řečiště. Mladší uživatelé naopak vyhledávají aplikaci kouřením a šňupáním. Všechny aplikace vyskytující se ve Zlínském kraji jsou známé a v celé ČR obvyklé (Horyanský et al., 2015). Užívání drog lze očekávat také v prostředí noční zábavy. Ve Zlínském kraji není doposud žádný program, který se zaměřuje na problematiku užívání drog v prostředí noční zábavy. Místní drogoví koordinátoři však poukazují na relativně snadnou dostupnost nelegálních drog zejména v prostředí zábavy a nočního života (Horyanský et al., 2015).

Dle výroční zprávy z rok 2015 je známo, že klientela, která je v kontaktu s nízkoprahovými službami stárne (aktuálně průměrný věk dlouhodobě přesahuje 29 let). Tento fakt svědčí o tom, že kontaktní centra a terénní programy využívají spíše starší a dlouhodobější uživatelé. V roce 2015 bylo v kontaktu s nízkoprahovými službami v kraji celkem 1 509 klientů, z toho bylo 1 320 uživatelů drog, a z toho IUD bylo 1 097 klientů (Horyanský, 2016).

Problémové užívání drog se ve Zlínském kraji dotýká také etnických menšin, a to zejména romského etnika, tak jak tomu bylo podle výroční zprávy i v posledních letech. Informace o těchto uživatelích byly získány za pomoci tzv. „in-come“ dotazníku. Tento dotazník slouží k získání informací o uživateli, při prvním kontaktu s nízkoprahovou službou, kdy vyhledává pomoc. Podle výroční zprávy za r. 2015 to byli v 90 % muži (obvykle ve věku do 30 let). Z nabízených služeb klienti nejvíce využívají výměnný program, ale také testování na infekční onemocnění a sociální poradenství. Cizinci, kteří využívají ve Zlínském kraji dostupné služby byli za r. 2015 pouze 4 (Horyanský, 2015).

Počet žadatelů o léčbu ve Zlínském kraji za rok 2015 byl 334 žadatelů (z toho 202 žadatelů mělo problém s alkoholem a 84 s pervitinem). V počtu žadatelů o léčbu s alkoholem Zlínský kraj stojí na třetím místě hned po Praze a Olomouckém kraji. Z celkových 334 žadatelů bylo 121 z nich prvožadatelů o léčbu (Mravčík et al., 2015).

Za rok 2015 podle informací od poskytovatelů drogových služeb nebyl zaznamenán žádný případ úmrtí klientů těchto služeb. Od zdravotnických zařízení bylo zaznamenáno pouze

26 hospitalizací pro intoxikaci nelegálními drogami, z toho bylo 12 pro intoxikaci stimulancií a 11 intoxikací kanabinoidy. Většinu hospitalizovaných intoxikovaných osob tvořili muži, starší 18 let (Horyanský, 2015).

Institucionální zajištění koordinace protidrogové politiky v kraji zajišťují tyto odvětví: Krajský protidrogový koordinátor, krajská protidrogová komise, místní protidrogoví koordinátoři (celkem 9 obcí), strategické dokumenty protidrogové politiky kraje (myslí se tím zejména koncepce, strategie, akční plány a jejich zaměření). Dále to jsou zadané/realizované analýzy/studie v oblasti drogové politiky a drogové situace, ke kterému patří i hazardní hraní. Avšak v souvislosti s drogovou problematikou nebyly Zlínským krajem v r. 2015 žádné specifické průzkumy nebo studie zaměřené na oblast legálních či nelegálních drog realizovány (Horyanský, 2015).

4.2. Síť adiktologických služeb ve Zlínském kraji

Systém adiktologických služeb v ČR pokrývá celé spektrum problémů s užíváním návykových látek. Stávající systém tvoří v zásadě tři sítě:

- síť nízkoprahových programů, programů ambulantní léčby a následné péče a terapeutických komunit, které mají převážně registraci sociální služby a cílí na uživatele nelegálních drog, na uživatele alkoholu a patologické hráče
- síť zdravotnických zařízení oboru psychiatrie, popř. se specializací AT, která poskytují ambulantní a rezidenční zdravotní služby uživatelům alkoholu, uživatelům nealkoholových drog a patologickým hráčům
- centra pro závislé na tabáku, která se vytvořila převážně při lůžkových odděleních různých oborů (pneumologie) (Mravčík et al., 2015).

V současné době jsou známy dva systémy řešící legislativní úpravu práce s problematikou závislostí na návykových látkách a péči o osoby buď návykové látky užívající, nebo na návykových látkách závislé. Jedná se o systém upravený zákonem č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů a dále zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (Horyanský et al., 2015).

Na území Zlínského kraje jsou základní službou pro uživatele drog nízkoprahové služby. Rozmístění služeb kopíruje rozmístění okresních měst, což odpovídá kumulaci obyvatelstva v jednotlivých oblastech kraje. Základem sítě nízkoprahových služeb jsou především kontaktní centra. Na území Zlínského kraje jsou 4, po jednom v každém okrese. Činnost kontaktních center je doplňována terénními programy a oblast jejich působení nepřekračuje hranice okresu jejich domovského K-centra. Všechny nízkoprahové programy zapojené do poskytování služeb cílové skupině uživatelů drog jsou držiteli certifikátů odborné způsobilosti RVKPP.

Akutní lůžková péče je poskytována v rámci záchytné stanice při nemocnici Kroměříž a.s. (Horyanský et al., 2015).

Ambulantní léčba je v kraji dostupná v zařízení Psychocentrum Zlín (www.psychocentrumzlin.cz), což je soukromé zařízení poskytující psychiatrické,

psychologické a psychoterapeutické služby. Pracovníci nízkoprahových služeb vnímají dostupnost ambulantní léčby v zařízení Psychocentrum Zlín jako dostačující (Radimecký et al., 2010).

Pobytovou léčbu a detoxifikaci nabízí Psychiatrická léčebna v Kroměříži, ve svém toxirehabilitačním oddělení (<http://www.plkm.cz/cs/oddeleni-lecebny/8b---toxirehabilitacni-oddeleni>) (Radimecký et al., 2010).

Služby následné péče na bázi sociálních služeb jsou dostupné v Kroměříži (Darmoděj, z.ú. – projekt DC Restart Kroměříž) a ve Vsetíně (Na Cestě, z.s. – projekt Mosty), ale také na bázi zdravotních služeb v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži (AT ambulance v rámci toxirehabilitačního primariátu nemocnice) (Horyanský et al., 2015).

Substituční léčba a doléčování nejsou v kraji poskytovány specializovaným a certifikovaným pracovištěm. Radimecký et al. (2010) uvádí, že ze závěrečných zpráv a z rozhovorů s pracovníky drogových služeb nevyplývá jednoznačná potřeba substitučních programů, a to s ohledem na velmi nízké počty osob užívajících opiáty. Naopak absence doléčovacího zařízení je vnímána jako problematická.

Ze závěrečných zpráv hodnotících oblast protidrogové politiky kraje vyplývá, že do aktivit zaměřených na prevenci užívání návykových látek kraj počítá i zařízení sociálních služeb pro děti a mládež – NZDM (Radimecký et al., 2010).

Vzhledem k zaměření bakalářské práce, budou na tomto místě uvedeny informace o jednotlivých kontaktních centrech ve Zlínském kraje, které jsem osobně v rámci výzkumu navštívila:

Kontaktní centrum PLUS Kroměříž, Oblastní charita Kroměříž

Otevírací doba K-centra je od pondělí do pátku mezi 9 a 16 hod. Terénní programy PLUS jsou realizovány ve městech Kroměříži, Holešov, Hulín, Morkovice-Slížany, Chropyně a Bystřice pod Hostýnem. Jedná se o obce okresu Kroměříž. V rámci města Kroměříž poskytuje terénní program služby paralelně s kontaktním centrem (Kontaktní centrum Plus Kroměříž, 2017).

Kontaktní centrum Zlín, ONYX o.s.

Otevírací doba K-centra je: v pondělí a ve středu od 8.30 do 12.00 ho a odpoledne od 13.00 do 18.00 hod; v úterý, čtvrtek a pátek je to vždy od 8.30 do 12.00 hod a odpoledne od 13.00 do 16.00 hod. V rámci města Zlín poskytuje terénní program služby paralelně s kontaktním centrem. Terénní programy ONYX jsou realizovány ve městech Zlín, Otrokovice, Malenovice, Napajedla, Vizovice a Slušovice. Jedná se o obce okresu Zlín (Kontaktní centrum Zlín, ONYX o.s., 2017).

Kontaktní centrum v Uherském Hradišti, Sdružení Podané ruce o.s.

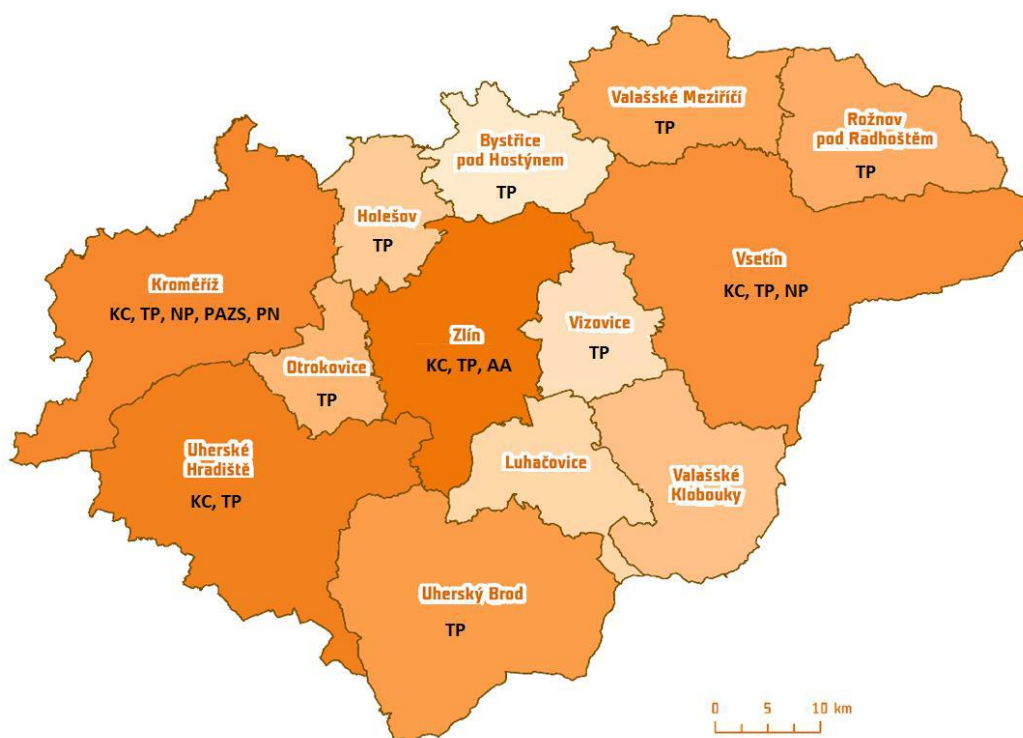
Otevírací doba K-centra s možností výměnného programu je: od pondělí do pátku mezi 8.30 a 17.00 hod. Terénní programy jsou poskytovány v obcích Uherské Hradiště a Bojkovice (Kontaktní centrum v Uherském Hradišti, Sdružení Podané ruce o.s., 2017).

Kontaktní centrum Klíč Vsetín, Agarta o. s.

Otevírací doma K-centra je: od pondělí do čtvrtku mezi 10.00 a 12.00 hod, odpoledne pak mezi 13.00 a 16.00 hod. Terénní programy Agarta jsou realizovány ve městech: Vsetín, Valašské Meziříčí a Rožnov pod Radhoštěm (Kontaktní centrum Klíč Vsetín, Agarta o. s., 2017).

Sít' nízkoprahových služeb ve Zlínském kraji relativně hustá. V rámci služeb kontaktních center jsou služby dostupné. Jednotlivé programy jsou od sebe vzdáleny v průměru cca 20-30 km, dojezdová vzdálenost klientů za službou nikde nepřesahuje jednu hodinu. Naopak jsou oblasti, kdy je výrazně menší (kolem 12 -15 min.) (Radimecký et al., 2010). Jak je patrné z obrázku níže, na území dvou krajů žádný terénní program nepůsobí. Obrázek je z roku 2015, kdy to mu tak skutečně bylo. V roce 2016 zavedlo Kontaktní centrum Klíč svůj terénní program i na území Valašské Klobouky. Nicméně na území Luhačovic, žádný terénní program nepůsobí.

Obr. č. 1: Služby pro uživatele návykových látek ve Zlínském kraji (Horyanský et al., 2015).



KC – kontaktní centrum

NP – následná péče

PAZS – protialkoholní záchytná stanice

PN – psychiatrická nemocnice

TP – terénní programy

4.3. Popis realizovaného výzkumu v roce 2010 ve Zlínském kraji

Dle analýzy stavu drogové scény ve Zlínském kraji, která byla zpracována o. s. Proadis (Radimecký et al., 2010) v roce 2010, jsou známa určitá zjištění, které budu moci porovnat s mými výsledky. Data byla sbírána formou individuálních rozhovorů, a to od: pracovníků MěÚ (Městský Úřad) a KÚ (Krajský Úřad) (koordinátoři, sociální kurátoři), pracovníků Městské policie, pracovníků zařízení speciálního školství, policie ČR, pracovníků lékáren, pracovníků probační a mediační služby, poskytovatelů sociálních a zdravotnických služeb, od klientů služeb a také od náhodně oslovených občanů. Celkem bylo provedeno 96 rozhovorů. Sběr dat probíhal v období od června do srpna 2010. Hlavní cíl analýzy byl v zadání ze strany Zlínského kraje definován takto: zmapovat drogovou scénu a poskytované služby pro uživatele ilegálních drog ve Zlínském kraji jako základ pro přípravu krajské koncepce protidrogové politiky. Výstupem realizovaného šetření má tedy být zejména popis a analýza aktuální situace na území kraje v následujících okruzích: drogová scéna a služby pro uživatele drog.

Nejvýznamnější zjištění, která vycházejí ze studie, jsou níže uvedena:

- Nejrozšířenější a nejužívanější ilegální drogou je marihuana, následována pervitinem (metamfetaminem), jehož užívání působí v kraji největší problémy.
- Marihuana i pervitin jsou většinou vyráběny svépomocí na území kraje a distribuovány mezi přáteli nebo ve formě směnného obchodu mezi uživateli drog.
- Drogová scéna v kraji je spíše uzavřená, uživatelé drog mají tendenci se skrývat, což klade vyšší nároky na pracovníky terénních služeb při vyhledávání uživatelů.
- Téměř v každém z měst a obcí se lze setkat s různě velkými skupinami problémových uživatelů pervitinu, kteří si drogu sami vyrábějí.
- Síť nízkoprahových služeb pro uživatele drog je v kraji relativně hustá, lze hovořit o jejich dobré dostupnosti pro cílovou skupinu jejich klientů – problémových uživatelů drog.
- Scéna v kraji je převážně skrytá, více v odlehlých regionech, na což mohou adekvátně reagovat právě terénní programy. Tato potřeba je reflektována velmi často, většina bývalých okresů má regiony, kam by se terénní programy mohly efektivně rozšířit, či kde by mohly zintenzivnit již zavedené programy, pro jejich realizaci ale často není dostatek prostředků.
- Uživatelé návykových látek jsou o stávajících službách i jejich nabídce informováni dobře, méně informováni se zdají být blízké osoby uživatelů drog.
- Pracovníci služeb narážejí na problémy při snaze zajistit klientům dostupnou zdravotnickou péči např. praktického lékaře, zubaře, gynekologa, psychologa či psychiatra.
- Plánování sítě služeb: V kraji není terapeutická komunita pro léčbu uživatelů drog ani program následné péče pro uživatele návykových látek po absolvování léčby a uživatelé drog vyhledávají tyto služby v zařízeních v jiných krajích ČR.
- Byly vzneseny také požadavky na pokrytí východní oblasti kraje (Luhačovice, Valašské Klobouky) dalším kontaktním centrem. Přitom ze statistických dat vyplývá, že v kraji je stále vysoká poptávka po terénních službách.

- Jedním z problémů ve stávající síti služeb nízkoprahových programů je aktuální problém Kontaktního a poradenského centra Onyx Zlín, které sídlí v objektu, jehož majitelem je Statutární město Zlín. Budova je ve špatném technickém stavu, město nechce do její opravy investovat, neboť má být v blízké budoucnosti zbourána.

Analýza stavu drogové scény ve Zlínském kraji za rok 2010 nabízí data spíše kvalitativního charakteru o současném stavu drogové scény ve Zlínském kraji. Tato data se však mohou v důsledku různých faktorů poměrně rychle změnit (Radimecký et al., 2010).

III. PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část je postavena na metodě analýzy potřeb, která byla realizována se 16 ti respondenty ze Zlínského kraje. Stěžejní část práce je analýza potřeb klientů, kteří navštěvují nízkoprahová centra a pracovníků, kteří zde pracují s cílem, získání kompaktních závěrů od obou skupin respondentů a jejich vzájemného zrcadlového porovnání.

Výzkumná část je rozdělena do kapitol, kde jsou formulovány východiska, cíl a výzkumné otázky, charakterizován výzkumný soubor, dále je popsána metodika a metody získávání dat, a poté následuje prezentace výsledků, diskuze a závěr práce.

5. Cíle výzkumu

Hlavním cílem výzkumu je identifikovat okruhy problémů a zjistit dostupnost nabízených služeb, jejich atraktivnost a potřeby cílové skupiny, které by mohly být podnětem pro zlepšování stávajících poskytovaných služeb či zavádění neexistujících služeb. Dílčím cílem je zjistit, jak se tyto potřeby cílové skupiny od roku 2010 změnil. Dalším cílem je vytvořit seznam doporučení a návrhů, jaké služby by klienti ve Zlínském kraji uvítali, tak aby byly jejich potřeby naplněny a opět porovnání se seznamem, který vzešel z výzkumu v roce 2010. Doporučení bude směřováno na poskytovatele nízkoprahových služeb ve Zlínském kraji, či alespoň diskutování o těchto doporučeních, jelikož práce bude předložena i protidrogovému koordinátorovi Zlínského kraje. Zaměřujeme se přitom na i na charakteristiku místní drogové scény (nejčastější droga, způsob aplikace, frekvence užívání).

5.1. Výzkumné otázky

Jádrem celého výzkumu je analýza potřeb, její cíle popsané výše byly rozvedeny ve formě následujících výzkumných otázek.

- Jaká je atraktivnost poskytovaných služeb pro cílovou skupinu? Jaký je hlavní motiv kontaktu se službou?
- Jaká je dostupnost nabízených služeb?
- Zda nabízené služby odpovídají potřebám klientů - pokud ne, jak by v takovém případě měly služby vypadat, aby potřebám odpovídaly
- Je zapotřebí zavádění nějaké nové služby či programu ve Zlínském kraji?

Pomocí analýzy potřeb zjišťujeme, jak uživatelé vnímají kvalitu nabízených služeb, jak by služby vylepšily a proč. A atraktivitou služby rozumím to, jak klient vnímá přitažlivost služby, kterou využívá, jak často a proč ji vyžívají/nevyžívají. Dostupností nabízených služeb myslím časovou dostupnost v rámci regionu.

6. Etické aspekty výzkumu

Etika je základem kvalitního výzkumu. Jak uvádí Kalina (2013, str. 63):

„Co není etické, není kvalitní.“

Během výzkumu musejí být dodržována základní etická pravidla, mezi která patří dobrovolnost, respekt k účastníkům, právo na informace, právo na soukromí, zajištění anonymity a právo na odstoupení z výzkumu (Ferjenčík, 2010).

Všichni účastníci výzkumu se podíleli na výzkumu dobrovolně a bez nároku na odměnu. Na začátku jsem respondenty seznámila s jejich právy (právo kdykoliv přerušit účast na výzkumu či zničit záznamový arch). Pokud respondent souhlasil s anonymní účastí ve výzkumu, snažila jsem se vytvořit bezpečný prostor pro dotazování. Snažila jsem se o vyhnutí rušivých elementů a odposlechu třetí osobou. Pokud respondent odpovídal tak, že vystoupil z anonymity, byla ze strany výzkumníka dodržena mlčenlivost. Dotazování s respondenty jsem prováděla většinou v terapeutické místnosti. Dotazování s klíčovými informanty jsem prováděla také v terapeutické místnosti nebo v kanceláři.

Před začátkem dotazování každý respondent poskytl informovaný souhlas s účastí ve výzkumu ústní formou a následně podpisem informovaného souhlasu, který příkládám v příloze č.1. Záznamové archy s dotazníky jsem bezpečně uložila a použila pouze pro potřeby této práce. Všichni klíčoví informanti byli seznámeni s cíli bakalářské práce a souhlasili s uvedením názvu organizací.

7. Metodologie

7.1. Analýza potřeb

Analýza potřeb se řadí mezi základní nástroje, kterými můžeme zjistit, jaké jsou potřeby a požadavky cílových skupin, kterým nabízíme nebo chceme určité služby nabídnout. Tímto se tedy dozvídáme více o tom, zda to, co nabízíme, odpovídá reálným potřebám cílové skupiny. Případně se dozvídáme, co a jak bychom měli v nabídce služeb změnit. V praxi můžeme analýzu potřeb pokládat jak za základní nástroj pro plánování a rozvoj zdravotních a sociálních služeb, tak i za nástroj, který umožňuje specifickou kontrolu nastavení a fungování systému služeb i fungování jednotlivých článků.

Miovský et al. (2005) uvádí, že:

„V praxi má svoji hodnotu jakýkoli způsob, kterým se snažíme dozvědět o potřebách cílových skupin, kterým nabízíme nebo chceme nabízet určitý druh služby. Za ještě cennější se však pokládá to, pokud je takové zjišťování prováděno nástroji, které umožňují vzájemné porovnání výsledků. Tímto způsobem můžeme pozorovat měnící se potřeby cílové skupiny na větších územích, můžeme také porovnávat, zda se tyto potřeby v různých regionech liší. Současně můžeme hledat důvody těchto odlišností a dokázat tak, na tyto odlišnosti reagovat. To znamená, vyvíjet regionálně-specifické služby, vycházející ze standardů, které však

respektují potřeby cílové skupiny a specifčnost daného regionu. Za tímto účelem byla vyvinuta metodika analýz potřeb využívající kolekci metod pod názvem Rapid Assessment and Response (RAR). Vývoj této metodiky je dlouhodobě financován a garantován Světovou zdravotnickou organizací (WHO)“ (Miovský et al., 2005, str. 11).

Podle WHO rozlišujeme šest hlavních typů evaluace a analýza potřeb jedním z nich (Marsden, Ogborne, Farrell, & Rush, 2000).

Podle Miovského et al. (2005) je cílem dát pracovníkům služeb pro uživatele drog praktický nástroj, který by byl využitelný při jejich práci, tak aby aplikace nevyžadovala příliš velké finanční prostředky. Kombinace výzkumných dat a poznatků z praxe je jedinou možnou cestou, jak racionálně čelit problémům spojeným s návykovými látkami. V rámci této metody se snažíme prakticky zjistit základní informace o klientovi (např. věk, pohlaví) jeho chování ve vztahu k užívání návykových látek a především informace o tom, jaká intervence by byla pro klienta „ideální“, jak by měl být stávající program upraven, aby reagoval na potřeby, které nejsou uspokojovány (WHO, UNDCP, & EMCDDA, 2000).

Pomocí analýzy potřeb zjišťujeme, jak uživatelé vnímají kvalitu nabízených služeb, jak by služby vylepšily a proč. A atraktivitu služby mám na mysli to, jak klient vnímá přitažlivost služby, kterou využívá, jak často a proč ji využívají/nevyžívají. Dostupností nabízených služeb myslím časovou dostupnost v rámci regionu.

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“. Analýza potřeb spočívá ve zdokumentování důležitých nesrovnalostí mezi aktuálními a požadovanými výsledky a vytyčení těchto nesrovnalostí jako priorit z hlediska plánování programů a intervencí. Analýza potřeb je nástroj k plánování programu, v ideálním případě probíhá ještě 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.

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 (Stevens & Raftery, 2004).

7.2. Popis výzkumného souboru

Do výzkumu jsem zařadila dvě skupiny respondentů. Jednak jsou to klienti kontaktních center, kteří ale zároveň využívají i služby terénního programu, a také poskytovatelé nízkoprahových služeb (klíčoví informanti), konkrétně pracovníci nízkoprahových programů a protidrogový koordinátor.

Kritéria pro zařazení do výzkumu:

1. Respondenti
 - problémoví uživatelé drog dle definice EMCDDA, jak již bylo zmíněno v kapitole problémovém užívání
 - využívání nízkoprahových služeb
 - aktuální přítomnost klienta v kontaktním centru v den, kdy byla data sbírána
 - klient musel podat souhlas s účastí ve výzkumu
2. Poskytovatelé nízkoprahových služeb, pracující s problémovými uživateli drog, kteří souhlasili s účastí ve výzkumu a v době výzkumu byli přítomni v K-centru. Ve třech případech jsem měla možnost mluvit přímo s vedoucím kontaktního centra, v dalších případech, mi byl vedoucím pověřen pracovník či pracovníci kontaktního centra.
3. Zástupce správy města – krajský protidrogový koordinátor

V roce 2016 a 2017 se výzkumu zúčastnilo celkem 16 respondentů. Z toho je 8 respondentů a 8 klíčových informantů. Respondenti byli vybráni pracovníkem nízkoprahového centra výběrem přes instituce. Byli to však všichni respondenti, kteří se v době výzkumu nacházeli v nízkoprahovém zařízení. Záměrný účelový výběr přes instituci je metodou, kdy využíváme nějaké instituce, určené pro cílovou skupinu, která nás výzkumně zajímá. Z hlediska času a nákladů pro výzkumníka je tento způsob výběru velmi efektivní. Jeho nedostatkem je to, že lidé v organizaci představují pouze část spektra osob z dané cílové skupiny. Výběr vzorku tak může být touto skutečností zkreslen (Miovský, 2006). Ve dvou případech se mi stalo, že jsem respondenta osobně znala, v takovém případě jsem od rozhovoru ustoupila. Dále byli pracovníkem osloveni další 3 respondenti, kteří ale účast ve výzkumu odmítli. Výraznou spolupráci a ochotu se podílet na výzkumu jsem zaznamenala u 3 respondentů a 7 klíčových informantů. Klíčoví informanti byli vybráni tak, aby každý ORP zastupoval minimálně jeden informant.

Výběr klientů jsem zúžila pouze na kontaktní centra. Klienti, kteří využívají kontaktní centra současně využívají i terénní programy. Kontaktní centra jsem zvolila z důvodu bezpečnějšího prostředí a více soukromí. Tím jsem minimalizovala rušivé vlivy z okolí. V terénu by se mohla naskytnout příležitost, že by respondenti zcela účast ve výzkumu mohli odmítnout. Kontaktní centra jsem vybrala také z důvodu, že je možnost zde potkat pouze cílovou skupinu, na kterou se ve výzkumu zaměřuji. Jiný typ služby než kontaktní centra jsem do výzkumu nezahrnula. Domnívám se, že převážná část klientů využívá pouze služeb kontaktních center, což se mi také na základě dotazníku potvrdilo.

Základní charakteristika respondentů – uživatelů návykových látek

Statistické údaje:

Věk: Nejvíce zastoupenou skupinou je skupina ve věku 33 let.

Tabulka č. 1 Rozdělení uživatelů drog dle pohlaví

Pohlaví	Počet respondentů
Muž	7
Žena	1

Tabulka č. 2 Rozdělení uživatelů drog dle věku

Věk		
Průměrný	Minimum	Maximum
32	22	48

Nejčastější užívaná látka: 6 respondentů z 8 uvedlo, že nejčastější užívanou drogou je pervitin. Následovalo THC a alkohol. Jeden z respondentů uvedl i kombinaci pervitin + lysohlávky. Jeden respondent uvedl, že pervitin neužívá, ale tento fakt považuji za zkreslený údaj, protože během rozhovoru byl silně intoxikovaný. Klientela kontaktních center si nejčastěji aplikuje drogu injekčně (7 respondentů z 8). Dva respondenti využívají služeb K-centra 20 let, což je od počátku založení K-centra. Ostatní respondenti v rozmezí 5 – 1 roku. Nejčastější frekvence výměny je 2 – 5 krát týdně.

Nejčastěji si respondenti mění injekční materiál v K-centrech, následovaný je pak terénní program. Tato otázka byla doplňující, abych se dozvěděla, zda respondenti využívají i jiných služeb. U dvou respondentů jsem zaznamenala odpověď, že si chodí nakupovat injekční materiál i do lékárny, nebo že docházejí do K-center i za své kamarády. Tomuto faktu se budu více věnovat v diskuzi. Sdílení jehel však všichni respondenti negovali.

7.3. Metody sběru dat

Data do výzkumu jsem sbírala za využití dotazníku s respondenty a semistrukturovaného interview s klíčovými informanty. Pro výzkum jsem vytvořila dvě série otázek, pro respondenty a pro klíčové informanty. V dotazníku pro respondenty jsem se zaměřila na získání základních údajů o respondentovi, zaměřila jsem se také na jejich spokojenost se službami a na jejich potřeby. Zaměřila jsem se na následující oblasti:

1. základní údaje
 - pohlaví, věk, rodinná situace, vzdělání
 - užívání drog: současné užívání, způsob aplikace, frekvence, kombinování drog, výměna a sdílení jehel
2. využívání nízkoprahových služeb (K-center)
 - zkušenosti se službami: jaké služby v K-centru klient využívá, jak často a jak dlouho respondent tyto služby využívá, jak se o nich dozvěděl, jaké jsou zkušenosti respondenta s těmito službami

- atraktivita služeb, které poskytují K-centra: v čem jsou služby pro respondenty atraktivní, v čem naopak ne, co respondentům v nabídce chybí, co by je přilákalo do služeb
- spokojenost se službami v K-centru: dostačující nabídka, spokojenost/nespokojenost s přístupem personálu
- jestli vidí v kraji absenci nějaké služby či programu

Každý respondent výzkumu vyplnil připravený dotazník a poté jsem měla možnost s každým respondentem zvlášť projít jednotlivé odpovědi a doplnit je. A to v případě, když respondent nepochopil, jak má odpovědět na zadanou otázku, či chtěl popisovat nějakou událost, vyjádřit svůj názor nebo zkušenosti. Délka dotazování byla tedy velmi individuální, od 10 minut do 30 minut. Přestože byla vytvořená kostra dotazníku, sběr dat v nízkoprahovém zařízení byl problematický, čehož si byl výzkumník vědom předem. Na některé otázky se nepodařilo zjistit odpověď, z důvodu neschopnosti nebo neochoty respondentů odpovídat na otevřené otázky.

Dotazník pro uživatele drog byl sestaven dle předlohy „Analýzy potřeb uživatelů nízkoprahových zařízení v roce 2003“. V dotazníku byly uplatněny různé typy otázek (uzavřené, polouzavřené a volné). Dotazníky tvoří přílohu č. 2 této práce.

Okruhy polostrukturovaného interview pro klíčové informanty byly zaměřené na:

1. základní údaje
 - pohlaví a průměrný věk klientů K-centra, kde pracovníci pracují
 - užívání drog: současné užívání, způsob aplikace, frekvence, kombinování drog, výměna a sdílení jehel
2. využívání nízkoprahových služeb (K-center)
 - využívání služeb klienty: jaké služby klienti využívají v K-centru nejčastěji, jak často a jak dlouho respondent tyto služby využívá
 - spokojenost/nespokojenost klientů se službami, stížnosti klientů na poskytované služby
3. lokální nedostupnost nějaké služby (substituční léčba, záchytná stanice)

Miovský (2006) pokládá polostrukturovaný rozhovor za nejrozšířenější podobu metody sběru dat, protože můžeme kombinovat prvky nestrukturovaného i plně strukturovaného interview, čímž eliminujeme jejich nevýhody. Nevýhody polostrukturovaného rozhovoru spočívají v možném vychýlení tazatele z předem připravené struktury rozhovoru nebo v získávání nerelevantních dat vzhledem k výzkumným otázkám.

Semistrukturované interview - s každým klíčovým informantem byl proveden polostrukturovaný rozhovor, který byl na místě zapisován do záznamového archu. Otázky pro semistrukturované interview jsem vytvořila zrcadlově na základě dotazníku pro respondenty a doplnila je otázkami, kterými jsem chtěla zjistit jejich názor na dostupnost služeb ve Zlínském kraji. Délka rozhovoru byla individuální, jednalo se však přibližně o 30 minut. Seznam otázek pro klíčové informanty tvoří přílohu č.3. a 4.

7.4. Metody zpracování a analýzy dat

Respondenti

- systematizace dat pro analýzu podle určitých kritérií vycházejících z dotazníku, dále pak dílčí úprava dat k vyhodnocení
- editorování (doplňování poznámek výzkumníka, drobných úprav, rozvedení popisu) (Miovský, 2006).

Klíčoví informanti

- podstatné body byly zapisovány do připraveného archu a následně přepisovány do textového editoru

Dalším krokem jsou dílčí úpravy, které usnadňují práci s daty. V případě této konkrétní analýzy jsou dílčí úpravy: Třídění zdrojů dat (data od respondentů a klíčových informantů)

- a) Otevřené kódování
- b) Barvení textu – barevné označení pasáží, které se týkají určitých tematických celků
- c) Kategorizování – jednotlivé kategorie byly uceleny do tematických celků
- d) Výčet jednotlivých kategorií a jejich frekvence - které oblasti se objevovaly nejčastěji a výčet jejich opakování v rámci tematických celků
- e) Vyhodnocení pomocí deskriptivní statistiky.

8. Výsledky

Výsledky budou popsány tak, aby odpovídali na jednotlivé výzkumné otázky. Ke každé výzkumné otázce budou napsány odpovědi tak, jak na ně respondenti reagovali. V poslední řadě budou odpovědi od klientů porovnány s odpověďmi od pracovníků.

8.1. Výsledky získané od uživatelů drog

1. *Jaká je atraktivnost poskytovaných služeb pro cílovou skupinu? Jaký je hlavní motiv kontaktu se službou?*

Většina respondentů považuje nabízené služby za atraktivní. Jako hlavní motiv vidí respondenti výměnu injekčního materiálu (6 klientů) i pro své „drogové známé“ (1 klient), anonymitu a zároveň také mít možnost potkat své známé (2 klienti). Po výměně následoval výčet nejčastějších služeb, které je do služeb lákají a tak je využívají. 5 klientů využívá po výměně nejčastěji sprchu, dále potravinový servis, možnost si také oprat své věci v pračce a neposlední řadě to byla i možnost zahrát si se známými stolní fotbalík a také odpočinek. Jeden z klientů také uvedl „*Já si sem chodím prostě jen vyměnit a nic víc*“. Klienti kontaktních center se nejčastěji dozvěděli o službách a možnosti výměny od svých drogových kamarádů. Většina

respondentů má informace o poskytovaných programech a službách, vědí, jaké služby pracovníci dělají a nabízejí.

2. *Jaká je dostupnost nabízených služeb?*

Co se týče dostupnosti nabízených služeb, všichni dotazovaní klienti je považují za dostupné. Otevírací doba všem klientům vyhovuje. U jednoho klienta jsem zaznamenala odpověď, že pobyt na K-centru by mohl být delší a mohl by se prodloužit klidně i o jednu hodinu navíc. Domníval se, že je zde dostatek prostoru a času na to, aby zde mohl trávit více času. Hodina pobytu v K-centru mu nestačí a přijde mu málo. „*Prostě jedna hodina je pro mě málo, já bych dal minimálně dvě*“. Umístění K-centra z hlediska polohy ve městě považovali všichni klienti za vhodné a pro ně velmi dostupné.

3. *Zda nabízené služby odpovídají potřebám klientů - pokud ne, jak by v takovém případě měly služby vypadat, aby potřebám odpovídaly.*

Většina klientů je s nabídkou služeb spokojena. U tří klientů jsem zaznamenala odpověď, jak personál chválí a oceňuje, že jim pomáhají v mnoha věcech. „*Jsou tady skoro pořád a vždycky mají dobrou náladu a zeptají se, jak se mám, jak se mi daří*“. Dva klienti si pochvalovali možnost individuálního poradenství, které také pravidelně využívají. Na otázku, co by se mohlo ve službě změnit, ve většině případů klienti odpovídali, že nic. Nicméně u dvou klientů jsem zaznamenala odpověď, že by byli vděční za šatník, hlavně během zimních měsíců. Jeden z klientů navrhoval, že by se jednou za týden, např. v odpoledních hodinách mohl promítat nějaký film či dokument. Jeden klient uvedl, že mu schází možnost dostat polévku v rámci potravinového servisu. V tomto případě se jednalo o K-centrum, kde tuto službu neposkytují. Na otázku, zda by v K-centru uvítali přítomnost lékaře či psychologa, buďto nereagovali nebo odpovídali, že nepotřebují. Tři klienti v době výzkumu docházeli do práce (či měli brigádu) a tvrdili, že jsou natolik samostatní si lékaře či jinou službu vyhledat a kontaktovat ji sami.

4. *Jaké programy, služby či zařízení považujete v kraji za potřebné?*

Jeden klient mi potvrdil, že zatím jakoukoliv léčbu neguje, takže se o programy poskytující tyto služby nezajímá. Nicméně sám ale uvedl, že: „*Kdybych se šel léčit, tak určitě půjdu někam jinam než sem*“ (myšleno, do jiného kraje). Další klient také uvedl, že ví, o možnosti léčby v TK v kraji a uvedl: „*O komunitě ve Zlínském kraji vím od známých, ale stejně bych tam nešel*“. Další klient uvedl, že žádné další služby nepotřebuje a v kraji nevidí žádnou chybějící službu. O komunitě uvedl následující: „*Tu komunitu znám, a údajně je to tam v pohodě, to říkali mi známí. Možná bych tam i šel, rozhodně nikam dál nebo na druhou stranu republiky bych nešel*“. Jeden z klientů uvedl, že má za sebou absolvovaný detox v psychiatrické nemocnici Kroměříž a uvítal by, kdyby byl detox v nějaké bližší vzdálenosti v rámci kraje a také následná možnost doléčovacího centra s chráněnými byty.

5. *Využíváte i jiné služby kromě nízkoprahových zařízení?*

Dva klienti odpověděli, že využívají místní charity, a to pro potřebu šatníku. Dva klienti jednou využili služeb azylového domu na přespání během noci. Pro podmínku střízlivosti vícekrát toto zařízení ale nenavštívili. Jeden klient využívá služeb psychologa, formou ambulantního sezení a lékaře na místní poliklinice. Jeden z klientů odpověděl, že v zimních měsících byl ve městě postavený zateplený stan pro osoby bez přístřeší (pokud bylo více než -5°C). Zajímal se o tuto

možnost přespání, protože právě bydlel na ulici. Podmínkou pro přespání byla však abstinence a právě z toho důvodu možnost přespání nevyužil. Jeden z klientů uvedl, že během týdne si chodí měnit čisté náčiní do K-centra, o víkendu však často vyhledává lékárny.

8.2. Výsledky získané od pracovníků a zástupců institucí

V rámci rozhovorů s odborníky jsem oslovila 7 pracovníků, kteří pracují s problémovými uživateli drog ve Zlínském kraji, konkrétně v kontaktních centrech a jednoho zástupce instituce. S účastí ve výzkumu souhlasili všichni, ale pro zachování mlčenlivosti a etického hlediska je nebudu jmenovat ani jinak specifikovat jejich práci. Klíčoví informanti vyjadřovali svůj pohled k nízkoprahovým službám, ale i k ostatním adiktologickým službám.

1. *Jaký je nejčastější důvod 1. kontaktu klienta se službou?*

Nejčastější odpovědí bylo, že klienti se dozvěděli o službě přes své známé a důvodem prvního kontaktu byla výměna injekčního náčiní. Jedna z odpovědí byla, že se klient objednal na poradenství přes email anebo také přes webové stránky, rovněž na poradenství. Klienti velice slyší na testování, takže i to řadíme do 1. kontaktu. Není ani výjimkou, že na poradenství chodí partneři nebo rodiče klientů. A to s otázkou, že neví, co mají dělat, když jejich dítě užívá drogy. Tuto odpověď jsem zaznamenala u tří pracovníků.

2. *Jaké služby klienti využívají nejčastěji?*

Zcela určitě je to výměnný program, který je následován poradenstvím. Mezi nejčastější služby se řadí také možnost využití sprchy, častěji v letních měsících. Klienti velmi oceňují, že dostanou čistý ručník, holítko, mýdlo nebo šampon. Na dotaz, zda klienti v době uzavření K-centra využívají k nákupu injekčního náčiní lékárny, se mi dostala odpověď, že je nevyžívají. A když ano, tak pouze klienti, kteří nejsou v kontaktu se žádnou službou.

3. *Jaké jsou nejčastější stížnosti z řad klientů?*

Od pracovníků jsem se dozvěděla, že nejčastější stížností od klientů je otevírací doba K-center. Klienti si také stěžují na ztrátu oblečení, když si vyperou a nechají prádlo do druhého dne uschnout, tak se občas stane, že přijdou a svoje prádlo nenajdou. Další pracovník uvádí, že často od klientů slyší „ještě kouřit by se tady mohlo“.

4. *Dodržují klienti pravidla provozu K-centra?*

Klienti se snaží pravidla dodržovat, nicméně čas od času se vždycky najde někdo, kdo je poruší. Dva pracovníci uvádějí, že nejčastější stopky přidělují klientům za porušování konzumace alkoholu v prostorách K-centra. Při mé návštěvě, se tento fakt v jednom zařízení dokonce řešil a výsledkem bylo udělení stopky klientovi na jeden měsíc. Pracovníci zaznamenávají pouze ojedinělé případy porušování pravidel.

5. *Skrytá populace, proč se jí nedaří kontaktovat? Může být důvodem neustálá obměna zaměstnanců např. v terénních programech?*

Jeden pracovník odpověděl, že jako největší problém vidí obměnu zaměstnanců v terénních programech. Nejčastěji se jedná o pracovnice – ženy. Odcházejí ze zaměstnání z důvodu

těhotenství a následné mateřské dovolené. Jeden pracovník se také domnívá, že to může být z důvodu dojíždění pracovníka z jiného města (klient nepotkává pracovníka tak často a má k němu menší důvěru). Jeden pracovník také uvedl, že terénní programy a nízkoprahové programy ve Zlínském kraji jsou více zaměřeny na intervenci, než na samotný HR servis, například oproti velkým městům, kde na intervenci není ani čas ani prostor. Další pracovník uvedl, že se skrytou populací jsou většinou v kontaktu zprostředkovaně přes kamarády a známé klientů, zajišťují jim sekundární výměnu. Uvedl, že se jim také daří kontaktovat i tuto cílovou skupinu, zejména díky dobré pověsti zařízení a respektování anonymity. V zařízení, kde pracovník pracuje, je velmi nízká míra fluktuace zaměstnanců. Pracovník uvádí, že terénní program vede kolega, který s cílovou skupinou pracuje cca 17 let.

6. Vidíte v kraji lokální nedostupnost nějaké služby?

Zde byly odpovědi velice různorodé. Dva pracovníci uvádějí, že by uvítali doléčovací centrum formou ambulance (ve větším městě) nikoliv pobytovou formu doléčovacího centra. Jeden pracovník by uvítal komunitu pro matky s dětmi. Domnívá se, že jedna komunita pro matky s dětmi je v celé České republice málo a Valašsko by bylo vhodným místem. Opačný názor jsem zachytila také a to, že místo komunity by stačila skupina pro matky s dětmi, ovšem zde je na místě otázka využitelnosti. Příležitostně by taková skupina byla potřeba a je po ní také poptávka, ale bylo by to mu tak třeba i za rok? U dalšího pracovníka jsem se setkala také s návrhem skupiny pro matky s dětmi, jakožto podpora v abstinenci je taková skupina nutnou součástí recovery. Jeden pracovník uvádí, že žádná nová vznikající služba není potřeba, klienty odkazují např. do TK do vedlejších regionů či krajů, se kterými dlouhodobě pracují. Jeden pracovník uvedl, že ve Zlínském kraji je výrazná absence psychiatrů. Působí jich zde přibližně 30, ale na adiktologickou klientelu se specializuje pouze jeden z nich. Je to p. MUDr. Konečný, který působí v Psychocentrum ve Zlíně.

7. V ORP Slavičín, Luhačovice a Valašské Klobouky nepůsobí doposud žádný program? Neuvažujete o jeho zavedení?

Ve Valašských Kloboukách již terénní program působí, pracovníci se setkávají s poměrně mladou klientelou. Pro pracovníky je zde obtížné vyhledávat skrytou populaci. Klienti z ORP Slavičín a Luhačovice, nepravidelně dojíždějí do K-center, ale mění si pouze menší množství injekčního materiálu. Nicméně pracovníci terénního programu, registrují zvýšený počet klientů ve Valašském Meziříčí, nyní je v jednání zřízení detašovaného pracoviště pro toto město. Pokud jde o rozvojové záměry pro r. 2018, nějaké věci byly předloženy, ale bohužel však zatím neproběhl proces hodnocení předložených záměrů a nedošlo tedy ani k jejich formálnímu schválení a tedy zařazení do sítě drogových služeb ve Zlínském kraji (zavedení do Střednědobého plánu rozvoje soc. služeb v ZK).

8.3. Souhrnné výsledky

Na tomto místě budou výsledky uvedeny v ucelené formě souhrnu, za obě skupiny respondentů.

Hlavním motive docházení klientů do služeb je bezpochybně výměna injekčního materiálu. Dalším důvodem z řad klientů je hygienický servis a možnost sprchy. V neposlední

řadě to byla možnost potkat své známé, což potvrzuje výpověď od pracovníků, že o poskytovaných službách se klienti nejčastěji dozvěděli od svých „drogových známých“, kteří služby již využívají déle. Pracovníci doplňují, že do kontaktu přicházejí i příbuzní či partneři závislých osob.

Na otázku, zda si klienti chodí pro čisté injekční náčiní i mimo K-centrum, např. po otevíracích hodinách, jsem se dozvěděla, že ano. Jeden klient uvedl, že dokonce velmi často a převážně o víkendech. Naopak pracovníci uvedli, že klienti do lékáren nechodí, a když ano, tak pouze ti, kteří nejsou v kontaktu s nízkoprahovými službami.

Od pracovníků jsem se dozvěděla, že klienti si nejčastěji stěžují na otevírací dobu K-centra. Když jsem se na tuto otázku dotazovala klientů, všichni mi odpověděli, že jsou s otevírací dobou maximálně spokojeni. Pouze jeden klient uvádí, že pobyt na K-centru by se mohl prodloužit o jednu hodinu navíc.

Jednou z odpovědí pracovníka byla také ta, že se jim docela poměrně dobře daří kontaktovat skrytou populaci. A to přes klienty, kteří docházejí do K-centra a poskytují tak skryté populaci sekundární výměnu. Tato výpověď se zcela shoduje s odpovědí jednoho klienta, kdy uvedl, že chodí do K-centra vyměňovat injekční náčiní nejen pro sebe, ale také pro své „drogové známé“.

Na otázku, zda by v kraji uvítali nějakou novou službu, byly odpovědi různorodé. Klienti jsou ve většině s aktuálně nabízenými službami spokojeni a nic jim nechybí. Takto odpovědělo 5 klientů. Jeden klient mluvil o faktu, že kdyby se šel léčit, šel by zcela jistě do jiného kraje České republiky. Další klient by naopak uvítal léčbu ve Zlínském kraji. Poslední klient by rád uvítal detoxifikační jednotku v bližší vzdálenosti a následnou péči formou doléčovacího centra s chráněnými byty. Výpovědi od pracovníků se v této otázce lišily. Dva pracovníci uvádějí, že by uvítali doléčovací centrum formou ambulance (ve větším městě) nikoliv pobytovou formu doléčovacího centra. Jeden pracovník by uvítal komunitu pro matky s dětmi. Opačný názor jsem zachytila také a to, že místo komunity by stačila pouze skupina pro matky s dětmi. Dva pracovníci uvádějí, že žádná nově vznikající služba není potřeba a shodují se tak v odpovědi s klienty. Pracovníci své klienty odkazují do nejbližších měst a zařízení, se kterými již poměrně dlouhou dobu spolupracují.

9. Diskuze

Výzkum byl prováděn kvalitativní a kvantitativní formou. Typ výzkumu byl zvolen zejména proto, že cílem výzkumníka bylo identifikovat a interpretovat potřeby všech respondentů v rámci dané problematiky. A zároveň měl napomoci k získání reprezentativních dat a ujištění, zda je realizace nového programu či služby ve Zlínském kraji vhodná a využitelná.

Data získaná z teoretické části přinášejí souhrn dostupných informací o problematice užívání návykových látek, která je ve společnosti stále velkým problémem. Bohužel s uživateli návykových látek se setkáváme a budeme setkávat i nadále. Proto i ve Zlínském kraji máme 4 nízkoprahová centra, která se zabývají touto cílovou skupinou. I ve Zlínském kraji takové

služby klienti využívají, protože ví, že jsou v takových zařízeních pro ně vhodné podmínky a tolerantní personál, který je ochotný s nimi řešit jejich nepříznivou sociální či zdravotní situaci. Z koncepce protidrogové politiky pro Zlínský kraj na léta 2015-2018 (2015) je zřejmé, že v kontaktu s nízkoprahovými službami ve Zlínském kraji je od roku 2012 stále více klientů. Zvyšující se počet vydaných injekčních jehel ve Zlínském kraji je toho také reálným důkazem. Počet pacientů léčených v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži má také zvyšující tendenci. V roce 2015 bylo v ústavní léčbě závislostí v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži léčeno 886 osob. Cílovou skupinou jsou osoby intoxikované, závislé na alkoholu a jiných drogách. Z 886 osob, které služby nemocnice využili, bylo 629 pacientů hospitalizovaných s alkoholem a 257 pacientů hospitalizovaných s jinými drogami (stimulancia 56 pacientů, opiáty 2 pacienti, THC 1 pacient, kombinovaná závislost 192 pacientů a hypnotika/sedativa 6 pacientů). Služby v oblasti ambulantní léčby za rok 2015 byly realizovány programy Adiktologické ambulance pro léčbu alkoholových a nealkoholových závislostí ve Zlíně pod vedením MUDr. Konečného. Osob, které tuto formu léčby využilo, bylo 364. Další službou v oblasti ambulantní péče je Terapeutické centrum ve Zlínském kraji, kde jsou cílovou skupinou i hazardní hráči, rodiče a příbuzní osob ohrožených návykovými látkami. V roce 2015 terapeutické centrum navštívilo 131 osob. Služby v oblasti následné péče za rok 2015 byly realizovány projekty DC Restart Kroměříž a službami následné péče MOSTY. Cílovou skupinou jsou osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách. Počet osob, které využili služby DC Restart, se výzkumníkovi nepodařilo zjistit. Služby MOSTY v roce 2015 využilo 50 osob (Horyanský et al., 2015). Otázkou tedy je, proč takových zařízení není v kraji více, když poptávka po službách je evidentní.

V diskuzi bude výzkumník dále rozebírat jednotlivá specifika odpovědí mezi skupinami klientů a pracovníků. Rozdíly mezi odpověďmi je možné vidět zejména u chybějících služeb ve Zlínském kraji, u spokojenosti s otevírací dobou K-center a využívání jiných služeb pro výměnu injekčního materiálu.

Průměrný věk klientů ve výzkumu je 33 let. Výroční zprávy jednotlivých K-center Zlínského kraje uvádějí, že průměrný věk jejich klientů je 29 – 31 let. Podle Radimeckého et al. (2010) je charakteristickým klientem muž ve věkovém rozmezí mezi 20 až 29 lety. Rozdíl je minimální a mohl vzniknout na základě odlišných věkových kategorií ve výzkumu a také velmi malým vzorkem uživatelů. Zajímavý je také ukazatel věku v rozdílu jednotlivých K-center. Kontaktní centrum Plus (Kontaktní centrum Plus Kroměříž, 2017) vykazuje nejvyšší věk (30,5 let) uživatelů návykových látek, čímž může být vymezen rozdíl v charakteristice klientely v jednotlivých zařízeních. Pro srovnání krajů, z výroční zprávy KC Sananim v Praze za rok 2015 (Sananim z.ú., 2017) vyplývá, že průměrný věk uživatelů v Praze je 31 let.

Dalším tématem, které je vhodné zmínit je, že všichni klienti hovořili o **nejčastějším užívání** pervitinu. To uvedlo 6 respondentů z 8, což odpovídá i statistikám výročních zpráv jednotlivých K-center. Klientela kontaktních center si nejčastěji aplikuje drogu injekčně (7 respondentů z 8), což také potvrzují statistiky výročních zpráv. I podle Radimeckého et al. (2010) nejčastější klient užívá nitrožilně pervitin. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog za rok 2015 (Mravčík et al., 2015) uvádí, že v České republice je 46,9 tis. problémových uživatelů drog (PUD), z toho 34,2 tis. uživatelů pervitinu a odhadovaný počet injekčních uživatelů drog dosáhl 43,9 tis.

Podle Radimeckého et al. (2010) se zdají uživatelé návykových látek o stávajících službách i jejich nabídce **informování** relativně dobře. Tento jev potvrzuje i výzkum v Praze (Miovská et al., 2003) kdy se klienti domnívají, že o službách mají dostatek informací. Informace nejčastěji získali od kamarádů nebo přátel – uživatelů. Méně informování o drogách se zdají být blízké osoby uživatelů drog, což potvrzují i výsledky výzkumníka. Toto tvrzení mohou potvrdit odpovědi od tří pracovníků, kteří uvedli, že často chodí pro rady rodiče závislých uživatelů či jejich partneři. Můžeme zde zvážit možnost přípravy či realizace informační kampaně pro veřejnost, ve které by existující služby pro uživatele návykových látek byly prezentovány v pozitivním světle. Stejně jako Miovská et al., (2003) navrhuje informace šířit pomocí letáků nebo médií. Podle Radimeckého et al. (2010) také pracovníci služeb narážejí na problémy při snaze zajistit klientům dostupnou zdravotnickou péči např. praktického lékaře, zubaře, gynekologa, psychologa či psychiatra. Z odpovědí od klientů výzkumník usuzuje, že situace ve Zlínském kraji se nepatrně změnila. Čtyři klienti odpověděli na otázku, zda by nepotřebovali v K-centru např. lékaře, odpověděli, že nepotřebují. Jsou samostatní, a když potřebují lékaře, vyhledají si je sami. Výzkumník se domnívá, že klienti se nechtějí radit mezi „feťáky“, nechtějí být stigmatizováni společností a snaží se nevyčleňovat z běžné společnosti malého města, kde se všichni poměrně dobře znají. Tyto kampaně by se přitom mohly zaměřit např. i na lékaře, gynekology či zubaře. Cílem by bylo zvyšování dostupnosti lékařské péče pro klienty ze služeb pro uživatele drog.

Dále výzkumník za pomoci dotazníku mapoval **služby, které klienti** v K-centru nejčastěji využívají. V popředí byla možnost výměny injekčního náčiní. Taktéž z Analýzy potřeb klientů nízkoprahových zařízení (Šťastná, 2010) vyplývá, že klienti využívají kontaktní centrum především z důvodu výměny injekčního náčiní. Současně i autoři výzkumu v Praze (Miovská et al., 2003) uvádějí, že klienty přilákala do nízkoprahových center výměna injekčního náčiní a také hledání pomoci. Odborné služby, které ve Zlínském kraji působí, monitorují nárůst počtu vyměněného injekčního materiálu, což jistým způsobem svědčí o méně rizikovém chování uživatelů drog (Radimecký et al., 2010). Pět klientů využívá po výměně nejčastěji hygienický servis – sprchu. Možnost hygienického servisu v podobě sprchy je poměrně specifická v menších městech. Podle výzkumu v Praze (Šťastná, 2010) klienti považují za velký nedostatek nedostupný hygienický servis. Pracovníci pražských K-center podotýkají, že tyto služby poskytují jiné organizace a že není prvotním cílem nízkoprahových služeb poskytovat tento typ služeb. Hygienický servis v podobě sprchy na sebe klade také vysoké nároky na hygienu. Dle § 35 odst. 1.b. zákona o sociálních službách se výzkumník dozvěděl, že základní činnosti při poskytování sociálních služeb zahrnují také pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu. Z čehož vyplývá, že poskytnutí hygienického servisu je zcela v souladu se zákonem.

Z výsledků také vyplývá, že pracovníci slyšají od klientů časté **stížnosti a nespokojenost** s otevírací dobou K-centra. Z výsledků výzkumníka však vychází jiný názor, a to, že klienti jsou s otevírací dobou maximálně spokojeni. Může to být zapříčiněno malým vzorkem respondentů a zkreslením, že právě všichni zúčastnění klienti ve výzkumu byli s otevírací dobou spokojeni. Klienti ve výzkumu využívali současně jak samotné služby K-centra, tak i terénního programu. Výzkumník si však povšiml, že K-centra mají otevřeno jen

v týdnu a v podstatě jen v době, kdy běžná populace pracuje, nikoliv později odpoledne či o víkendech. Z analýzy Miovské et al., (2003) se výzkumník dozvěděl, že dny výměny jsou důležitým faktorem. Rozhodně by se neměl opomíjet pátek a víkendy, kdy se spotřeba drog zvyšuje, a je tak minimální možnost výměny injekčního náčiní. Nespokojenost z řad klientů Zlínského kraje žádná nebyla, na rozdíl od výzkumu Miovské et al., (2003) kde se klienti okrajově zmínili o aspektu setkávání se většího počtu klientů na jednom místě, a tím dostatku soukromí pro sebe. Významnou roli zde hraje fenomén velkoměsta. Podmínky pro život uživatele návykové látky se zásadním způsobem v Praze liší. Je zde sice široké spektrum nabídky služeb a služby jsou dostupné, existuje však pravděpodobnost, že se někteří klienti do služby vůbec nedostanou. Radimecký et al. (2010) uvádí, že potřeby klientů ve Zlínském kraji jsou pokryty, což se shoduje s mými výsledky.

Dalším tématem je, zda klienti navštěvují i **jiné služby** za účelem výměny injekčního materiálu. Od pracovníků se výzkumník dozvěděl, že ne. Na rozdíl od výzkumu v Praze (Miovská et al., 2003), všichni klienti uvedli, že injekční materiál kupovali a kupují v lékárnách. U jednoho klienta byla odpověď odlišná. Sám dokonce vypověděl, že chodí do lékáren pravidelně o víkendech, a když dochází přes týden měnit náčiní do K-centra, tak nemění pouze sobě. Což v tomto případě poukazuje na skrytou populaci v kraji. Podle analýzy Miovské et al., (2003) je důvodů, proč skrytá populace nevyužívá nízkoprahová centra, hned několik: klienti nechťejí, aby je někdo viděl, nedůvěra ze strany klientů, mají obavy z propojení s policií, klienti si kupují v lékárnách, klienti se nechťejí potkávat s jinými uživateli nebo jim injekční náčiní donese někdo jiný z kamarádů, což potvrzuje výpověď jednoho z respondentů. Podle Šťastné (2010) klienti také nechťejí, aby někdo věděl, že užívají drogy. Výzkumník se zabýval i otázkou **skryté populace** a tím, proč se jí daří/nedaří kontaktovat. Odpovědi byly zcela odlišné. V některých K-centrech pracovníci pracují dlouhodobě, řádově roky, u jiných K-center se často okruh zaměstnanců mění. Když se výzkumník ptal na možnost týdenní stáže, bylo mu řečeno, že by mohl stáž absolvovat, ale pouze dlouhodobou 2-měsíční stáž. A to z důvodu, že klienti prý nemají rádi nové tváře, potažmo i nové pracovníky. Stejnou roli může hrát i obměna zaměstnanců. Klientům může trvat delší dobu, než si na pracovníka zvyknou a po tu dobu třeba více využívají lékárny než terénní programy. Podle Radimeckého et al. (2010) tato skrytá populace klade větší nároky na terénní pracovníky a na navazování kontaktů. Tento výzkum také ukázal, že sklon uživatelů se schovávat je patrný vždy po policejních zátazích. V každém městě Zlínského kraje se setkáme s problémovou skupinou uživatelů pervitinu, kteří si tuto drogu vyrábějí sami.

Dílčím tématem jsou pak **chybějící služby**. Sedm klientů neregistruje v kraji žádnou chybějící službu. Nicméně jeden z klientů, odpověděl, že by v kraji uvítal následnou péči formou doléčovacího centra s chráněnými byty. Výzkumník usuzuje, že to bylo z důvodu, že klient už měl za sebou absolvovanou léčbu v psychiatrické nemocnici v Kroměříži. Výzkumník předpokládá, že klient měl zmapovanou síť dostupných služeb v kraji a byl si vědom toho, jaká služba v kraji schází. U zbývajících klientů tomu tak nebylo. Výzkumník vidí příčinu v tom, že ostatní klienti mohli být ve fázi prekontemplace (Kalina, 2015) ve svém rizikovém chování, kdy nepocítují žádné problémy a jednoduše řečeno se o zbývajících služby nezajímají, protože je aktuálně nepotřebují (Gabrhelíková, in Kalina, 2015). Klienti jsou poměrně samostatní oproti klientům z velkého města, část z nich dokonce pracuje a nemá problém si sama dojet ani na úřad. Z výsledků od pracovníků se výzkumník dozvěděl, že pracovníci by uvítali nějakou formu služby pro matky s dětmi. Klienti však takovou službu nezmiňovali. Důvodem může být fakt,

že ve výzkumu je zařazena pouze jedna klientka (žena). V době výzkumu neměla děti, nebo se o tyto služby nezajímala, protože doposud nemusela a okolnosti to nevyžadovaly. Jeden klient by preferoval doléčovací centrum s chráněnými byty, kdežto pracovníci preferují ambulantní formu doléčovacího centra. Možností, proč tomu tak je, je skutečnost, že pracovníci vidí své klienty jako samostatné a schopné si najít své bezpečné bydlení sami. Mohou tak uvažovat z důvodu, že vědí, že část jejich klientů dochází do zaměstnání či na brigádu, jsou tak soběstační a nevidí potřebu chráněných bytů. Klient může preferovat chráněné byty z důvodu určitého bezpečnějšího bydlení na malém městě. Stejný názor zastává i výzkum Radimeckého et al. (2010), kdy uvádí, že jako smysluplné se zdá zvážit zřízení služby následné péče pro uživatele drog po absolvování léčby v krajském městě Zlín, jež bude poskytovat ambulantní služby doléčování a případně nabízet jeden či dva podporované byty pro své klienty s kapacitou 4 – 8 lůžek.

V rámci **komunitního plánování** ve Zlínském kraji (rozvojový záměr) se připravuje program Na cestě, který spadá pod organizaci sociálních služeb ve Vsetíně – Centrum Archa, a jehož cílem je snaha o zbudování následné péče formou pobytového zařízení. Nyní je projekt ve fázi zjišťování, zda by byl z řad klientů vůbec zájem o pobytovou službu na malém městě. Výzkumník obdržel informaci, že klienti vyhledávají raději větší města, kde se mohou lépe uplatnit na trhu práce a seženou si snáze své vlastní bydlení. I když z hlediska sociálních služeb tato služba na Vsetínsku chybí, je otázka, zda by byla plně využívána, kdyby se zrealizovala. Co se týče záchytné protialkoholní stanice, mluvilo se o „nešťastném umístění v Kroměříži“. Ve Výroční zprávě za rok 2011-2013 (Horyanský, 2012 – 2014) pro Zlínský kraj se mluvilo o centrálním umístění záchytné stanice např. ve Zlíně. Doposud žádný takový projekt realizován nebyl.

Podle Radimeckého et al. (2010) byl také jedním z problémů ve stávající síti služeb nízkoprahových programů aktuální stav Kontaktního a poradenského centra Onyx Zlín, které sídlí v objektu, jehož majitelem je Statutární město Zlín. Budova je ve špatném technickém stavu, město nechce do její opravy investovat, neboť má být v blízké budoucnosti zbourána. V době výzkumu v roce 2016 a 2017 bylo Kontaktní a poradenské centrum Onyx Zlín stále na stejném místě. Výzkumník se domnívá, že z finančních prostředků nebylo doposud možné, aby se K-centrum přestěhovalo.

Podle výsledků Radimeckého et al. (2010) byly vneseny také požadavky na **pokrytí východní oblasti kraje** (Luhačovice, Valašské Klobouky) dalším **kontaktním centrem**. Přitom ze statistických dat vyplývá, že v kraji je stále vysoká poptávka po terénních službách. Z odpovědí od pracovníků vyplývá, že obec Valašské Klobouky již terénní program pokrývá. Zatím jen krátkou dobu, tudíž bude chvíli trvat, než si pracovníci najdou svou stálou klientelu. Zatím se jedná pouze o mladší klientelu a z výzkumu Radimeckého et al. (2010) se výzkumník dozvěděl, že by ve Valašských Kloboukách prospělo zřízení nízkoprahového klubu pro mládež. Klienti z Luhačovic si dojíždějí nepravidelně pro výměnu do nejbližšího K-centra. Výzkumník by spíše přihlížel k zavedení terénního programu do této lokality, než zřízení K-centra, jak bylo v roce 2010 zaznamenáno v rozhovorech o pokrytí východní oblasti kraje.

Kromě odpovědí na výzkumné otázky přinesl výzkum i další zajímavá zjištění, například informace pro provozovatele K-center a jejich pracovníky o tom, jak klienti vnímají jejich přístup a co by si přáli ve službách zlepšit a také, jak se tento názor mění od názoru jich samotných. Dále se otevírá možnost zahájení diskuzí o případném zavedení nové adiktologické služby v kraji.

Klienti ve výzkumu byli s nabízenými službami spokojeni a Zlínský kraj se zdá být službami dobře pokrytý. To poukazuje na to, že zavádění nové služby není v kraji potřeba. Nicméně ze získaných výsledků vyplývá, že část pracovníků i malá část uživatelů by určitý typ služby uvítali. Jedná se tedy o opravdový zájem o tuto službu, nebo mohlo při sběru dat, či jejich interpretaci dojít k jejich zkreslení? Každý výzkumný projekt, včetně tohoto, se potýká s jistými limity a omezeními. Prvním z nich je, že data, získaná z tohoto výzkumu mají kvalitativní povahu, z tohoto důvodu není možné je jednoduše zobecňovat. Výzkumník se snažil omezit případné ovlivnění pravdivosti výpovědí jednotlivých účastníků výzkumu tím, že sběr dat probíhal pro ně v jejich známém prostředí K-centra. Dále se výzkumník snažil o jakoukoliv eliminaci rušivých elementů, což spočívalo v zajištění bezpečného prostoru pro klienty, tak aby dotazování mohlo probíhat bez přítomnosti dalších osob. Některé výpovědi od klientů mohly být zkresleny, protože ve chvíli dotazování mohli být klienti pod vlivem některé z návykových látek nebo nebyli dostatečně soustředěni, nechtěli se hlouběji zamýšlet nad problematikou užívání. Všichni pracovníci, kteří se na výzkumu podíleli, věděli předem, že rozhovor proběhne a mohli se na něj připravit či alespoň o otázkách problémového užívání ve Zlínském kraji přemýšlet. Toto nebylo klientům umožněno. Výzkum by dále mohl být zajímavý pro potřeby protidrogového koordinátora a nízkoprahové služby, jež obě projevíli zájem o seznámení se s výsledky výzkumu. Ve výzkumu je uvedeno, jakou službu by si někteří pracovníci představovali. Z výsledků z tohoto výzkumu je tedy možné začít diskuzi o její případné podobě.

10. Závěr

Ve výzkumu se zjišťovaly informace, které se v kraji zjišťovaly naposledy v roce 2010. Cílem výzkumu bylo zjistit dostupnost, atraktivnost a potřeby cílové skupiny. Dílčím cílem je zjistit, jak se tyto potřeby cílové skupiny od roku 2010 změnily. Dalším cílem bylo vytvořit seznam doporučení a návrhů, jaké služby by klienti ve Zlínském kraji uvítali, tak aby byly jejich potřeby naplněny a opět porovnání se seznamem, který vzešel z výzkumu v roce 2010. Zaměřili jsem se přitom i na charakteristiku místní drogové scény (nejčastější droga, způsob aplikace, frekvence užívání). Teoretická část se zabývala PUD v rámci celé České republiky i Zlínského kraje. Praktická část práce byla realizována za pomoci vlastního dotazníkového šetření s klienty, s pracovníky a zástupcem města byly provedeny semistrukturované rozhovory. Analýza dat byla provedena za využití otevřeného kódování, barvení textu, kategorizování, výčet jednotlivých kategorií a jejich frekvence a vyhodnocena pomocí deskriptivní statistiky. Data byla zpracována za pomoci metody analýzy potřeb. Na začátku výzkumu jsem si kladla výzkumné otázky, na se podařilo odpovědět. Jaká je atraktivnost poskytovaných služeb pro cílovou skupinu? Jaký je hlavní motiv kontaktu se službou? Nízkoprahové služby jsou pro všechny klienty atraktivní, rádi využívají služby výměny, ale také pomoc od pracovníků ve smyslu adiktologického poradenství, psychoterapie a zdravotního ošetření. Hlavním motivem ke kontaktu se službou je výměna injekčního náčiní. Pro každého klienta je příjemné a

atraktivní, když se o něj někdo zajímá, vyslechne je a mluví s nimi. Pracovníci tak přistupují ke klientům s respektem k jejich rozhodnutí, zda dál užívat návykové látky nebo když přemýšlejí o možnosti léčby. Jaká je dostupnost nabízených služeb? Všem klientům se nabízení nízkoprahové služby jeví jako dostupné. Jsou spokojeni s otevírací dobou K-center, které využívají. Jeden z klientů by preferoval delší pobyt v kontaktní místnosti. Z hlediska polohy umístění K-centra byli také všichni klienti spokojeni. Vzhledem k faktu, že během otevírací doby přijde do K-centra většina pravidelných klientů, i výzkumník považuje dostupnost za dostačující. Zda nabízené služby odpovídají potřebám klientů - pokud ne, jak by v takovém případě měly služby vypadat, aby potřebám odpovídaly. Spokojenost se službami byla hodnocena dobře. Co klientům schází, co postrádají co by uvítali, se soustředilo pouze na možnosti: mít na K-centru šatník zejména v zimních měsících, dále možnost dostání polévky a možnost promítání filmů v prostorách K-centra v odpoledních hodinách. Je zapotřebí zavádění nějaké nové služby či programu ve Zlínském kraji? Zavedení nové služby ve Zlínském kraji se jeví jako přijatelné. O jakou podobu či typ služby by se mělo jednat, není však zcela jednoznačné.

Na základě získaných informací je možné začít diskutovat nad zavedením vhodné služby pro uživatele návykových látek. Co se týče podoby služby, respektive typu služby, není závěr zcela jednoznačný. Nicméně i na malém počtu respondentů můžeme pozorovat odlišné názory a postoje vůči otázce analýzy potřeb. Na jedné straně se ukazuje zavedení nové služby jako žádané a atraktivní pro klienty i pro pracovníky. Na straně druhé je jasně odmítavý postoj vůči zavedení jakékoliv nové služby. Znatelná je nedostatečná orientace klientů v oblasti nabízených služeb. Výsledky mohou být přínosem i pro zapracování do krajské koncepce. Do budoucna navrhuje výzkumník, aby byl pracovníky zrealizován dotazník směřovaný na klienty, kteří pravidelně docházejí do K-center na téma spokojenost s otevírací dobou a s poskytovanými službami. Spoluprací s klienty by tak pracovníci mohli vytvořit adekvátní podmínky pro klienty.

V práci byly zachyceny rozhovory s relativně malým počtem respondentů, který není pro populaci uživatelů drog zcela reprezentativní. V práci také nebyl zjišťován názor jiných skupin, jako například občanů dané lokality, kde se nachází K-centrum, kteří by se nepochybně mohli k podobným službám vyjádřit, či by se mohl získat jejich názor na problematiku užívání drog, jak ji oni sami vnímají. Vzhledem k možnostem a rozsahu bakalářské práce se jedná pouze o část úplné analýzy potřeb. Pro získání podrobnějších a přesnějších výsledků by bylo zapotřebí provést rozsáhlejší výzkum a použít i další dostupné metody. Tím, že by výzkumník čerpal z více zdrojů, by byla získána větší validita získaných informací. Výzkumník použil data získaná z odborné literatury, dále data získaná od uživatelů drog, od zástupců adiktologických služeb a od protidrogového koordinátora.

11. Seznam použité literatury

Broža, J. (2003). Poradenství u uživatelů drog (se zvláštním zřetelem na kontaktní a terénní práci). In K. Kalina (Ed.), *Drogy a drogové závislosti 2*. Praha: Úřad vlády ČR.

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.

Český statistický úřad (2017). Nejnovější údaje o kraji: Zlínský kraj. [cit. 2017-03-12]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/xz>

Doleželová, P. (2013). Komparace užívání návykových látek na území České republiky a Spojených států amerických. Brno. Bakalářská práce, Mendelova univerzita v Brně.

EMCDDA, & Institute for Therapy Research. (1998). Study to Obtain Comparable National Estimates of Problem Drug Use Prevalence for all EU Member States. Report No. EMCDDA Project (CT. 97.EP.04). Lisboa/München: EMCDDA.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2006). Annual Report 2005: The state of the drugs problem in Europe. Lisbon: EMCDDA.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2008). Annual Report 2008: The State of the Drugs Problem in Europe. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

Exchange supplies: tools for harm reduction [online]. 2017 [cit. 2017-03-12]. Dostupné z: <http://www.exchangesupplies.org/>

- Ferjenčík, J. (2010). Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši. Praha: Portál.
- Gabrhelíková, P. (2015). Uživatelé návykových látek a trestná činnost související s drogami. In K. Kalina (Ed.), *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Gabrhelík, R., Charvát, M., & Miovský, M. (2005). Kvalitativní analýza potřeb klientů využívajících nízkoprahové služby ve Středočeském Kraji. *Adiktologie*, 5, str. 23-33.
- Gabrhelík, R., Miovský, M. and Mravčík, V. (2008). Lékárny a (injekční) uživatelé drog: Průběžné výsledky dotazníkové studie. Nepublikováno.
- Gabrhelík, R., Miovský, M. (2009). Možnosti a meze současného využití sítí lékáren z hlediska jejich participace na nízkoprahových veřejnozdravotních intervencích v rámci adiktologických služeb. *Adiktologie*, (9)2, str. 74–84.
- Herzog, A, Laurentová, H., Strnad, M., Termer, A. & Přečková, E. (2015). Alternativní aplikace: Slepíčí úlet aneb funky v pražských ulicích. *Dekontaminace*, 2, str. 11.
- Horyanský, P., Kopečná, K. & Nováková, P. (2015). Koncepce protidrogové politiky ve Zlínském kraji na léta 2015 – 2019. Zlín: Rada Zlínského kraje.
- Horyanský, P. (2016). Výroční zpráva za rok 2015: Výroční zpráva o realizace protidrogové politiky Zlínského kraje za rok 2015. Zlín: Rada Zlínského kraje.
- Horyanský, P. (2015). Výroční zpráva za rok 2014: Výroční zpráva o realizace protidrogové politiky Zlínského kraje za rok 2014. Zlín: Rada Zlínského kraje.
- Horyanský, P. (2014). Výroční zpráva za rok 2013: Výroční zpráva o realizace protidrogové politiky Zlínského kraje za rok 2014. Zlín: Rada Zlínského kraje.
- Horyanský, P. (2013). Výroční zpráva za rok 2012: Výroční zpráva o realizace protidrogové politiky Zlínského kraje za rok 2014. Zlín: Rada Zlínského kraje.
- Horyanský, P. (2012). Výroční zpráva za rok 2011: Výroční zpráva o realizace protidrogové politiky Zlínského kraje za rok 2014. Zlín: Rada Zlínského kraje.
- Hrdina, P. (2003). Harm reduction – snižování poškození drogami. In K. Kalina (Ed.), *Drogy a drogové závislosti 1*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Hrdina, P., & Korčíšová, B. (2003). Terénní programy. In K. Kalina (Ed.), *Drogy a drogové závislosti 2*. Praha: Úřad vlády ČR.
- IHRA (2010). Co je "harm reduction"? Stanovisko Mezinárodní asociace pro harm reduction (IHRA). *Adiktologie*, 10., 188-190.
- Janíková, B. (2015). Harm reduction. In K. Kalina (Ed.), *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Kalina, K. (2013). Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii. Praha: Grada Publishing.

Kalina, K., Adameček, D., Broža, J., Čablová, L., Čtrnáctá, Š., et al. (2015). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing

Kalina, K. (2015). Faktory významné pro léčbu, změnu a úzdravu. In K. Kalina (Ed.), *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

Kalina, K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti 1.: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003.

Kalina, K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti 2.: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003.

Kontaktní centrum Plus Kroměříž (2017). [cit. 2017-03-12]. Dostupné z: <http://kontaktni-centrum-plus.webnode.cz/>

Kontaktní centrum v Uherském Hradišti, Sdružení Podané ruce o.s. (2017). Kontaktní centrum v Uherském Hradišti [cit. 2017-03-12]. Dostupné z: <http://www.podaneruce.cz/programy-a-pece/kontaktni-centra/kontaktni-centrum-charac-uherske-hradiste/>

Kontaktní centrum Klíč Vsetín, Agarta o.s. (2017). O nás: naše služby [cit. 2017-03-12]. Dostupné z: <https://www.agarta.cz/onas.html>

Kontaktní centrum Zlín, ONYX o.s. (2017). [cit. 2017-03-12]. Dostupné z: <http://www.os-onyx.cz/>

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

Libra, J. (2015). Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby [online]. 2017 [cit. 2017-03-12]. Dostupné z: https://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/certifikace/Standardy-odborne-zpusobilosti_brezen-2015x_1.pdf (str. 25, 31).

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.

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

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

Miovská, L., Miovský, M., Gabrhelík, R. et Charvát, M. (2005). *Analýza potřeb klientů nízkoprahových zařízení v Praze v roce 2003*. Praha: Úřad vlády ČR.

Mravčík, V., Chromynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Grolmosová, B., Tion, L. et al (2015). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2014*. Praha: Úřad vlády ČR.

Mravčík, V., Chromynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Grolmusová, B., Tion, L. et al (2014). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2013. Praha: Úřad vlády ČR.

Mravčík, V. & Zábranský, T. (2015) Epidemiologie návykových látek („drogová epidemiologie“). In K. Kalina (Ed.), Klinická adiktologie. Praha: Grada Publishing.

Radimecký, J., Počarovský, O., Staníček, J., Adameček, D. a Koreš, J. (2010) Analýza stavu drogové scény Zlínského kraje: Závěrečná zpráva, Praha, Zlínský kraj.

RHODES, T. et al. Injecting equipment sharing among injecting drug users in Togliatti city.. JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes [online]. 35, (3) [cit. 2017-03-12]. Dostupné z: http://journals.lww.com/jaids/Abstract/2004/03010/Injecting_Equipment_Sharing_Among_Injecting_Drug_11.aspx

Sananim z.ú. (2017). Ke stažení: Výroční zpráva za rok 2015 [cit. 2017-04-19]. Dostupné z: <http://www.sananim.cz/ke-stazeni/vyrocní-zpravy.html>

Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (2010). Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 až 2018 Praha: Úřad vlády ČR.

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. & 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.

Šťastná, L. (2010). Analýza potřeb klientů nízkoprahových zařízení v Praze. Olomouc. Disertační práce (Ph.D.). UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI. Filozofická fakulta.

Tovt, Š. (2014). Služby harm reduction v České republice a zahraničí. České Budějovice. Bakalářská práce (Bc.). JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. Zdravotně sociální fakulta.

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

Použitá legislativa:

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

SEZNAM ZKRATEK

cit. citovaného

č. číslo

HR harm reduction

KÚ Krajský Úřad

MěÚ Městský Úřad

MPSV Ministerstvo práce a sociálních věcí

MZ Ministerstvo zdravotnictví

NSD nové syntetické drogy

PUD problémové užívání drog

PUOP problémové užívání opioidů a pervitinu

THC tetrahydrocannabinol

12. Přílohy

Č. 1. Informovaný souhlas

Č. 2. Dotazník pro klienty nízkoprahových zařízení

Č. 3. Otázky pro polostrukturované interview s pracovníky v adiktologických službách

Č. 4. Otázky pro polostrukturované interview s protidrogovým koordinátorem