



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Neochota uživatelů návykových látek využívat služeb
Kontaktního centra na malém městě**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:

REHABILITACE

Autor: Bc. Eva Gruberová

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

České Budějovice 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „Neochota uživatelů návykových látek využívat služeb Kontaktního centra na malém městě“ jsem vypracovala samostatně, pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 2.6.2020

podpis

Poděkování

Velice ráda bych poděkovala doc. PhDr. Bc. Aleně Kajanové, PhD., za odborné vedení této diplomové práce, cenné rady a připomínky.

Neochota uživatelů návykových látek využívat služeb Kontaktního centra na malém městě

Abstrakt

Kontaktní centra na malých městech obecně zaznamenávají rozdíl mezi počtem uživatelů návykových látek, kteří využívají jejich služby, a odhadovaným počtem klientů v návaznosti na velikost lokální drogové scény. Tato diplomová práce si pokládá otázku, jaké jsou důvody, které odrazují lidi užívající návykové látky od využívání služeb Kontaktního centra na malém městě.

V teoretické části práce jsou vymezeny základní pojmy z oblasti závislosti pro uvedení do dané problematiky. Zastavujeme se u základních metod práce s uživateli návykových látek. Podrobněji se pak zabýváme jednotlivými nízkoprahovými programy, které v rámci České republiky fungují a těchto metod práce využívají.

Cílem práce je zmapovat faktory ovlivňující motivaci uživatelů návykových látek k využívání služeb Kontaktního centra na malém městě. Výzkumná část diplomové práce byla zpracována prostřednictvím kvalitativní strategie výzkumu. Ta byla realizována pomocí metody dotazování, konkrétně technikou polostrukturovaného rozhovoru. Analýza dat byla vyhodnocena metodou s prvky zakotvené teorie. Výzkumný soubor tvořilo šest komunikačních partnerů z řad uživatelů návykových látek, kteří buďto nejsou a nikdy nebyli v přímém kontaktu se službou Kontaktního centra, nebo jeho služeb využívají, avšak pouze sporadicky.

Z výzkumu vyplynulo, že faktory při rozhodování, zda uživatel návykových látek služeb Kontaktního centra využije či ne, se liší jedinec od jedince a stejně tak i lokalita od lokality. Tudíž nelze vytvořit jednotnou teorii. Přesto zde existuje jeden společný jmenovatel, tím je nedůvěra, strach a neinformovanost. Toto je však oblast, se kterou pracovníci Kontaktních center mohou pracovat a do jisté míry ji ovlivnit, alespoň tak to vnímají přímo dotázaní respondenti. Na druhé straně zde však existuje i oblast jdoucí mimo pravomoci a možnosti pracovníků Kontaktních center, která tkví ve vnitřním nastavení jednotlivých uživatelů návykových látek. To je fakt, se kterým se bohužel pracovníci musí smířit a přijmout jej.

Výsledky diplomové práce mohou posloužit pracovníkům Kontaktních center na malých městech jako odpověď na otázku, kterou si v těchto zařízeních velice často kladou: „Proč někteří lidé, kteří by mohli, nevyužívají služeb Kontaktních center?“ A v ideálním případě tím také snížit jejich frustraci z toho, že něco dělají špatně, a proto k nim do služby dochází méně uživatelů návykových látek. Tato práce může rovněž motivovat k získávání užitečných podnětů přímo od uživatelů návykových látek, kteří se rozhodli prozatím služeb nevyužívat, a ovlivnit tak nastavení služeb Kontaktního centra v konkrétní lokalitě.

Klíčová slova

Harm Reduction; malé město; návyková látka; nízkoprahové programy; Kontaktní centrum; uživatel drog.

The unwillingness of addictive substances users to use the Contact center services in a small town

Abstract

Contact centers in small towns register the difference in the number of addictive substances users who use the Contact center services, and in the size of the drug scene which occurs in the given locality. People do not want to be seen going to the Contact center. This diploma thesis wants to find out the main reasons which discourage addictive substances users from using the Contact center services in a small town.

In the theoretical part of this work, basic terms concerning the addiction area are defined as an insight into the given issue. It also deals with the basic methods of work with addictive substances users and in more detail it deals with the individual low-threshold programs which function in the Czech Republic and use these methods.

The aim of this work is to map the factors influencing the motivation of addictive substances users to use the Contact center services in a small town. The research part of the diploma thesis was processed by means of qualitative research strategy, which was realized by the method of questioning, concretely by the technique of semi-structured interview. The data analysis was evaluated by a method with elements of grounded theory. The research group was created by six communication partners from the area of addictive substances users, who either are not and never have been in a direct contact with the Contact center service, or who are in the contact but only sporadically.

The results of the research showed, that the factors which are important in deciding whether to use or not use the Contact center services, vary from individual to individual, as well as from location to location, therefore it is not possible to create a unified theory. Nevertheless they still have a lot in common, and that is distrust, fear and the lack of information. However, this is an area that Contact center workers can work with, and to certain extent they can influence the respondents' perception. On the other hand there is an area which is out of the authority and possibilities of the Contact center workers,

which depends on the inner setting of individual users of addictive substances. Unfortunately, this is a fact that the Contact center workers have to accept.

The results of this diploma thesis can be helpful to the Contact center workers in small towns as an answer to a very frequent question in these institutions: „Why do some people who could use the Contact center services, are not doing so.“ And by that perhaps decrease their frustration from doing something wrong, or otherwise, to gain useful impulses directly from addictive substances users who have decided not to use the services, and therefore influence the setting of their services.

Key words

Harm Reduction; small town; addictive substance; low-threshold program; Contact center; drug user.

Obsah

Úvod.....	10
1 Teoretická východiska.....	12
1.1 Vymezení základních pojmů.....	12
1.1.1 Návyková látka.....	12
1.1.2 Syndrom závislosti.....	12
1.1.3 Fáze užívání drog.....	14
1.2 Sociální práce s uživateli návykových látek	15
1.2.1 Harm Reduction a Public Health.....	15
1.2.2 Kontaktní práce.....	18
1.2.3 Motivační rozhovor.....	18
1.3 Nízkoprahové programy pro uživatele návykových látek	19
1.3.1 Terénní program.....	22
1.3.2 Kontaktní centrum.....	23
1.3.3 Indigenní program.....	26
1.3.4 Výdejní automat.....	30
2 Cíl práce, výzkumné otázky	35
3 Metodika.....	36
1.4 Výzkumný design.....	36
1.5 Výzkumný soubor	37
1.6 Analýza dat.....	38
1.7 Etika výzkumu	39
4 Výsledky.....	40
1.1 Představení komunikačních partnerů	40
1.2 Výstupy rozhovorů.....	41
1.3 Otevřené kódování	50

1.8	Axiální kódování.....	52
5	Diskuse	56
6	Závěr.....	66
7	Seznam literatury.....	69

Úvod

Téma diplomové práce jsem si vybrala pro jeho aktuálnost v rámci mého zaměstnání. Pracuji jako kontaktní pracovník v Kontaktním centru na malém městě, kde se právě s tímto jevem setkáváme. Opakovaně se v rámci týmových porad zabýváme tématy jako nedostatek klientů ve službě, především těch mladých, a stárnutím uživatelské komunity navázané na služby. Fakt, že uživatelé nechtějí využívat služeb Kontaktního centra na malém městě, zjišťujeme i na základě rozhovorů s klienty, kteří jsou na služby Kontaktního centra navázáni. Z jejich strany máme informace, že jejich známí z komunity uživatelů drog nechtějí sami osobně služby využít z nejrůznějších důvodů, a proto získávají čistý zdravotní materiál třeba právě skrze tyto klienty, kteří pak v Kontaktním centru získávají zdravotní materiál nejen pro sebe, ale také pro jednu či více dalších osob, nebo jinými možnými způsoby, které pro ně paradoxně, oproti bezplatnému servisu v Kontaktním centru, znamenají finanční náklady, např. nákupem injekčního materiálu v lékárnách. Kontaktní centra na malých městech zaznamenávají rozdíl v počtech uživatelů návykových látek využívajících služeb Kontaktního centra a počtem uživatelů drog v návaznosti na velikost lokální drogové scény.

Předmětem zkoumání této diplomové práce je tedy otázka motivovanosti uživatelů drog/komunity uživatelů drog k využívání služeb Kontaktního centra na malém městě, konkrétně práce cílí na zmapování faktorů ovlivňujících motivaci cílové skupiny uživatelů drog k využívání služeb Kontaktního centra na malém městě. Kapitola prezentující teoretická východiska poskytuje teoretický úvod do problematiky sociální práce s osobami užívajícími návykové látky. V jednotlivých podkapitolách teoretické části práce se postupně zabýváme vymezením základních pojmů z oblasti drogových závislostí, dále se zaměřujeme na jednotlivé přístupy v sociální práci s uživateli návykových látek. Závěrečná podkapitola popisuje systém péče o uživatele návykových látek, konkrétně jednotlivé nízkoprahové programy.

Empirická část práce klade nejprve základní výzkumnou otázku: „Jaké jsou důvody, které odrážejí lidi užívající návykové látky od využívání služeb Kontaktního centra na malém městě?“ Tuto otázku jsme rozčlenili do dílčích podotázek.

V rámci kvalitativní strategie výzkumu využíváme polostrukturované rozhovory s uživateli návykových látek, kteří využívají služeb Kontaktních center na malých

městech pravidelně nebo sporadicky. Mezi dalšími dotazovanými byli i ti uživatelé, kteří služeb Kontaktních center nevyužívají vůbec.

1 Teoretická východiska

1.1 Vymezení základních pojmů

Problematika závislostí se vyskytuje napříč všemi společenskými vrstvami, počínaje těmi, kdo jsou na dolním konci škály společenského uznání, konče extrémně úspěšnými lidmi, jako jsou popové hvězdy nebo příslušníci high society. Oproti jednomu z častých předsudků nezáleží na inteligenci daného jedince (Röhr, 2015). Nejprve vymezíme základní pojmy z oblasti problematiky závislostí a poté se budeme zabývat souvisejícími tématy.

1.1.1 Návyková látka

Zákon č. 40/2009 Sb., trestního zákoníku v § 130 definuje návykovou látku (dále také drogu) jako alkohol, omamné látky, psychotropní látky a ostatní látky způsobilé nepříznivě ovlivnit psychiku člověka nebo jeho ovládací nebo rozpoznávací schopnosti nebo sociální chování. Z čehož vychází i autor Fleischmann (2006), který charakterizuje návykovou látku jako látku, která svou chemickou strukturou způsobuje změny funkce lidského organismu. V širším smyslu jsou to všechny látky, se kterými člověk přichází do styku (léky, legální a ilegální drogy atd.). V užším smyslu jsou to psychoaktivní látky, které ovlivňují chování a vnímání jedince (Fleischmann, 2006).

Nebezpečím dle Fleischmanna (2006) je jak nadměrné užívání legálních drog, tak jakékoli užívání ilegálních a nebezpečných drog, označované jako abúzus drog. S čímž souvisí také nebezpečí drogové závislosti (Fleischmann, 2006).

1.1.2 Syndrom závislosti

Podle aktuálně platné desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů je syndrom závislosti chápán jako *soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládnutí při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, priorita v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav. Syndrom závislosti může být přítomen pro specifickou psychoaktivní substanci*

(např. tabák, alkohol nebo diazepam), pro skupinu látek (např. opioidy) nebo pro širší rozpětí farmakologicky rozličných psychoaktivních substancí (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018).

Mezinárodní klasifikace nemocí dále uvádí, že definitivní diagnóza závislosti by se měla stanovit pouze tehdy, jestliže během posledního roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- silná touha nebo puzení užívat látku,
- potíže v kontrole užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky,
- somatický odvykací stav, jestliže je látka užívána s úmyslem zmenšit jeho příznaky, což je zřejmé z typického odvykacího syndromu pro danou látku, nebo užívání stejné či velice příbuzné látky se záměrem zmenšit nebo odstranit odvykací příznaky,
- průkaz tolerance jako vyžadování vyšších dávek látky, aby se dosáhlo účinků, které byly původně vyvolány nižšími dávkami,
- postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času věnovaného k získání nebo užívání látky, nebo k zotavení se z jejího účinku,
- pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků (Mezinárodní klasifikace..., 2020).

Fleischman (2006) zmiňuje další dělení závislosti, a to podle oblastí, které jsou u jedince zasaženy, na:

a) **psychickou závislost** – na jedné straně je způsobena účinkem drogy, na straně druhé koreluje s osobností jedince (například osobnost nezralá, nevyrovnaná, nedostatečně integrovaná, deprivovaná apod.),

b) **fyzickou závislost** – je způsobena včleněním drogy do látkové výměny organismu uživatele návykové látky. Na nedostatek či absenci hladiny látky v těle reaguje organismus abstinenčními příznaky,

c) **sociální závislost** – uživatelé tvoří více méně specifická společenství, ve kterých jsou členové, zejména na počátku své drogové kariéry, svázáni například společnými cíli a prostředky k dosažení těchto cílů (užívání drogy, kriminální činnost apod.), hodnotami

(droga je na prvním místě), normami, rolemi. Každý člen zde zaujímá specifické postavení a platí zde, že stát se členem takovéto skupiny je jednodušší než skupinu opustit.

1.1.3 Fáze užívání drog

Jak už bylo řečeno, problematiku závislostí v různých fázích a míře užívání návykových látek nalezneme ve všech společenských vrstvách. Cílovou skupinou pro sociální pracovníky působící v oblasti drogových závislostí tedy mohou být klienti užívající jakékoli drogy jakýmkoli způsobem. Podle Kaliny a kol. (2003) se míra závislosti člověka na droze dá vyjádřit podle frekvence, intenzity a následků užívání jedním z následujících pěti stupňů:

1. **Experimentální užívání drogy** – v tomto stadiu je droga užívána občasně a nepravidelně a její užívání nemusí mít žádné následky.
2. **Příležitostné užívání drogy** – tito uživatelé berou drogu pravidelně, ne častěji než jednou týdně, obvykle ve volném čase, užívání drogy je součástí životního stylu, následky užívání se projeví jen bezprostředně po aplikaci, jinak uživatel nemusí mít větší problémy ve své psychické rovnováze a sociálním fungování.
3. **Pravidelné (škodlivé) užívání drogy** – tito uživatelé berou drogu pravidelně (více než jednou týdně), užívání drogy je součástí životního stylu, následky užívání se již projevují jistými škodlivými účinky.
4. **Problémové užívání drogy** – užívání je pravidelné a ovlivňuje soukromý, případně pracovní život člověka, existují už také známky zdravotních problémů souvisejících s aplikací drogy, droga je užívána rizikovým způsobem (např. nitrožilní aplikace).
5. **Závislost na droze** – projevuje se vyšší tolerancí k droze (dávky je třeba zvyšovat k dosažení žádoucího účinku), uživatel po droze trvale touží, této touze se postupně podřizuje celý jeho život, uživatel má zřetelné zdravotní, psychické i sociální problémy způsobené užíváním drogy.

1.2 Sociální práce s uživateli návykových látek

V této podkapitole si přiblížíme, s jakým typem klientů se sociální pracovníci pracující v oblasti drogových služeb mohou setkávat a jaké přístupy se při práci s nimi využívají. Autoři Müllerová, Matoušek a Vondrášková (In Matoušek, 2005) poukazují na to, že cílovou skupinou těchto pracovníků mohou být klienti v jakékoli fázi užívání návykových látek. Klienti spadající do 1. a 2. stupně užívání drog (viz 1.1.3 Fáze užívání) zpravidla nemají potřebu kontaktovat odborníky. Dále uvádějí, že odbornou péči zpravidla vyhledávají klienti, kteří náleží do 3. až 5. stupně užívání drog a jedná se o klienty, kteří užívají drogy škodlivě, problémové uživatele drog a uživatele, kteří jsou na drogách závislí. Sekundárně pracovníci v rámci přímé práce s uživateli drog působí rovněž na sociální okolí svých klientů a osoby uživatelům drog blízké (Müllerová, Matoušek, Vondrášková; In Matoušek, 2005).

Autoři (tamtéž) upřesňují, že řešením drogové problematiky a péče o uživatele drog se zabývá protidrogová politika státu, jejímiž hlavními principy jsou:

- snižování poptávky (léčba a resocializace),
- snižování rizik (Harm Reduction),
- snižování dostupnosti (potlačování nabídky).

Sociální práce s vymezenou cílovou skupinou se uplatňuje ve všech jmenovaných oblastech, kdy stěžejními přístupy při přímé práci s těmito klienty jsou přístup Harm Reduction a Public Health, kontaktní práce a motivační rozhovor. Tyto přístupy budou podrobněji rozvedeny v následujících kapitolách.

1.2.1 Harm Reduction a Public Health

Princip Harm Reduction

Vavrinčíková (In Janebová, 2008) uvádí, že při práci s uživateli a uživatelkami drog je prosazován Harm Reduction přístup, který Chomyová a Grohmannová (2017) popisují jako jednu z hlavních oblastí české protidrogové politiky.

Termín Harm Reduction (dále také jako HR) v překladu znamená „snižování poškození nebo škod“ (Janíková; In Kalina, 2015). Autorka Vavrinčíková (In Janebová, 2008) doplňuje, že tímto pojmem se v zásadě označují politiky a programy, jejichž cílem je

snižovat škody spojené s užíváním drog. Konkrétně jde o snižování škod vzniklých po stránce zdravotní, sociální a ekonomické, na čemž se shoduje Janíková (In Kalina, 2015) z Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti i její zahraniční kolegyně Rhodes a Hendrich (2010) z Evropského monitorovacího střediska pro drogy a závislosti.

Kalina (2003) poukazuje na to, že přístup spočívající v minimalizaci poškození si neklade za cíl abstinenci klienta od drog, i když tuto perspektivu zcela nevyklučuje. Akceptuje, že klient v dané době užívá drogy a nechce či nemůže přestat, a snaží se zachovat klienta při životě a maximálním možným zdravím v bio-psycho-sociálním smyslu. Janíková (In Kalina, 2015) shrnuje, že HR přístupy se snaží pracovat s klienty „tam, kde právě jsou“.

Kanadské centrum (In Hunt, Ashton, Lenton, 2003) věnující se problematice návykových látek definovalo následující principy Harm Reduction:

1. **Pragmatičnost** – HR akceptuje, že látky měnící vědomí jsou běžným prvkem lidské zkušenosti. Drogy s sebou nesou riziko, na druhé straně také uživatelům přinášejí určité pozitivní zážitky. Je třeba brát na zřetel jak pozitiva, tak negativa užívání drog, aby bylo možno porozumět chování uživatelů.
2. **Humanistické hodnoty** – jako fakt je akceptováno rozhodnutí uživatele drogy užívat. Neznamená to však schvalování užívání. Uživatel není odsuzován moralistickými soudy, ale není také podporován v užívání. Jsou respektována práva a důstojnost uživatele.
3. **Zaměření na poškození** – prioritou je snížit negativní dopady užívání přímo u uživatele a jeho okolí, nikoliv snaha snížit užívání drog jako takové. HR nevyklučuje, ale ani neprosazuje abstinenci jako dlouhodobý cíl. V některých případech může být snížení dávek jednou z nejúčinnějších forem HR, jindy může být efektivní změna způsobu užívání.
4. **Zvažování nákladů a přínosů** – je uplatňován proces identifikace, měření a posouzení problémů a poškození spojených s užíváním, jsou prováděna hodnocení nákladů a přínosů intervencí, protože pak je možné zaměřit zdroje na priority.
5. **Zaměření na bezprostřední cíle** – programy mají vytvořeny hierarchie cílů, které jsou vztaženy k jednotlivcům, k cílové skupině a ke komunitě tak, aby reagovaly na

aktuální potřeby. Dosažení bezprostředního a realistického cíle je obvykle prvním krokem k bezpečnému užívání nebo k abstinenci.

Mezi činnosti HR můžeme zařadit:

- **Distribuce Harm-Reduction materiálu**, který Seznam a definice výkonů drogových služeb (kolektiv autorů, 2018) popisuje jako výdej čistého nebo příjem použitého injekčního materiálu. Jehož součástí je i nabídka standardního a jiného Harm Reduction materiálu potřebného k bezpečné aplikaci (např. tampony, dezinfekční materiál, prezervativy atd.). Ruku v ruce jde i poučení o bezpečné likvidaci použitého materiálu a mapování rizikového chování klienta (kolektiv autorů, 2018).

Janíková (In Kalina, 2015) upozorňuje, že výměnné programy nejsou důležité jen kvůli přenosu HIV, ale také například z důvodu rizika přenosu viru hepatitidy typu C (VHC), který se vyskytuje až u 75 % nitrožilních uživatelů drog. Zcela zabránit sdílení injekčního materiálu lze obtížně, avšak programy distribuce Harm Reduction materiálu mohou frekvenci sdílení značně omezit (Janíková; In Kalina, 2015).

- **Poradenství a edukaci v rámci HR**, které zahrnuje rady a návody, jak drogu bezpečně aplikovat a podobné čistě technické informace. Nemělo by se však ztratit poselství, že nejlepší variantou je drogy neužívat vůbec – a že to možné je a lze o tom s pracovníky daných služeb hovořit (Kalina, 2003).
- **Komplexní poradenství**. Pracovník v drogové službě neupozorňuje pouze na zdravotní rizika spojená s injekční aplikací (viz dodatek Janíkové výše), ale také na sociální a ekonomické aspekty (např. možnosti získání sociálních dávek, rizika nesplacení dluhu atd.) (Janíková; In Kalina, 2015).
- **Podávání náhradní drogy** (substituce, např. metadon). Jak uvádí Kalina (2003), tato činnost omezuje u závislých prostituci a trestnou činnost, kterou uživatelé drog nezřídka vykonávají z důvodu získání drogy či finančních prostředků na její nákup.

Princip Public Health

Zájmem přístupu „Public Health“ je především ochrana populace před přenosem závažných infekčních onemocnění (AIDS, hepatitidy B a C). Soustřeďuje se na sdílení jehel při nitrožilním užívání drog a na rizikový pohlavní styk, jimiž se jmenované infekce šíří. Z toho se odvinuly metodické postupy jako výměna jehel, distribuce kondomů, orientační testování na možný výskyt infekčních onemocnění apod. (Kalina, 2003).

Richterová Těmínová (In Kalina, 2008) uvádí, že z přístupu Harm Reduction a Public Health vychází filosofie práce nízkoprahových programů pro uživatele drog, kterým se budu věnovat v dalších podkapitolách.

1.2.2 Kontaktní práce

Seznam a definice výkonů drogových služeb (kolektiv autorů, 2018) definuje kontaktní práci jako způsob vytvoření základního pracovního rámce potřebného pro realizaci konkrétní služby vycházející z aktuálních potřeb klienta, jehož cílem je vytvoření vzájemné důvěry a podmínek potřebných pro poskytování dalších služeb. Součástí kontaktní práce je i získávání údajů o místní drogové scéně a mapování rizikového chování klienta (tamtéž).

Libra (In Kalina, 2003) se ve své práci odkazuje na standardy sociálních služeb MPSV, které kontaktní práci definují obdobně, a to jako komplex nízkoprahově organizovaných služeb, jejichž cílem je vytvářet pracovní vztah s jednotlivcem a sociálními skupinami, které nemohou nebo nechtějí vyhledat standardní institucionální pomoc a u kterých je předpoklad potřeby a účelnosti této pomoci.

1.2.3 Motivační rozhovor

Dle autorů Müllerová, Matoušek a Vondrášková je jedním z univerzálních přístupů sociální práce s uživateli drog motivační rozhovor neboli komunikační strategie vedení rozhovoru cíleně zaměřené na vyvolání změny v závislém chování (In Matoušek, 2005). Dobiášová, Broža (In Kalina, 2008) sdílí stejný názor jako výše jmenovaní autoři v tom, že práce s motivací je u této cílové skupiny základem pro intervence, které vedou

ke změnám v chování, prožívání a myšlení. A dodávají, že tato metoda je vhodná především v situacích, kdy klienti prožívají stav ambivalence a konfliktů v oblasti chování a myšlení (tamtéž).

Soukup (2014) ve své knize uvádí, že motivační rozhovory vycházejí z toho, že skutečná a dlouhodobá změna chování je spojena i se změnou postojů a prožívání a je založená na celkové změně vnitřního nastavení (vnitřní motivaci), nikoli jen na vnějších tlacích (vnější motivaci).

Motivační rozhovory je možné a velice vhodné použít i tam, kde je potřeba facilitovat dobrý pracovní vztah (Miller, Rollnick, 2013). Je tedy možné je využít při úvodních setkáních s klienty, kdy cílem zpravidla bývá navázání spolupráce mezi klientem a službou, kterou pracovník zastupuje, a vytvoření dobrého pracovního vztahu. Motivační rozhovory mohou být klíčové rovněž v rámci následné motivace k udržení kontaktu s klientem (Soukup, 2014).

1.3 Nízkoprahové programy pro uživatele návykových látek

V předchozí podkapitole jsme si shrnuli základní přístupy práce s uživateli návykových látek, proto se zde, v podkapitole závěrečné, budeme věnovat systému nízkoprahových služeb HR v České republice, v jehož rámci jsou výše popsané přístupy práce v praxi hojně využívané. V návaznosti na téma a cíle této práce se budeme věnovat výhradně programům cíleným na injekční uživatele drog.

Nízkoprahové programy jsou velmi důležitou součástí systému péče o uživatele návykových látek (Janíková; In Kalina, 2015), kdy její základ tvoří nízkoprahová kontaktní centra a terénní programy (Chomyová, Grohmannová; 2017). Autorky (tamtéž) popisují počty těchto programů v průběhu let 2016 a 2015. Mluví o cca 100 programech (v roce 2016 bylo např. 57 kontaktních center a 47 terénních programů). V tomto sledovaném období bylo v kontaktu s těmito službami 39,5 tisíc uživatelů drog. Procentuálně se toto číslo dlouhodobě pohybuje na úrovni 75-80 %. Z celkového počtu uživatelů drog. Mravčík (2006) se ve svém textu z roku 2006 zmiňuje o cca 60 % problémových uživatelů návykových látek, kteří jsou v kontaktu s nízkoprahovými programy. Což značí mírný nárůst využívání HR programů cílovou skupinou uživatelů

návykových látek mezi lety 2006 - 2016, oproti poklesu tohoto čísla, který sledujeme v současné době.

Janíková (In Kalina, 2015) uvádí, že nízkoprahové programy pracují se všemi uživateli návykových látek, kteří mají o nabízené služby zájem. Tito tak mohou přijít s různorodými potřebami, což klade na pracovníky těchto programů odpovídající nároky. Pracovníci v nízkoprahových programech proto musí být vybaveni dostatečnými komunikačními schopnostmi a dovednostmi ve specifických intervencích s touto klientelou (např. motivační rozhovor, schopnost navázat první kontakt s uživatelem, edukace k bezpečnějšímu užívání, o těchto dovednostech bylo pojednááno v předchozích kapitolách).

Cílem nízkoprahových programů, a tedy i nízkoprahového přístupu jako takového, je oslovit a vejít do kontaktu s co největším počtem osob. S takto definovaným cílem koresponduje i poznámka Zatřepálka (In Hanková, 2017), že systém léčebné péče pro uživatele drog tyto programy označuje nálepkou „kontaktní“. Tyto typy programů jsou stavěny s minimem bariér, které by mohly bránit uživatelům návykových látek službu využít. Velmi často je právě pracovník nízkoprahové služby vůbec první odborník, se kterým uživatel drog hovoří o své situaci (Janíková; In Kalina, 2015).

Mezi základní nízkoprahové principy využívané v těchto typech zařízení patří:

- **Dostupnost** - klienti se nemusejí předem objednávat,
- **Anonymita** – klienti při kontaktu se službou nemusí sdělovat osobní údaje (Janíková, 2015),
- **Důvěrnost osobních údajů** – pracovníci jsou vázáni mlčenlivostí o všech osobních skutečnostech, které se dozví v průběhu kontaktu s klientem (Kalina, 2003), s výjimkou skutečností podléhajících všeobecné oznamovací povinnosti,
- **Bezplatnost** – služby jsou klientům poskytovány bezplatně (Kontaktní centrum Prevent ČB, © 2008).

Janíková (In Kalina, 2015) vnímá jako hlavní úkol pracovníka při prvním kontaktu s uživatelem předání základních informací o programu (nízkoprahovost programu, navázání důvěry) s cílem nabídnout mu důvod k dalšímu využívání služeb. Tímto způsobem je posléze možné udržet klienta v kontaktu s programem a dále mu nabízet intervence směřující k bezpečnějšímu životnímu stylu. Janíková (tamtéž) zmiňuje, že

nízkoprahové služby jsou také prostředníkem mezi svými klienty dalšími službami v jiných zařízeních (např. substituční programy, rezidenční léčebné programy, lékařská pomoc atd.). Díky nízkoprahovému přístupu zde vzniká možnost nabízet cílové skupině uživatelů drog včasné řešení jejich situace (Janíková; In Kalina, 2015).

Janíková (In Kalina, 2015) se ve své práci rozepisuje o tom, jací klienti využívají nízkoprahové služby. Jsou jimi ti, kteří:

- neakceptují jiný druh služby,
- nechtějí aktuálně přestat s užíváním,
- jsou akutně v krizi,
- hledají pomoc, službu, ale neví, jak do ní vejít nebo kam se obrátit,
- obvykle náleží do kategorie závislých a problémových uživatelů (většinou intravenózní aplikace),
- jsou příbuzní, přátelé uživatelů, náhodní kolemjdoucí, sousedé...

Dle analýzy prováděné v Praze v roce 2003 (Miovská, 2005) je možné definovat stěžejní cíle nízkoprahových programů tímto způsobem:

- kontaktování cílové populace,
- vyhledávání skryté populace,
- motivace této populace k využívání nízkoprahových či léčebných služeb.

Janíková (In Kalina, 2015) ve své práci vyzdvihuje následující cíle nízkoprahových programů:

- zvyšování informovanosti klientů o účincích drog,
- snižování počtu předávkování,
- omezení šíření infekčních onemocnění,
- zvyšování motivace klientů k méně rizikovému chování a ke změně životního stylu směrem k abstinenci.

Mezi základní nízkoprahové služby patří terénní programy a kontaktní centra. Kromě těchto dvou typů služeb jsou v České republice realizovány ještě další specifické, ne tolik rozšířené programy, a to výdejní automaty na injekční a zdravotní materiál a tzv. indigenní program, kterým se budu věnovat podrobněji níže (Janíková; In Kalina, 2015).

1.3.1 Terénní program

Müllerová, Matoušek, Vondrášková (In Matoušek, 2005) uvádějí, že terénní programy jsou realizovány přímo „na ulici“, tedy tam, kde se klienti pohybují. Autoři (tamtéž) upřesňují místa, kde se uživatelé návykových látek nejčastěji setkávají. Těmito místy jsou veřejná prostranství, jako jsou určitá náměstí a ulice, nádraží, kluby apod. (Müllerová, Matoušek, Vondrášková; In Matoušek, 2005).

Janíková (In Kalina, 2015) doplňuje definici Standardů odborné způsobilosti, které terénní programy definují jako služby prvního kontaktu s klientem přímo v terénu, včetně komplexního programu Harm Reduction s cílem ovlivnit motivaci klienta ke změně životního stylu, rizikového chování a k vyhledávání příslušných odborných zařízení. Navíc autorka (tamtéž) popisuje vlastní vnímání terénního programu, a to jako specifické formy sociální služby realizované přímo na ulici, kdy není stanovena časová dotace kontaktu s klientem – ta se odvíjí od klientových potřeb. Tímto potvrzuje pohled na terénní programy autorů Müllerové, Matouška a Vondráškové.

Terénní program je jediná služba v systému péče, která není poskytována v „kamenném“ zařízení, a tak pracovníci mohou pružně reagovat na přesun klientů do jiné lokality (Janíková; In Kalina, 2015).

Služba je klientům nabízena aktivně, tzn. že pracovníci vyhledávají a oslovují potenciální klienty, které nelze kontaktovat jinak. Navázání prvního kontaktu s uživatelem a získání jeho důvěry se stává stěžejním problémem (Janíková; In Kalina, 2015). Müllerová, Matoušek a Vondrášková (In Matoušek et al., 2005) doplňují, že pracovník vstupuje do prostoru, který často příslušníci cílové skupiny vnímají jako „svůj“ a sociálního pracovníka tak mohou považovat za nežádoucího vetřelce. Pracovník v lepším případě podstupuje riziko nepřijetí ze strany klientů, protože by jinak kontaktu s cílovou skupinou nedocílil.

Autoři Müllerová, Matoušek a Vondrášková (In Matoušek, 2005) se nebojí říci, že důvěru uživatelů relativně snadněji získávají pracovníci, kteří mají sami s užíváním návykových látek vlastní zkušenost, ale případnou závislost na nich překonali. Stejně je tomu tak v případě indigenních pracovníků, tedy aktivních uživatelů drog zaměstnaných v rámci nízkoprahových programů, o kterých bude pojednávat jedna z dalších podkapitol.

Tyto dva typy pracovníků vnímají aktuálně závislí jako „domorodce“ a tudíž se jim často dostává pozvání k práci přímo v bytech uživatelů, což se ostatním pracovníkům terénního programu nemusí dařit. Formální kvalifikace pracovníka může hrát v terénních programech menší roli než schopnost komunikovat s uživateli a schopnost vybudovat si pověst důvěryhodné osoby (Müllerová, Matoušek, Vondrášková; In Matoušek, 2005).

Pokud bychom se měli ještě zastavit u cílové skupiny terénního programu, dle Müllerové, Matouška a Vondráškové jde zpravidla (In Matoušek, 2005) o uživatele drog, v jejichž vnitřní bilanci zatím nepřevážily problémy spojené s užíváním drogy nad zisky. Typicky jsou to mladí uživatelé, kteří si drogy aplikují nitrožilně a nemají přístup k jiným službám. Proto bývají označováni jako „skrytá populace“ uživatelů.

Nešpor a Csémy (1996) v této souvislosti doplňují výraz „outreach“, což lze volně přeložit jako „přesahování“ neboli aktivní práce s obtížně kontaktovatelnou částí populace problémových uživatelů návykových látek.

1.3.2 Kontaktní centrum

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách definuje kontaktní centra jako nízkoprahová zařízení poskytující ambulantní, popřípadě terénní služby osobám ohroženým závislostí na návykových látkách. Cílem služby je v tomto případě snižování sociálních a zdravotních rizik spojených se zneužíváním návykových látek.

Nízkoprahová kontaktní centra v rámci strategie snižování rizik nabízejí obdobné služby jako terénní programy (výměnný program, HR poradenství, kontaktní práce atd.), kromě toho také potravinový a hygienický servis (Müllerová, Matoušek, Vondrášková; In Matoušek, 2005). Autoři (tamtéž) píšou o tom, že v kontaktních centrech jsou oproti terénním programům vhodnější podmínky pro cílenější a dlouhodobou práci s klientem. Kontaktní centra mohou klientovi pomoci vybrat pro něj vhodnou léčbu, případně mu nástup do léčby zprostředkovat a mezitím se soustředěně zabývat klientovou motivací k léčbě (Müllerová, Matoušek, Vondrášková; In Matoušek, 2005).

Richterová Těmínová (In Kalina, 2008) doplňuje fakt, že kontaktní centra na menších městech poskytují širší škálu služeb. Jejich nabídka služeb vyplývá buď z potřeb regionu, nebo samotných klientů. Takové kontaktní centrum pak např. provádí navíc terénní práci či poskytuje služby následné péče a doléčování. Dle Větrovce (2009) je to

z pravidla z toho důvodu, že na menších městech nefunguje dostatečně pestrá síť dalších či návazných služeb, do kterých by bylo možné klienta odkázat.

Základní přehled služeb nabízených kontaktními centry shrnuje ve své práci Janíková (In Kalina, 2015):

- **Kontaktní práce** – navázání a prohlubování vztahu s uživateli návykových látek. Libra (In Kalina, 2003) doplňuje, že jde o hlavní aktivitu nízkoprahového zařízení a že bývá realizována v kontaktní místnosti, která svým netradičně řešeným interiérem boří vžité představy o charakteru zdravotnické instituce.
- **Výměnný program** – výměna injekčního náčiní a distribuce dalšího zdravotního materiálu.
- **Základní zdravotní péče** – základní zdravotní ošetření drobných poranění, lehčích forem abscesů atd.
- **Testování na HIV, HVB, HVC** – jsou využívány screeningové testy z kapilární krve.
- **Doplňkové služby** – hygienický servis (sprcha, praní prádla), potravinový servis (polévka, nápoje), vitaminový servis (distribuce vitaminů ke zlepšení fungování imunitního systému) (Janíková; In Kalina, 2015).

Dle Libry (In Kalina, 2003) jsou kontaktními centry zpravila nabízeny ještě následující služby:

- **Základní poradenství** – jedná se o prohloubení navázaného kontaktu s důrazem na změnu rizikového chování klientů (rizika spojená s užíváním drog a jejich minimalizace, informace o možnostech léčby). Richterová Těmínová (In Kalina, 2008) zde zmiňuje termín matching, neboli párování potřeb klienta s vhodným léčebným zařízením (jak z hlediska fáze rozvoje závislosti či sociální situace klienta, tak s ohledem na jeho věk a zájmy či složení personálu dané služby).
- **Strukturované poradenství a motivační trénink** – pomáhá klientům získat motivaci k dalšímu postupu v léčbě.
- **Další krátkodobé intervence** typu krizové intervence, jednorázové nebo krátkodobé práce s rodinou či partnerem klienta.
- **Sociální práce** – pomoc při hledání zaměstnání, ubytování, vyřizování dokladů apod.

Kontaktní centra jsou klientům v daném regionu dostupná místně i časově (Richterová Těmínová, 2008). Tento fakt potvrzuje i Janíková (2015) a doplňuje další specifika těchto služeb o nízkoprahovost, zachování anonymity klienta a skutečnost, že pro využití služby není vyžadována abstinence klienta.

K tomu, že abstinence není podmínkou spolupráce klienta se zařízením, Libra (2003) dodává, že důležitým principem práce v nízkoprahových službách je respekt k volbě klienta. Ať chce klient abstinovat či naopak, vždy je možné mu nabídnout nějakou formu spolupráce. Libra (2003) také uvádí, že zachováním anonymity v průběhu kontaktu s pracovníky dochází u klienta k odbourání stigmatizace z návštěvy odborné instituce, posléze pak k navazování kontaktu a budování důvěry mezi klientem a pracovníky. Autor (tamtéž) upozorňuje na to, že je-li kontakt s klienty neúspěšný, měli bychom hledat chybu primárně ve službách, ne v klientech. Dokud pracovníci nenaváží s klienty individuální specifické kontrakty, nenabídnou svou vlastní osobu a následně „pomoc šitou na míru“, nelze očekávat cíleně podpořené změny v individuálních scénářích a osudech.

Co se cílové skupiny kontaktních center týče, shodují se Těmínová Richterová (In Kalina, 2008) a Libra (In Kalina, 2003) na tom, že ji tvoří uživatelé návykových látek v různé fázi rozvoje závislosti, především problémoví uživatelé tvrdých drog s vysoce rizikovým scénářem (tedy intravenózní uživatelé). Další cílovou skupinou, především pak v centrech na menších městech, jsou osoby blízké uživatelům, kteří potřebují podporu, provázení a pomoc (Richterová Těmínová; In Kalina, 2003).

Janíková (In Kalina, 2015) píše o tom, že v kontaktním centru lze daleko častěji než u terénního programu počítat s klienty, kteří jsou ochotni aktivně vstoupit do pracovního vztahu s poradcem. Už samotným vstupem do dveří kontaktního centra klienti prokazují ochotu přijít za pracovníky a prokazují jistou důvěru, i přestože jejich chování může vyvolávat opačný dojem. Klienti využívají nejprve jednorázových poradenských intervencí, později stále více strukturované a dlouhodobější spolupráce s jasně vymezenými cíli. Při práci s klienty by se pracovníci stále měli řídit pravidlem respektu k možnostem a schopnostem klienta. Tzn. neměli by se nechat klientovou ochotou ke spolupráci zlákat k předčasnému směřování k léčbě a předběhnutí jeho nastavení. Jeho ochota může v některých případech znamenat pouze to, že nám chce udělat radost (Janíková; In Kalina, 2015).

1.3.3 Indigenní program

Činnost indigenního programu je definována prostřednictvím tzv. sekundárního výměnného programu. Ten je dle seznamu a definic výkonů v drogových službách vymezen následovně:

„Program je zaměřený na realizaci výměnného programu prostřednictvím osob užívajících drogy pohybujících se na drogové scéně mimo dosah služeb terénních programů a K-center. Výkon spočívá v činnosti pověřeného pracovníka, který vede strukturovaný program určený referenčním osobám (tzv. indigenní pracovník) z cílové skupiny. Za referenční osobu v tomto případě považujeme uživatele drog s přirozeným vlivem (respektem) ve své sociální skupině, který je schopný pravidelné spolupráce. Pravidelný kontakt s referenční osobou je zaměřený na poskytnutí materiálu a zároveň na získávání potřebného minima informací o skupině klientů využívající výměnný program. Nedílnou součástí je systematické vzdělávání indigenních terénních pracovníků“ (kolektiv autorů, 2018, s. 29).

Hrdina (2002) doplňuje a upřesňuje popis indigenního pracovníka. Krom příslušnosti ke skupině uživatelů drog by měl být schopen sociálně fungovat. Měl by být sociálně stabilizovaný, tzn. že sice drogy užívá, ale buďto v rámci substitučního programu nebo umí drogy užívat kontrolovaným způsobem. Kontrolovaný způsob užívání znamená, že jedinec užívá stabilní dávky drogy, které mu umožňují fungovat ve společnosti. Samozřejmostí je platný občanský průkaz. Co se týče zdravotní stabilizace, je zde myšlena snaha nechovat se rizikově, nešířit infekční onemocnění atd. Indigenní pracovník by měl mít ve své skupině určité postavení, pro tuto pozici jsou vybírání především dlouholetí a ve své skupině respektovaní uživatelé (Hrdina, 2002). Laurentová (In Hanková, 2016) popisuje indigenní pracovníky (v České republice je více používaný pojem „externí terénní pracovníci“) jako klienty, kteří mají zájem pomáhat svým vrstevníkům, pracovat ve prospěch veřejného zdraví a kultivovat drogovou scénu. Indigenní program vychází ze stejného principu jako terénní program, avšak pracovníci jsou z řad jeho klientů.

Hrdina (2002) říká, že aby mohl indigenní pracovník vykonávat svou práci, je třeba, aby byl proškolen v Harm Reduction tématech. Celá indigenní terénní práce by se mívěla účinkem, pokud by indigenní pracovník prováděl pouze výměnný program bez adekvátních informací (Hrdina, 2002).

Na místě je se zde opět zmínit o termínu outreach. Jde o přístup důležitý při poskytování služeb komunitě, kdy služby mohou provádět jak současní, tak bývalí uživatelé drog nebo lidé s úzkými vazbami na sítě uživatelů drog. Outreach-oslovování je způsobem, jak distribuovat preventivní materiály a vybavení (např. kondomy a stříkačky) a usnadňovat přístup ke specializovaným službám (např. testování na infekční onemocnění). Úspěch tkví v náboru a školení jednotlivců z řad uživatelů drog. Pomocí těchto pracovníků získávají programy důvěryhodnost a přístup ke komunitám, které by jinak nemohly dostávat informace z důvodu své uzavřenosti vůči cizím osobám a institucím. Programy peer outreach jsou zvláště účinné v přístupu k obtížně přístupným uživatelům drog (De Regenboog Groep, © 2011).

Tyto skryté uživatele drog lze dle Hrdiny (2002) rozdělit do následujících skupin:

- Uživatelé drog, kteří téměř nevycházejí z bytů, v nichž se vyrábějí drogy.
- Uživatelé drog pohybující se mimo působnost terénních programů (např. v menších obcích, na které regionální terénní programy nedosáhnou).
- Tzv. víkendoví uživatelé drog, kteří se na drogové scéně nacházejí v době, kdy terénní programy nefungují.
- Uzavřené minoritní skupiny užívající drogy jako např. skupina ruskojazyčných uživatelů drog (tj. mobilních uživatelů drog).

Pro terénního sociálního pracovníka jsou některá místa nedostupná kvůli nedostatečné důvěře – např. obyvatelé tzv. vaříčských bytů dovnitř nepustí nikoho, koho sami důvěrně neznají. Jinak se vystavují riziku odhalení a následného trestního stíhání (Hrdina, 2002). Tento fakt týkající se důvěry potvrzují i zahraniční zdroje. Balian a White (2010) uvádějí konkrétně například nedůvěru lidí, kteří nechtějí nebo nemohou přestat s drogami, v sociální pracovníky, kteří jim neustále říkají, že musí přestat. Řešení vnímají v tom, zaměstná-li organizace uživatele drog. Prostřednictvím tohoto kontaktu může organizace zvýšit důvěru u ostatních uživatelů a v jejich širší komunitě (Balian, White, 2010). O tom, že vrstevníci z řad uživatelů drog jsou často mnohem lépe schopni ovlivnit postoje a chování jiných uživatelů než terénní sociální pracovníci, kteří s drogami neměli a nemají zkušenosti, mluví i Herzog (In Hanková, 2016) z Terénního programu SANANIM, kde mají s touto formou práce zkušenosti v rámci tzv. Stabilizačního programu XTP SANANIM. Autor (tamtéž) dodává, že možnost vrstevnický pomáhat může být pro klienta dobrým výchozím bodem pro

změnu ve svém životě. Laurentová (In Hanková, 2016) zase v souvislosti s tímto tématem hovoří o „nizkoprahovém zaměstnávání“ jako vhodném způsobu zaměstnání pro klienty, kteří jsou z různých důvodů vyloučeni z trhu práce.

Zaměstnávání uživatelů drog poskytuje zaměstnavatelům také cenné znalosti o potřebách a postupech jejich cílové populace. Uživatelé drog jsou odborníci v oblasti nelegálních drog a aktuálních trendů jejich užívání. Stejně tak chápou, jak fungují drogové scény (Balian, White, 2010). International HIV/AIDS Alliance (2015) ve své publikaci uvádí, že spolupráce s indigenními pracovníky pomáhá drogovým službám dosáhnout na další uživatele drog, následně se na ně napojit a pochopit, jakým způsobem je možné uspokojit jejich potřeby. S tímto souhlasí i Herzog (In Hanková, 2016) a doplňuje, že využití jejich pracovního a svépomocného potenciálu je všestranně výhodné.

Hrdina (2002) a Škuta (2010) ve svých pracích píšou o činnosti indigenních pracovníků jako o pomoci při šíření principů snižování zdravotních a sociálních rizik plynoucích z užívání drog mezi uživateli. Zároveň pomáhají chránit celou společnost skrze sběr pohozených injekčních stříkaček po nezodpovědných uživateli.

Na všestranné výhodnosti se shoduje i Janíková (In Kalina, 2015), která vnímá indigenního pracovníka jako efektivní doplněk klasického terénního programu. Doplňuje, že indigenní programy se řídí jasnou strukturou a pravidly, jsou považovány za nákladově efektivní, a tudíž je s podivem, že nejsou v ČR více využívány. O možných důvodech jejich nevyužívání pojednávají další odstavce této podkapitoly.

Škuta (2010) se ve své bakalářské práci „Význam drogově závislých na pomezí závislosti a abstinence pro terénní práci“ zabývá zapojením stabilizovaných uživatelů drog do práce na drogové scéně pomocí indigenní terénní práce. Smyslem jeho výzkumu bylo zmapovat situaci na poli indigenní terénní práce se skrytými uživateli drog v České republice. Z výsledků vyplynulo, že více než třetina zařízení poskytujících nizkoprahové služby pro uživatele drog ve formě terénní práce má s konceptem indigenní práce vlastní zkušenost (Škuta, 2010). Například nizkoprahový pracovní program XTP SANANIM takto zapojuje lidi, kteří berou drogy, do služeb již 26 let a patří tak k nejstarším organizacím v ČR, které tento koncept práce využívají (Herzog, 2013). Česká asociace streetwork (2016) ve svém článku upřesňuje, že SANANIM tyto

osoby zaměstnává formou dohody o provedení práce, zapojení uživatelé drog si tedy mohou vydělat menší finanční obnos a současně získat pracovní návyky.

Zbývající část dotázaných zařízení indigenní terénní práci ve svých zařízeních neprovozují či nikdy neprovozovali. Jako nejčastější důvod uvádějí nedostatek financí a nedostatek pracovníků, kteří by se indigennímu programu věnovali (oba důvody souvisejí s nedostatečným financováním drogových služeb). Ve dvanácti případech zazněl jako důvod absence indigenního terénního programu nezájem uživatelů drog vykonávat tuto práci (Škuta, 2010). Důvody, kvůli kterým uživatelé drog nemají zájem vykonávat práci indigenního pracovníka, mohou být různé. Škuta (2010) v rámci svého výzkumu zjistil, že některá zařízení, především ta na malých městech, se domnívají, že tamní drogová scéna není tak rozsáhlá, aby využili indigenní pracovníky. Na druhou stranu zařízení registrují, že v obdobné roli jako je indigenní pracovník často vystupují (ač nepsaně) klienti, kteří do těchto služeb docházejí na sekundární výměnu¹. Na základě odpovědí respondentů také vyplynulo, že na malé drogové scéně, na které se dotyční pohybují, by měl indigenní pracovník problémy s přijetím své role napůl pracovník/napůl uživatel a reakce na tuto jeho novou jeho roli ze strany ostatních uživatelů by mohly být negativní, což si uživatel na malém městě nemůže dovolit (tamtéž).

Některá zařízení na malých městech zdůvodňovala absenci indigenního terénního programu problémem s obhájením „odbornosti“ pracovníků nízkoprahových programů v návaznosti na skutečnost, že těmto službám dlouhá léta trvalo vyvrátit názor veřejnosti, že uživatelům drog pomáhají zase jen uživatelé drog (Škuta, 2010) – dlouhou dobu se totiž tradovalo, že v nízkoprahových službách zaměřených na uživatele návykových látek pracují pouze nebo alespoň převážně bývalí či kontrolovaně užívající uživatelé drog.

Škuta (2010) se ve své práci také zabýval mírou souhlasu respondentů z řad pracovníků terénních programů pro cílovou skupinu problémových uživatelů drog s naplňováním cílů terénní sociální práce s uživateli drog prostřednictvím indigenního terénního

¹ tzn. že se potřebné Harm Reduction informace a zdravotnický materiál dostávají do skryté populace uživatelů drog prostřednictvím klientů nízkoprahových programů, kteří využívají některých služeb těchto programů nejen pro sebe, ale i pro další uživatele drog

programu. Z výsledků je patrné zapojení indigenních terénních pracovníků v následujících oblastech:

- udržení nízkého výskytu HIV a snížení výskytu VHB a VHC,
- předávání zásad bezpečnějšího užívání drog,
- motivování uživatelů drog k výměně použitého injekčního materiálu,
- sběr pohozených injekčních stříkaček a z toho plynoucí snížení rizika poranění dalších uživatelů drog či veřejnosti,
- navazování důvěry a podněcování uživatelů drog ke kontaktu s odbornými službami,
- monitorování drogové scény (Škuta, 2010).

1.3.4 Výdejní automat

Ačkoliv v České republice existuje fungující síť nízkoprahových služeb, mají tyto služby své limity (personální, kapacitní, finanční a omezení z pohledu dostupnosti). Dostupnost programu ovlivňují 4 základní parametry – informovanost o programu, místní dostupnost, časová dostupnost, prahová dostupnost (Janouškovec, Mravčík; In: Zaostřeno na drogy, 2009). Proto jsou v České republice kromě základních nízkoprahových služeb, jako jsou již zmíněné terénní programy a kontaktní centra, realizovány specifické programy – výdejní automaty na injekční a zdravotní materiál (Janíková; In Kalina, 2015). Ty se snaží reagovat především na potřeby uživatelů v oblasti časové a prahové dostupnosti (Janouškovec, Mravčík; In: Zaostřeno na drogy, 2009).

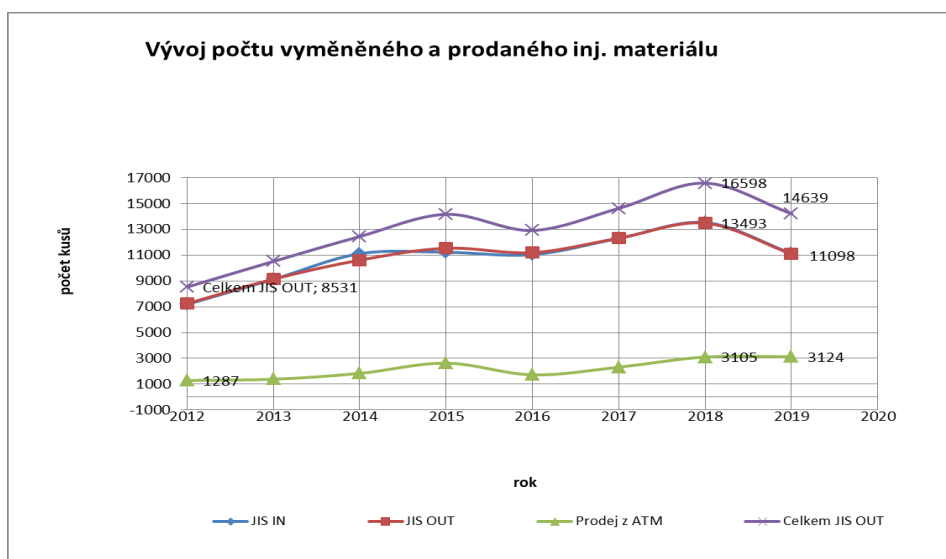
Základní ideou projektu je umožnit injekčním uživatelům drog přístup k čistému injekčnímu materiálu v jakýkoliv den a v jakoukoliv denní dobu, bez návaznosti na otevírací dobu nízkoprahových programů (Janouškovec, Mravčík; In: Zaostřeno na drogy, 2009), a pokračovat v úsilí o omezení šíření HIV a dalších virů přenášených krví mezi injekčními uživateli drog (Harm Reduction Journal, 2007). Výdejní automaty jsou rovněž efektivním nástrojem, jak oslovit rovněž skupiny uživatelů návykových látek, které dosud nejsou v kontaktu s jinými službami (Zaostřeno na drogy, 2009). Mravčík (2004) efektivitu těchto automatů vnímá stejným způsobem, a to tak, že výdejní automaty zvyšují dostupnost sterilního injekčního náčiní v oblastech, kde jsou

instalovány a zároveň zvyšuje dostupnost tohoto materiálu u specifických populací uživatelů drog a v denní dobu, kdy by bylo obtížné tuto dostupnost zajistit jinak.

Podle názoru Vojtěcha Janouškovce, vedoucího Harm Reduction služeb zařízení Progressive o.p.s., tyto automaty plní důležitou funkci, protože kontaktní centra jsou otevřena pouze v určitou dobu. Lékárny, které uživatelé drog občas využívají ke koupi injekčních stříkaček, nejsou povinny uživatelům prodávat injekční materiál a mnohé z nich to navíc odmítají či tento materiál nemají na skladě (Mravčík, 2012). Cílem programu není nahradit klasický HR program, jedná se pouze o prostředek rozšiřující dosavadní HR služby. Kontakt s profesionálem je pro specifickou práci s uživatelem drog nenahraditelný (Islam, Conigrave, 2007).

Z výzkumů vyplývá, že i při dobré aplikaci nízkoprahovosti oslovuje nízkoprahové programy jen 70 – 80 % problémových uživatelů drog (Hrdina; In Kalina, 2003). Tento názor dokresluje i závěrečná zpráva Kontaktního centra Prevent Strakonice za rok 2019, která uvádí, že automat pokrývá cca 28 % distribuce HR materiálu mezi klienty. Zbylých 72 % materiálu je distribuováno v rámci přímého kontaktu Kontaktního centra s klienty výměnného programu. Tato procenta jsou srovnatelná i s rokem předchozím. Pokud bychom zmiňovali konkrétní čísla, bylo prostřednictvím automatu v roce 2018 distribuováno 3105 ks jednorázových injekčních stříkaček, v roce 2019 pak 3124 ks, což je možné pozorovat také na obrázku č. 1 (Závěrečná zpráva 2019 – KC ST, © 2020).

Obrázek č. 1: Vývoj počtu vyměněného a prodaného injekčního materiálu



Zdroj: Závěrečná zpráva Kontaktního centra Prevent Strakonice 2019

První automaty v ČR instalovalo o.p.s. Progressive na území městské části Praha 5 v roce 2008 v rámci projektu NONSTOP 24. Tyto první automaty ale byly po šesti měsících fungování odinstalovány pod záminkou pozdějšího přemístění do vhodnější lokality po zhodnocení dopadů celého projektu pro MČ Praha 5 a již se zpět na svá místa nevrátily. Automat po určitou dobu fungoval rovněž v Kolíně pod záštitou Prostor plus o.p.s. V současné době funguje v ČR pouze jeden automat, a to právě pod již zmiňovaný Kontaktním centrem ve Strakonících (Janíková; In Kalina, 2015).

V těchto automatech je možné za určitý finanční obnos zakoupit set s různým obsahem Harm Reduction materiálu, kdy součástí každého balíčku je také návod a upozornění pro spotřebitele. Na automatech jsou vylepeny informace týkající se bezpečné likvidace injekčního materiálu a také důležité kontakty (např. terénní programy, tísňové linky). U automatu může být umístěn bezpečnostní kontejner na odhoz použitých injekčních stříkaček. Tento materiál je pak odborně likvidován (Zaostřeno na drogy, 2009).

Primární cílovou skupinou projektu tvoří obtížně kontaktovatelní (hard-to-reach) a vysoce riziková (high-risk) uživatelé (Janouškovec, Mravčík; In: Zaostřeno na drogy, 2009).

Obtížně kontaktovatelní uživatelé

Brackertz (2007) říká, že v obecné rovině se jedná o jedince a skupiny žijící na okraji společnosti a tvoří tzv. skrytou, obtížně kontaktovatelnou populaci (např. etnické menšiny, lidé bez domova, uživatelé drog).

V užším pojetí jde o takové klienty, kteří jsou v rámci klasické cílové skupiny (injekční uživatelé drog) těžko kontaktovatelní, a to z mnoha důvodů. Některé skupiny injekčních uživatelů o kontakt s klasickým HR programem nestojí především z důvodu možné identifikace se skupinou uživatelů drog, velké nedůvěry k okolí a strachu. Do této skupiny patří: imigranti či etnické minority, ženy nebo velmi mladí uživatelé (Islam, Conigrave, 2007). Tuto skutečnost potvrzuje i studie z Berlína, která ukázala, že lidé využívající výdejní automat ve větší míře patřili mezi začínající uživatele drog, měli často legální příjem a řada z nich nechtěla kontaktovat klasické nízkoprahové programy (Janouškovec, Mravčík; In: Zaostřeno na drogy, 2009).

Studie prováděné v Marseille ve Francii podporují již zmíněné teorie o využívání výdejních automatů mladými uživateli drog. Autoři zde vysvětlili, že uživatelé na počátku své injekční kariéry získávají raději injekční materiál anonymně z výdejních automatů. Důvodem může být to, že se ještě nepovažují za drogově závislé, a proto nejsou ochotni vyhledat pracovníky nízkoprahových programů, zároveň však Harm Reduction materiál ke svému užívání drog potřebují a automat je jednou z dostupných a relativně bezpečných příležitostí, jak si tento materiál opatřit (Harm Reduction Journal, 2007).

Specifickou skupinou jsou pak uživatelé s vyšším sociálním statutem, kteří mohou vnímat kontakt s klasickým HR programem jako „krok dolů“ (Janouškovec, Mravčík; In: Zaostrěno na drogy, 2009).

Vysoce rizikovní uživatelé

Za vysoce rizikové skupiny se považují takoví uživatelé, kteří svou specifikací představují zvýšené riziko z pohledu možného šíření nákazy infekčních nemocí (především HIV/AIDS a hepatitidy). Jsou to například osoby pocházející ze zemí, kde je mezi uživateli drog vysoká prevalence infekčních onemocnění, osoby se značně rizikovým způsobem života apod. (Islam, Conigrave, 2007).

Jako sekundární cílovou skupinu uvádí Janouškovec (2008) osoby, které potřebují kondom a nemohou si jej zakoupit z důvodů zavřených obchodů nebo proto, že se stydí (mladí lidé).

Janouškovec (2008) ve své bakalářské práci zmiňuje výhody a možná rizika výdejních automatů.

Výhody výdejních automatů:

- Zvýšení dostupnosti HR materiálu (automaty fungují 24 hodin denně po celý rok).
- Oslovení skrytých a rizikových skupin injekčních uživatelů drog viz výše.
- Informace vylepené na automatu (např. o likvidaci použitého injekčního náčiní).
- Vysoká anonymita programu.

Možná rizika výdejních automatů:

- Zvýšení prevalence užívání drog.
Studie zkoumající vliv zavedení výměnných programů na úroveň užívání drog tuto obavu nepotvrdily (Hunt, 2003). U výdejních automatů je však tato obava podpořena tím, že zdravotnický materiál včetně injekčních stříkaček je dostupný všem bez kontroly, kterou v případě přímého kontaktu představuje pracovník HR služby.
- Absence kontaktu s odborníkem, tzn. absenci přímého poskytnutí informací, poradenského rozhovoru.
Existuje zde hypotetické riziko, že výdejní automat způsobí ztrátu dosavadního kontaktu uživatele drog s pracovníky klasického výměnného programu.
- Negativní ohlas veřejnosti.
Výdejní automat může být vnímán jako podpora užívání drog, což se také projevilo v postoji veřejnosti a úřadů k pilotnímu projektu NON STOP 24 v Praze (Janouškovec, 2008).

Zrekapitulujeme-li fakt, že v České republice je funkční síť sociálních služeb, existuje jisté procento problémových uživatelů drog, konkrétně 20-30 %, kteří nejsou v kontaktu s žádným ze základních nízkoprahových programů. Z doložených výzkumů a statistik je patrná jistá míra využívání a preference dalších možností ze strany této části populace, které nízkoprahové programy přinášejí - ať už je to výdejní automat nebo služby indigenních pracovníků. V souvislosti s tímto se nám jako zásadní otázka jeví, jaké jsou důvody, které odrazují uživatele drog od využívání služeb Kontaktního centra na malém městě?

2 Cíl práce, výzkumné otázky

Cílem výzkumu je zmapovat faktory ovlivňující motivaci uživatelů návykových látek k využívání služeb Kontaktního centra na malém městě. V úvodu teoretické části práce jsme si proto zformulovali základní výzkumnou otázku tohoto výzkumu následovně:

Jaké jsou důvody, které odrážejí lidi užívající návykové látky od využívání služeb Kontaktního centra na malém městě?

Základní výzkumnou otázku kvalitativního výzkumu dále členíme do následujících dílčích otázek:

- **Jak vnímá komunita uživatelů drog Kontaktní centra?**
- **V čem konkrétně vnímá užitečnost/neužitečnost Kontaktních center pro ně samotné?**
- **Vnímá bariéry ve využívání služeb Kontaktních center?**
- **Je něco, co by Kontaktní centra mohla dělat jinak?**

3 Metodika

1.4 Výzkumný design

Jako vhodnou metodu pro náš výzkum jsme zvolili kvalitativní výzkum z důvodu toho, že daná problematika dle relevantních zdrojů není zcela prozkoumána. Nenalezli jsme příliš mnoho odborného materiálu týkajícího se tohoto tématu. Rovněž pro pracovníky Kontaktních center na malých městech je tento fenomén dosud nezodpovězeným tématem. Kvalitativní přístup volíme tedy proto, že je využitelný vždy, když chceme porozumět podstatě jevů, o nichž mnoho nevíme, případně chceme-li k již známým jevům získat nové a neotřelé názory (Švaříček, Šed'ová, 2007). Reichel (2009) doplňuje, že kvalitativní výzkum se snaží objasňovat sociální problém a interpretuje sociální realitu. Při zkoumání sociální reality stojí vědec v samém centru dění a je ovlivňován mnoha vnějšími faktory (Ochrana, 2019). Jedinečnost kvalitativního výzkumu není dána pouze tím, že nepracuje s měřitelnými charakteristikami. Snaží se navíc určitý fenomén nahlížet v jeho opravdovém prostředí a vytvářet tak komplexní obraz daného fenoménu, včetně jeho souvislostí s dalšími aspekty (Hendl, 2016).

Právě to je předmětem výzkumu této diplomové práce. Chceme zmapovat všeobecně známý fenomén neochoty uživatelů návykových látek využívat služeb Kontaktního centra, a to přímo skrze uživatele návykových látek. Chceme popsat jednotlivé faktory, které ovlivňují motivaci uživatelů návykových látek k využívání služeb. Důvody, které odrážejí lidi užívající návykové látky od využívání služeb Kontaktního centra na malém městě. Zajímá nás, jak komunita uživatelů drog vnímá samotná Kontaktní centra, v čem mohou vnímat jejich užitečnost či neužitečnost pro ně samotné. V neposlední řadě nás zajímají též podněty ze strany této komunity, jak dělat jako služba něco jinak.

Technikou sběru dat byl zvolen polostrukturovaný rozhovor. Ten se vyznačuje předem připraveným souborem otázek/témat, který bude jeho předmětem, aniž by bylo striktně stanoveno jejich pořadí. Otázky může tazatel v průběhu rozhovoru různě modifikovat (Reichl, 2009). Je však nezbytné rozhovorem zodpovědět veškeré původní formulace (Wildemunth, Zhang, 2009).

Potřebná data v rámci kvalitativního výzkumu byla sbírána v průběhu února – dubna 2020. Kontakty s respondenty byly předem domluvené. Část rozhovorů byla uskutečněna v prostorách Kontaktních center. Se zbylými respondenty se nepodařilo uskutečnit osobní setkání, vzhledem k jejich potřebě zůstat anonymní. Navrhli však

variantu telefonického rozhovoru, s čímž jsme se spokojili. Délka rozhovorů se odvíjela od výřečnosti respondentů. Rozhovory trvaly zhruba 20 – 60 minut.

Rozhovory byly se souhlasem respondentů nahrávány prostřednictvím diktafonu a doplněny písemnými poznámkami. Zaznamenané rozhovory jsme následně přepsali do písemné podoby pomocí doslovné transkripce. Kajanová, Dvořáčková a Stránský (2017) popisují doslovnou transkripci jako kompletní přepis rozhovoru, včetně všech vulgarismů a nespisovných výrazů. Záznam musí být autentický, proto je vhodné zaznamenávat i další zvukové projevy, jako například smích (Kajanová, Dvořáčková, Stránský; 2017).

1.5 Výzkumný soubor

Vzhledem ke zvolenému tématu práce výzkumný vzorek tvoří především injekční uživatelé drog, jelikož právě na tyto osoby jsou služby Kontaktního centra cíleny. Jak už bylo řečeno v teoretické části, výměnný injekční program je primární službou Kontaktního centra. Během výzkumu se nám ale podařilo oslovit také člověka, který drogu užívá pouze šňupáním. Vzhledem k rizikovému a závislostnímu způsobu života tohoto respondenta a jeho pohybu mezi injekčními uživateli jsme se rozhodli ho ve výzkumném souboru zanechat. Výzkum byl v návaznosti na téma této práce cílen na uživatele drog, kteří žijí na malých městech, ve kterých přímo působí Kontaktní centrum nebo žijí v přilehlých obcích, ve kterých tato služba není, musí za ní tedy do malého města dojíždět. Za malé město považujeme takové, ve kterém žije do 25 tisíc obyvatel.

Výběr výzkumného souboru byl vytvořen pomocí kombinace dvou způsobů výběru. Jako první jsme zvolili výběr účelový. Jeho definice je dle autorů Kajanové, Dvořáčkové a Stránského (2017) dána osobou výzkumníka, který má jasnou představu toho, které jevy a u jaké zájmové skupiny chce pozorovat. Na základě tohoto výběru se vytvořila první skupina respondentů. Tu tvořili klienti vybraných Kontaktních center na malých městech, kteří jsou se službou v dlouhodobém, avšak pouze sporadickém kontaktu, i přesto že jsou denními uživateli návykových látek. Tito klienti byli osloveni buďto přímo při osobním kontaktu během využití služeb Kontaktního centra nebo prostřednictvím facebookového profilu, kterým Kontaktní centra disponují. Poté, co klienti souhlasili s rozhovorem, s nimi byl domluven konkrétní den, hodina a místo rozhovoru. Druhou zvolenou technikou byla technika „sněhové koule“ (snowball

sampling). Autoři (tamtéž) ji popisují jako získávání kontaktů na další a další respondenty od respondentů, kteří stáli na samém počátku výzkumu (dotazování). Reichel (2009) tyto teorie doplňuje o tvrzení, že nějaké době takového dotazování se některé typy začínají opakovat a nové nepřibývají. To je moment, kdy je možné výběr ukončit, jelikož jej lze považovat za reprezentativní. Díky této technice vznikla druhá skupinu respondentů, tvořená uživateli návykových látek, kteří nevyužívají služeb Kontaktního centra vůbec nebo pouze zprostředkovaně.

Výzkumný soubor tvořilo celkem 6 respondentů, z toho 2 klienti Kontaktních center a 1 klient terénního programu a 3 uživatelé návykových látek, kteří nejsou v kontaktu s žádnou z nízkoprahových adiktologických služeb.

Základní informace o respondentech popisujeme v kapitole věnované výsledkům výzkumu, konkrétně v části „*popis komunikačních partnerů*“.

1.6 Analýza dat

Pro rozbor námi získaných dat jsme zvolili zakotvenou teorii, jejímž cílem je dle Reichla (2009) a Hendla (2016) hledání nové specifické teorie funkční pro zkoumaný problém. Nezbytností je pro výzkumníka vstup do „terénu“ a sběr dat (Hendl, 2016), což jsme provedli prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů, jak již bylo zmíněno výše. Sběr dat probíhal do doby, kdy už rozhovory nepřinášely nové informace, což je dle Reichla (2009) označováno termínem teoretická saturace. Získané a následně přepsané rozhovory byly zpracovány prostřednictvím dvojího kódování. Reichel (2009) v první fázi mluví o otevřeném kódování, které odhaluje určitá témata, jež se následně třídí do jednotlivých kategorií. Na úplném počátku jsme vytřídili data pro výzkum podstatná od těch pro náš výzkum nedůležitých. Protože jak píše autoři Kajanová, Dvořáčková a Stránský (2017), může se v rozhovorech objevovat nadbytečné množství textu, které je pro daný výzkum nevyužitelné, což se stává tam, kde respondent odbočil od tématu a nebyl tazatelem korigován. Jednotlivé rozhovory jsme si proto vytiskli a vytvořené kódy jsme vpisovali přímo do textu. Poté jsme si vytvořili seznam – přehled těchto kódů v programu Microsoft Word, které jsme znovu prošli a některé sloučili z důvodu stejného významu. Po této redukci jsme kódy zařadili do kategorií dle jejich významu. Ve druhé fázi proběhlo axiální kódování, jehož cílem je hledání interakcí, které odhalují vztahy mezi vytvořenými kategoriemi a případně je vzájemně propojují

(Reichel, 2009). Získaná data a výsledky jsme pro lepší přehlednost zpracovali do tabulek a diagramu.

1.7 Etika výzkumu

Zachování etiky je ve společenskovedním výzkumu klíčové. Existuje řada pravidel, která toto usnadňují (Hendl, 2016). Miovský (2006) tato jednotlivá pravidla, jichž by se výzkumník v rámci zachování etiky výzkumu měl držet, popisuje následovně: respekt k soukromí účastníků, informovaný souhlas, zachování anonymity, zajištění emočního a psychického bezpečí a zpřístupnění výsledků výzkumu účastníkům výzkumu.

V rámci dodržení jednotlivých pravidel jsme postupovali následovně. Respondenty jsme v úvodu každého rozhovoru seznámili s tématem a cílem výzkumu. Rovněž byli ubezpečeni, že výzkum je zcela anonymní a získaná data poslouží pouze pro výzkumné účely a jejich následné zpracování jako podněty k přemýšlení o práci a nastavení služeb jednotlivých Kontaktních center situovaných na malých městech. Poté byli respondenti požádáni o souhlas s audionahrávkou rozhovoru a využitím získaných dat pro výzkumné účely. S tímto žádný z dotazovaných neměl problém. Dotazovaní dostali také informaci o tom, že mohou rozhovor kdykoli ukončit nebo na některou z otázek neodpovídat, což se ale nestalo. Po ukončení rozhovoru byli informováni, že budou-li mít zájem o výstupy z provedeného výzkumu, budou k dispozici k nahlédnutí v příslušných Kontaktních centrech nebo je lze zaslat prostřednictvím emailu, Facebooku či jinak dle jejich preferencí.

Při zpracovávání dat jsme anonymizovali veškeré údaje, které by umožňovaly čtenáři identifikovat účastníky výzkumu. To znamená, že jsme neuvedli jména měst, ve kterých se výzkum konal. Díky faktu, že šlo o Kontaktní centra na malých městech, kde zpravidla působí vždy jen jedno takové zařízení, nebyly jmenovány ani názvy těchto zařízení. Jednotliví respondenti byli anonymizováni a v textu o nich bylo pojednáváno jednotně v mužském rodě.

4 Výsledky

V této kapitole jsou shrnuty výsledky výzkumu. Nejprve se věnujeme představení komunikačních partnerů, kteří souhlasili s rozhovorem pro účely této diplomové práce. Poté představujeme výstupy z jednotlivých rozhovorů. V neposlední řadě uvádíme také rozbor těchto rozhovorů prostřednictvím využití metody zakotvené teorie a využíváme při tom otevřeného a axiálního kódování.

1.1 Představení komunikačních partnerů

V úvodu všech rozhovorů byly nejprve zjišťovány obecné informace o respondentech, konkrétně věk, užívaná návyková látka a způsob jejího užití. V případě, že dotyčný užíval drogu injekčně, tak i délka tohoto způsobu užívání. Jednou z těchto obecných otázek byla i ta, jestli někdy v životě využil služeb Kontaktního centra.

Všichni zde jmenovaní žijí na malých městech, ve kterých přímo působí Kontaktní centrum nebo žijí v přilehlých obcích, ve kterých tato služba není.

Respondent č. 1

26 let, uživatel pervitinu, který užívá už celých 5 let. Od začátku ho užíval šňupáním, až posledního půl roku přešel na injekční aplikaci. Kontaktní centrum ani jinou nízkoprahovou službu nikdy nevyužil.

Respondent č. 2

48 let. V současné době užívá primárně pervitin. Skladba užívaných látek se u něj během let měnila. Uživatelská kariéra trvá už celých 14 let. Od samého počátku užívá intravenózně. Kontaktní centrum nebo služby streetworku využívá již od počátku své uživatelské kariéry, nyní již však jen sporadicky.

Respondent č. 3

22 let. Je to uživatel pervitinu. Užívá 3 roky, z toho 1,5 roku nitrožilně. Služeb streetworku využil prvně teprve nedávno, a to kvůli potřebě testování na infekční onemocnění. Do té doby žádné nízkoprahové adiktologické služby nevyužil, avšak po vlastní zkušenosti s pracovníky streetworku s nimi začal být v pravidelném kontaktu. Kontaktní centrum nikdy nevyužil.

Respondent č. 4

35 let. Uživatel pervitinu, který užíval injekčně 15 let. V průběhu uživatelských let pravidelně využíval jak Kontaktní centrum, tak streetwork. Poslední rok plně abstinuje, tudíž služby nepotřebuje.

Respondent č. 5

21 let. Primárně užívá pervitin. Délku užívání uvádí 2,5 roku, z čehož 1,5 roku injekčně. Služeb Kontaktního centra využil pouze jednorázově.

Respondent č. 6

37 let. Také užívá celou řadu návykových látek, mezi kterými vypíchl především alkohol a poslední 2 roky pervitin. Pervitin užívá pouze a jen šňupáním. Kontaktní centrum nikdy nevyužil.

1.2 Výstupy rozhovorů

Nejprve jsme se respondentů doptávali, **kde si opatřují injekční stříkačky**. V případě těch, kteří drogu neužívají injekčně, nás zajímal názor, jakou variantu by volili oni v případě, že by potřebovali čistou injekční stříkačku. V tabulce č. 1 můžeme vidět nejčastější způsoby, jakými respondenti získávají nebo by získávali injekční materiál. Z námi oslovených uživatelů drog pouze respondent č. 2 a 4 neměli problém přijít do Kontaktního centra pro čisté injekční stříkačky.

Tabulka č. 1: Zisk injekčních stříkaček

Zisk injekčních stříkaček
<ul style="list-style-type: none">• Kontaktní centrum (KC)• Streetwork• Prostřednictvím osoby využívající KC nebo streetwork• Automat na stříkačky• Lékárna• Internet• Zaměstnání

Zdroj: Vlastní výzkum

V návaznosti na tuto otázku jsme se proto ptali po **důvodech preferencí jednotlivých variant**. Respondenti, kteří využívají jiných variant než je Kontaktní centrum, odpovídali porůznu. Respondent č. 3 do první zkušenosti se streetworkem preferoval nákup stříkaček v lékárně: „*Prostě mi doted’ přišla nejbezpečnější lékárna.*“ Respondent č. 5 získává stříkačky v zásadě zprostředkovaně skrze jiné uživatele a komentuje to slovy: „*Nemám s tím žádnou starost a nemusím se setkávat s cizíma lidma.*“ Obdobný názor na zisk stříkaček ač skrze jinou formu (přes internet) sdílí i respondent č. 6, který říká: „*Donesou mi to až domů. Nemusím nikam chodit. Objednám přesně to, co potřebuju.*“ Respondenti č. 2 a 4, kteří v minulosti využívali výměnný program v Kontaktním centru pravidelně, vzpomínali na své uživatelské začátky a oba o sobě mluvili jako o lidech „s kuráží a vyřídilkou“. Tudíž se nebáli využívat těchto služeb, ba naopak čerpali vše, co šlo. Co ale dle respondenta č. 2 ještě napomohlo od určitého strachu či obav, byly zejména dvě věci. Jednak známé tváře pracovníků: „*Když ty lidi znám, tak je to pro mě jednodušší za nima jít, protože vim, co od nich můžu čekat*“ a dále také fakt, že ve svých počátcích byl uživatel opiátů, který si potřebuje danou látku aplikovat primárně proto, aby mohl fungovat: „*Tam to ani neřešíš, jestli se bojíš nebo nebojíš. Perníkáři to mají hozený zase trošku jinak...*“

Pak jsme se, s vidinou zcela nových odpovědí, ještě zkusili doptat, **v čem jsou pro dotyčného nevyhovující zbylé varianty získávání injekčních stříkaček**, které nejmenoval v předchozí otázce, nevyplnulo-li tak již z jeho předchozích odpovědí.

Respondenti, kteří služeb Kontaktního centra nevyužívají, se ve všech případech vyjadřovali k tomu, proč nezískávají stříkačky v Kontaktním centru. Respondenti č. 5 a 6 byli stejného názoru a pouze potvrdili odpovědi z předchozí otázky, že odmítají kontakt s cizí osobou. Jak řekl například respondent č. 6: „*Nechci se bavit s lidmi*“. Jiný názor zastával respondent č. 3, který odpověděl: „*V káčko nemám důvěru. Největší obavy mám z toho, že ztratím anonymitu. Myslím tím, že mě někdo potká nebo uvidí, z rodiny, nebo ze známých, jak jdu na Káčko.*“ Respondent č. 1 jiné možnosti získávání stříkaček do budoucna nevyklučuje a prozatím to pro něj není větší téma: „*Na ostatních možnostech mi nevádí nic, jen k nim v tuto dobu není důvod.*“ Avšak doplňuje, že představa nemít současný zdroj stříkaček v něm vyvolává úzkost, jelikož v této situaci ještě nebyl. Naopak respondent využívající služeb Kontaktního centra popisoval svůj názor na získávání stříkaček v lékárně. Popisoval svou jednorázovou zkušenost s nákupem stříkaček v lékárně, kterou prožíval spíše emočně nekomfortně: „*Mám takovej nějaký respekt k těm lidem, víš. Nějak mi to nešlo. To radši půjdu k vám, kde na mě nebudete koukat jako oni.*“ Po této odpovědi byl vyzván k upřesnění, jak tyto pohledy vnímá: „*No škaredě (smích) hodně škaredě. Jako oni to ví o mně, ale prostě vidí smažku ty vole a tak koukaj dvakrát tolik. Je mi to nepříjemný. U vás je mi to jedno.*“

V následujících otázkách jsme mapovali povědomí lidí o fungování Kontaktních center, kdy jsme se dotyčných ptali, **jak podle nich asi vypadá běžný provoz na Kontaktním centru**. Respondenti více méně neměli přesné informace o tom, jak takový běžný provoz vypadá. Spíše šlo jednotlivé představy každého z nich, jak to tam asi tak chodí. Respondenti č. 5 a 6 odpovídali velmi obecně. Respondent č. 5 například řekl: „*Myslím si, že tam člověk přijde, řekne, co potřebuje a pracovník v Káčku se mu bude snažit vyhovět.*“ Odpověď respondenta č. 1 byla zase hodně ovlivněná jeho vnitřními strachy: „*Myslím si, že je to taková volnější návštěva u psychologa. Super věc pro závislý, ale ne pro ty, co se bojí psychoterapie a minulosti.*“ Z respondentů, kteří služeb nevyužívají, měl větší povědomí pouze respondent č. 6 a to především z důvodu, že v Kontaktním centru pracoval jeho kamarád. Tento respondent o běžném provozu v Kontaktním centru řekl: „*Je to místo, kde se potká skupina bezdomovců a může si udělat kafe.*“

Naši další doplňující otázkou bylo: „**S čím vším podle Tebe Káčko lidem pomáhá?**“. V podstatě otázka směřující na zjištění přehledu o poskytovaných službách. Respondenti byli ve svých odpovědích spíše nejistí, váhaví. Dokázali se shodnout

akorát na výměnném programu a také na pomoci se závislostí. Respondent č. 1 odpovídal: „*Krom výměny nevim.*“ Respondent č. 3 odpověď respondenta č. 1 pouze lehce doplnil: „*Vím, že si můžu vyměnit a nechat si udělat testy. Dál moc nevim.*“ Větší povědomí o činnosti Kontaktního centra měl respondent č. 5, který řekl: „*Hlavně asi se závislostí a s tím, aby se nešířily nemoci spojené s užíváním drog. Vím, že když někdo potřebuje, tak mají k dispozici čisté oblečení, sprchu a přístup na internet.*“

Poté jsme rozhovor směřovali ke zmapování názorů na to, **jakou formou je funkční lidem, kteří berou drogy, zprostředkovávat informace o Kontaktním centru tak, aby je to zaujalo, oslovilo a možná i nalákalo do služby.** A jakými cestami se informace o Kontaktním centru dostaly k osloveným, což můžeme vidět v tabulce č. 2. Mezi respondenty panovala shoda v tom, že jako účinný způsob jak šířit informace mezi komunitu uživatelů drog vnímají letáky. Respondent č. 1 k tomu dodává: „*Důležitý je pravidelný místo.*“ Tento názor respondent doprovázel podrobnějším vysvětlením na příkladu. Pravidelnost míst proto, že se uživatelé střídavě ocitají ve vlnách přemýšlení o abstinenci. A proto když si v době, kdy přemýšlejí o abstinenci, vzpomenou, že na onom místě viděli leták, kde byly potřebné informace a kontakty, tak se tam pro něj mohou vrátit. Spolu s respondentem č. 4 toto tvrzení ještě rozšiřují o jejich umístění a to na obvyklých místech, kde se uživatelé drog vyskytují. Respondent č. 1: „*Napadají mě autobusové zastávky, kde si jich může všimnout při čekání na bus.*“ Respondent č. 4 zase říká: „*vůbec bych se nestyděl je dát do obchodů*“ a vzpomíná na počátky své uživatelské kariéry: „*Letáky fungují, záleží jak – mě tehda zaujala jakákoli pomoc, tam je to o tom, jak ty lidi smýšlejí sami se sebou*“. Dále se respondenti hodně zastavovali nad sociálními sítěmi, konkrétně nad Facebookem. Tuto formu vnímají jako efektivní vzhledem k tomu, že značná část populace se v tomto prostředí pohybuje v průběhu celého dne. Respondent č. 2 tuto formu konkretizuje jak na to: „*Přidávat jednotlivý a pravidelný příspěvky s tím co děláte – uděláme, pomůžeme..., aby věděli, o čem to je. Že to není jenom o těch stříkačkách.*“ Respondent č. 4 doplňuje, že je důležité opakování a připomínání informací: „*Vim to...ale večer se naložím a ráno už nevim. Opakování matka moudrosti.*“

V rámci této otázky jsme se také věnovali názoru na aktivní oslovování potenciálních klientů Kontaktního centra na Facebooku a agitačním (oslovovacím) terénům. Agitační terény jsou aktivity, při kterých pracovník Kontaktního centra vyráží do přirozeného prostředí uživatelů drog v dané lokalitě, zpravidla na místa, kde se tato komunita

nejčastěji zdržuje, a šíří informace o službě, jejíž je zástupcem. Zde se názory lišily. Převážná část respondentů vnímala agitační terény jako přínosné. Respondent č. 3 řekl: *„Nejfunkčnější mi asi připadá kombinace sociálních sítí a aktivního oslovování v terénu.“* Oproti tomu respondenti č. 1 a 2 účinnost agitačních terénů trochu zpochybňují tím, že hodně záleží na tom, na koho v terénu pracovníci narazí. Respondent č. 2 dodal: *„Jsou lidi, kterým to vadí a lidi, kterým to vadit nebude stejně jako mě.“* Respondent č. 1 zase hodně mluvil o vlastním nastavení, kdy je hodně paranoidní a měl by strach z toho, že ho někdo na ulici sleduje. Aktivní oslovování na Facebooku dotazovaní klienti kvitovali. Prostředí Facebooku je vnímáno jako veskrze anonymní. Respondent tyto kontakty popisuje následovně: *„Pokud oslovenej uživatel nebude chtít reagovat, tak reagovat nebude a dá si vás třeba do bloku. Pokud ale zrovna sbírá odvahu vás kontaktovat, tak mu to hodně pomůže.“*

Dalším tipem ze strany respondentů bylo předávání informací uživatelům přímo od lidí, kteří služeb Kontaktního centra využívají pravidelně. Respondent č. 3 vzpomínal na své počátky: *„Já třeba taky zjišťoval informace hlavně od kamaráda, kterej taky bere.“* Stejně to měl i respondent č. 4.

Posledním, u čeho se respondenti více pozastavovali, byly přednášky ve školách. Různili se názory v tom, na jakou věkovou skupinu směřovat. Respondent č. 2 řekl: *„Já bych chodil třeba do škol od 7. třídy vejš, možná i od 6. třídy vejš třeba. Aby měli trochu přehled, do čeho lezou.“* Respondent č. 1 mluvil o věkové kategorii 15-18 let. Všichni se více rozpovídali o svých představách, zkušenostech a představách o přednáškách. Proto zde uvádíme ty nejzajímavější odpovědi. Respondent č. 1 hodně mluvil o tom, že mladí uživatelé cítí osamělost: *„Mladý uživatelé a fakt uživatelé, né ty co si dají sem tam o víkendu, ale ty co jedou každej den a nikdo to o nich neví, cítí osamělost. Myslí si, že jsou úplně sami na světě. A proto by měli slyšet, že je důležitý se o tom bavit a aby věděli, že se o tom někde můžou bavit. Já tuhle možnost třeba neměl.“* Respondent č. 2 zase zdůrazňoval důležitost toho, že mladí takto při přednášce poznají tváře a charaktery pracovníků: *„Aby se vás nebáli, to je důležitý ze začátku. Vysvětlit jim třeba i to, že to není jen o tvrdých drogách, ale i o měkkých. Že i huliči tam můžou třeba přijít, že i s nima si rádi popovídáte nebo si dáte kafe.“* Respondent č. 4 zdůrazňoval způsoby provedení přednášky jako neodrazování, poukazování na rizika, důsledky a následky: *„K čemu to vedlo, stejně jsem byl blbej a chtěl jsem si to zkusit, no a zkusil jsem si to a už jsem v tom rovnou zůstal. Takže ono to je vo tom je od toho neodrazovat, ale spíš*

poukazovat na ty rizika. Když je budeš odrazovat, tak je to o tom zakázaný ovoce chutná nejvíc.“

Tabulka č. 2: Způsoby zprostředkování informací

Způsoby zprostředkování informací
<ul style="list-style-type: none">• Letáky• Přes uživatele, kteří využívají služeb KC• Agitační terén• Aktivní oslovování na Facebooku• Přednášky ve školách• Informace na sociálních sítích

Zdroj: Vlastní výzkum

Dále nás zajímaly **důvody, které dotyčné oslovené vedou k rozhodnutí Kontaktní centrum nevyužívat**, v případě klientů Kontaktních center důvody, které slýchávají od uživatelů ve svém okolí. Shrnutí odpovědí budete moci vidět v tabulce č. 3. Důvody, proč nevyužívat Kontaktního centra, byly rovněž velmi individuální, zároveň v některých bodech hodně podobné. Respondenti č. 2 a 3 mluvili o určité nesmělosti stran první návštěvy Kontaktního centra. Respondent č. 2, který sděloval svůj názor na uživatele (především uživatele pervitinu) ze svého okolí, řekl: *„Já si myslím, že ostych, co to může jinýho bejt?“* Respondent č. 3 jeho slova pouze potvrdil vlastním příkladem: *„Měl jsem ostych tam jít sám poprvé. Strach z neznámýho. Je to tím, že jsem neměl jinou zkušenost se službou. Dokud jsem neměl rizikovou situaci a nepotřeboval jsem testy, tak jsem se neodvážil přijít nebo zavolat.“* O jiných formách strachu hovořili i další respondenti. Strachy z odhalení, že berou a z dalších důsledků, které pak mohou následovat. Respondent č. 4 popisuje svůj pohled na vnitřní prožívání uživatelů: *„Myslí si, že jsou méněcenní, když využijou Káčko. Máš spousty tajných alkoholiků, tajných feťáků, který si to dělaj bokově v klidu, jakoby sami pro sebe a tímhle jako kdyby šli někam na výměnu nebo tohle nebo na testování, to je že by ztratili kus něčeho toho*

svého....nedokážu to vysvětlit.“ Respondenti č. 3 a 4 zmiňovali strach ze ztráty anonymity jako důvod pro rozhodnutí se služeb Kontaktního centra nevyužívat. Respondent č. 2 rozšířil tento pohled o celkovou nechuť z kontaktu s cizí osobou: *„Oni by byli nejradši, kdyby vás vůbec neviděli (smích). Mně to vyhovuje ten kontakt, že si popovídám. Jim třeba ne, já nevím. Oni ještě neví, kam se řítěj a kdo si potom s nima bude povídat, až zjistí, že nemají nikoho. Jestli to zjistí někdy. Mě to taky trvalo hodně dlouho. A není to tak dlouho, co jsem na to přišel. Jestli si myslí, že jsou kamarádi, tak je to velká mýlka.* Dalšími důvody byla neochota přiznat si, že se potýkám se závislostí a s dalšími životními problémy. O této bariéře mluvil respondent č. 1: *„Nemam na to koule. Mluvení o problémech, který vlastně nemam (smích). Představy, že na mě bude koukáno jako na závisláka, že budu muset něco řešit, soucit...“* Respondent č. 2 zase uvádí strachy své známé: *„Ona se bojí kvůli tomu malýmu, když tam prostě přijde na féra, tak prostě vo to dítě přijde. Říkám jí, jak to je a stejně tam nepude.“* Respondenti i přesto, že mají informace o anonymitě služby a mlčenlivosti pracovníků, této informaci nevěří. Respondenti č. 3 a 4 naráželi na nevyhovující dostupnost Kontaktních center vzhledem k místům jejich bydliště, v čemž spatřovali důvody nevyužívání služeb některými uživateli. Respondent č. 4 prohlašoval: *„Lidi na malejch městech si nemají kam dojet nebo mají, ale dojezd je 30, 40 km. A když to vezmeš logicky, pro feťáka, kterej schání na dávku, tak pro něj je problém, aby si dojel jinam těch 30, 40 km.“* Respondent č. 3 řekl: *„Neměl jsem se jak dostat...“* Na druhé straně jsme slyšeli ale i odpovědi jako: *„Z mého pohledu jde o lenost, pohodlnost“*, jak řekl respondent č. 4. Respondent č. 5 tuto verzi potvrzoval při odpovídání na otázku: *„V čem je tento způsob získávání stříkaček pro Tebe nejvýhodnější?“* Část respondentů zase byla přesvědčena, že služby Kontaktního centra nepotřebují a že je nemají ani v plánu nikdy využít. Respondent č. 6 byl striktního názoru, co se využívání služeb týče: *„Nepotřebuju to a využít služeb bych nikdy nešel.“* Respondent č. 5 reagoval na nepotřebnost služeb: *„Protože už nepoužívám injekční stříkačky a omezil jsem užívání drog na minimum a nemám potřebu využívat Káčko.“*

Naši doplňující otázkou bylo, zda **je při rozhodování o využití služeb Kontaktního centra důležitá jeho pozice v rámci města**. Respondent č. 5 si myslí, že místo, kde se Kontaktní centrum nachází, nehraje roli, pokud by se rozhodoval, jestli služeb využije nebo ne. Naopak respondent č. 2 dával velký důraz na to, kde Kontaktní centrum stojí:

„Jim vadí, že je to na takovymhle blbým místě vole. Kam asi jinam v tom baráku jdu? První co člověka napadne, když jde do tohohle baráku, tak že jde do Káčka prostě vole pro čistý.“ Důvodem byla frekventovanost místa a strach ze spatření neuzivatelskou veřejností, potažmo někým známým, a odhalení či potvrzení toho, že dotyčný užívá. V souvislosti s tímto respondent č. 2 doplňuje nespokojenost s informovaností veřejnosti o službách Kontaktního centra, která uživatele odrazuje od využívání Kontaktního centra: „Oni třeba neví ty lidi venku, že tam máš ještě další činnosti. Ale to už nikomu nevysvětlím. No prostě tam jdu za účelem jedním.“

Tabulka č. 3: Důvody nevyužívání služeb KC

Důvody nevyužívání služeb KC
<ul style="list-style-type: none"> • Ostych • Strach • Nedůvěra • Ztráta anonymity • Nepřiznání si problému • Špatná dostupnost • Lenost a pohodlnost • Nepotřebnost služeb • Špatná poloha KC • Nízká informovanost veřejnosti

Zdroj: Vlastní výzkum

Další dotaz směřoval ke zjišťování nápadů, **jak by mohli pracovníci Kontaktních center jmenované bariéry či důvody k nevyužívání služeb začít bořit. Čím nalákat uživatele, kteří prozatím nechtějí služeb využít.** Zde možná už jen doplnění toho, co již bylo řečeno. V předchozích odpovědích jsme se doptávali na způsoby efektivního šíření informací, jako efektivní forma se ukázalo šíření informací prostřednictvím letáků, informací sdílených na Facebooku nebo také skrze přednášky ve školách. Respondent č. 2 krom osvěty ve školách zdůrazňuje i o osvětu v široké neuzivatelské veřejnosti, ve které chybí hlubší informace o službách Kontaktních center: „Lidi to neví. A bohužel

často ani zájem, a když není zájem, tak to nevysvětlíš.“ Tuto cestu vnímá jako prostředek snížení strachu uživatelů využívat služby Kontaktního centra. Respondent č. 2 vidí také smysl v nabídce prostoru k popovídání pro matky uživatelky: *„Když si můžou dát kávu, pokecat? Že to není jenom o tom, že přijdou vyměnit. Právě ten pokec, že nemáš kam jít ty vole. Hodně mamin nemá s kým mluvit, takovejmhle jako jsem já.*“ Respondent č. 1 se znovu zastavil u již diskutovaného aktivního oslovování na Facebooku, které doplnil o poznámku: *„První zpráva od vás k dotyčným musí být ale obecná, nesmí být cílená přímo na něj. Je to důležitý, aby se trochu namočil...že už se o něm ví.*“ Respondent č. 3 konstatoval: *„Hele asi mít spokojený klienty, aby vám dělali reklamu u ostatních. Tak to asi trochu zafungovalo i u mě.*“ Na svých odpovědích se shodli respondenti č. 4 a 5, kdy oni sami mají zkušenost s Kontaktním centrem, se kterým byli spokojeni a domnívají se, že pracovníci nemohou udělat nic dalšího, než aktuálně dělají. Respondent č. 4 řekl: *„To je vo uživatelích jako takových, co mají v hlavě, to je boj na dlouhou trať, protože odbourat takovejhle blok, kterej tam prostě panuje...to vy jen tak sami nezmůžete. Je to složitý.*“

Na závěr jsme se respondentů ptali, **jak by měl proběhnout první kontakt, aby to bylo pro nového zájemce o služby Kontaktních center příjemné.** V odpovědích na tuto otázku se tentokrát shodli všichni dotazovaní. Důležité pro ně je, aby se pracovník v prvním kontaktu s nimi příliš nevyptával na osobní záležitosti a celkově byl první kontakt spíše v duchu informativním, tzn. spíše nabídka možností, které uživatel na Kontaktním centru může využívat. Respondent č. 1 opět trochu s ironickým nádechem řekl: *„Výborná otázka (smích) pomoci mi, aniž bych musel přijít, říct, že to nemám pod kontrolou, což samozřejmě mám. Nekoukat na mě jako na závisláka a nerozebírat problém, kterej nemám (smích). A to nejhorší, že bude soucítit a chtít pomoci (smích).*“ Pro respondenta č. 3 je důležitá osobnost pracovníka: *„První dojem má vliv, jestli se budu vracet. Ten udělá tak, že se mě nebude zbytečně moc vyptávat, vyzvídat. Pro to abych se s ním ale měl víc bavit, tak mi musí dotyčnej sednout.*“ Respondent č. 4 popisoval svůj první kontakt: *„První kontakt úplně na pohodu, bylo to spíš obecný a to mě právě zaujalo, že nešel přímo do mě, ale o tý službě povídal. To se mi na tom asi právě líbilo.*“

1.3 Otevřené kódování

Kategorie: Zisk injekčních stříkaček

Uživatelé drog, kteří nevyužívají výměnného programu v Kontaktním centru, nejčastěji získávají injekční materiál skrze cesty, kde se nemusí setkávat s neznámými lidmi a následně s nimi komunikovat. Z těchto způsobu hovořili respondenti například o využívání automatu na stříkačky nebo nákupem jednorázových injekčních stříkaček v lékárně. Ideálním řešením pro velkou část dotázaných byl zisk injekčních stříkaček přes osobu, která sama nízkoprahových služeb využívá, nebo nákup prostřednictvím internetu. O využívání streetworku se zmínil pouze jeden respondent, a to až poté, kdy potřeboval z důvodu svých obav absolvovat testy na infekční onemocnění, které terénní program také nabízí. Dotázaní klienti Kontaktního centra preferují službu výměnného programu v Kontaktním centru.

Kódy:

- kontaktní centrum
- streetwork
- přes člověka, který využívá KC nebo streetwork
- automat na stříkačky
- lékárny
- internet

Kategorie: Pomoc Kontaktního centra

V této kategorii na základě odpovědí respondentů vyplynulo, že velmi málo oslovených má povědomí o tom, s čím vším může Kontaktní centrum uživatelům drog pomoci. Všichni se shodli na tom, že Kontaktní centrum je víceméně jen o poskytování čistých injekčních stříkaček. Ze zbylé škály služeb, kterou Kontaktní centrum nabízí, byly jmenovány dvě oblasti. První z nich byla možnost nechat se otestovat na infekční nemoci spojené s rizikovým užíváním drog a zjistit tak svůj zdravotní stav. Druhou oblastí byla pomoc bezdomovcům formou poskytnutí sprchy, čistého oblečení nebo prostoru k vypití kávy a popovídání si.

Kódy:

- pouze výměny
- neznalost veřejnosti
- testy na nemoci
- povrchní povědomí ze strany uživatelů drog
- prostor pro bezdomovce
- nešíření nemocí

Kategorie: Důvody nevyužívání

Odpovědi respondentů na otázku, jaké jsou jejich důvody k nevyužívání služeb Kontaktního centra, byly velmi individuální, a to jak mezi jednotlivými respondenty, tak v rámci jednotlivých lokalit, kde jsme odpovědi sbírali. Odpovědi také byly ovlivněny tím, zda dotyčný měl alespoň jednorázovou zkušenost s Kontaktním centrem. Tyto důvody můžeme rozdělit dvojím způsobem, a to na vnitřní a vnější. Jako vnitřní důvody respondenti uváděli strachy a obavy pramenící z vlastních představ a nastavení uživatelů drog, mezi důvody vnější pak patří špatné umístění Kontaktního centra nebo nedostatek informací v populaci neujívající návykové látky o tom, co vše Kontaktní centrum poskytuje za služby.

Kódy:

- ostych
- strach
- nedůvěra
- ztráta anonymity
- nepřiznání si problému
- špatná dostupnost
- lenost a pohodlnost
- nepotřebnost služeb
- špatná poloha Kontaktního centra
- nízká informovanost veřejnosti

Kategorie: Inspirace

Jako tipy, jak oslovit a zaujmout nové uživatele drog k využívání služeb Kontaktního centra, uváděli respondenti především předávání informací cílové skupině, ať už formou letáků nebo informací šířených po sociálních sítích. Také se shodli na aktivním oslovování potenciálních klientů prostřednictvím facebookových profilů. Tuto formu vnímají jako zcela anonymní a nezávaznou, s tím, že dotyčný této nabídky buďto využije a opadne díky tomu z jeho strany prvotní ostych z kontaktování dané služby, nebo nabídku zcela beze slova přejde, což je rovněž akceptovatelné pro obě strany. Některým respondentům připadala důležitá osvěta veřejnosti. Někteří zase vnímali jako dobrý počátek spolupráce pozitivní recenze od stávajících klientů služby.

Kódy:

- veřejnost - osvěta
- informace na sociálních sítích
- aktivní oslovování na FB
- přednášky
- agitační terény
- letáky
- spokojený klient

1.8 Axiální kódování

Na obrázku č. 2 jsou graficky znázorněny kategorie s jejich hlavními kódy a vztahy, které jsou mezi nimi. Červené šipky znázorňují příčinné podmínky vztahů, kdy na počátku stojí prvotní informovanost v komunitě uživatelů drog o fungování a poskytovaných službách v Kontaktních centrech, která je minimální. V souvislosti s tím mohou vznikat u každého jednotlivce různé bariéry a motivy, proč nepřijít do Kontaktního centra. Tyto motivy jsou v zásadě individuální a nelze říci, že by byly univerzální pro celou komunitu uživatelů malých měst, kteří služeb Kontaktního centra nevyužívají. Odlišnost odpovědí jednotlivých respondentů lze vidět i v našem výzkumu. V našem diagramu jsou vyobrazeny jako podkategorie – kódy, které jsou sjednoceny v kategorii *Důvody nevyužívání*.

Existují zde dva počáteční vstupy, a to neznalost veřejnosti (populace ne uživatelů návykových látek) o službách poskytovaných Kontaktním centrem. Druhým vstupem je povrchní povědomí ze strany uživatelů drog o službách, které Kontaktní centrum poskytuje.

Neznalost veřejnosti ohledně činnosti Kontaktních center, kdy v povědomí vstoupilo zejména poskytování výměnného programu a veřejnost se tak často domnívá, že klienti do tohoto zařízení docházejí výhradně za účelem získávání jednorázových injekčních stříkaček, vyvolává u uživatelů drog bariéry ve využívání Kontaktního centra. Tuto bariéru ve využívání služeb Kontaktních center může zmírnit osvěta veřejnosti.

Povrchní povědomí uživatelů drog o činnostech Kontaktního centra vyvolává celou řadu důvodů, pro které jednotlivci z řad cílové skupiny danou službu nevyužívají. Tyto důvody můžeme rozdělit do tří oblastí dle míry, s jakou je reálně možné, aby se pracovník Kontaktního centra v řešení či zmírňování dopadů dané oblasti důvodů na využívání služeb cílovou skupinou angažoval. Do první oblasti můžeme zařadit neinformovanost veřejnosti o službách nabízených Kontaktním centrem, kdy vědí jen to, že zde uživatelé drog mohou využívat výměnného programu. Tato informace je pro uživatele stigmatizující v momentě, kdy jeho okolí o jeho užívání neví. Rovněž sem můžeme zařadit i špatné umístění Kontaktního centra, které s předchozím důvodem souvisí právě v oné stigmatizaci. Uživatel díky strachu z odhalení a případných následků, které z tohoto odhalení mohou vyplynout, službu raději nevyužije a získání čistých injekčních stříkaček řeší jinými způsoby. Tyto způsoby jsou znázorněny v pravém sloupci diagramu pod kategorií *Získ injekčních stříkaček*. Třetím důvodem v této oblasti může být pro uživatele špatná dostupnost místa, kde se Kontaktní centrum nachází, což je ovlivněno bydlištěm daného uživatele a jeho osobními možnostmi.

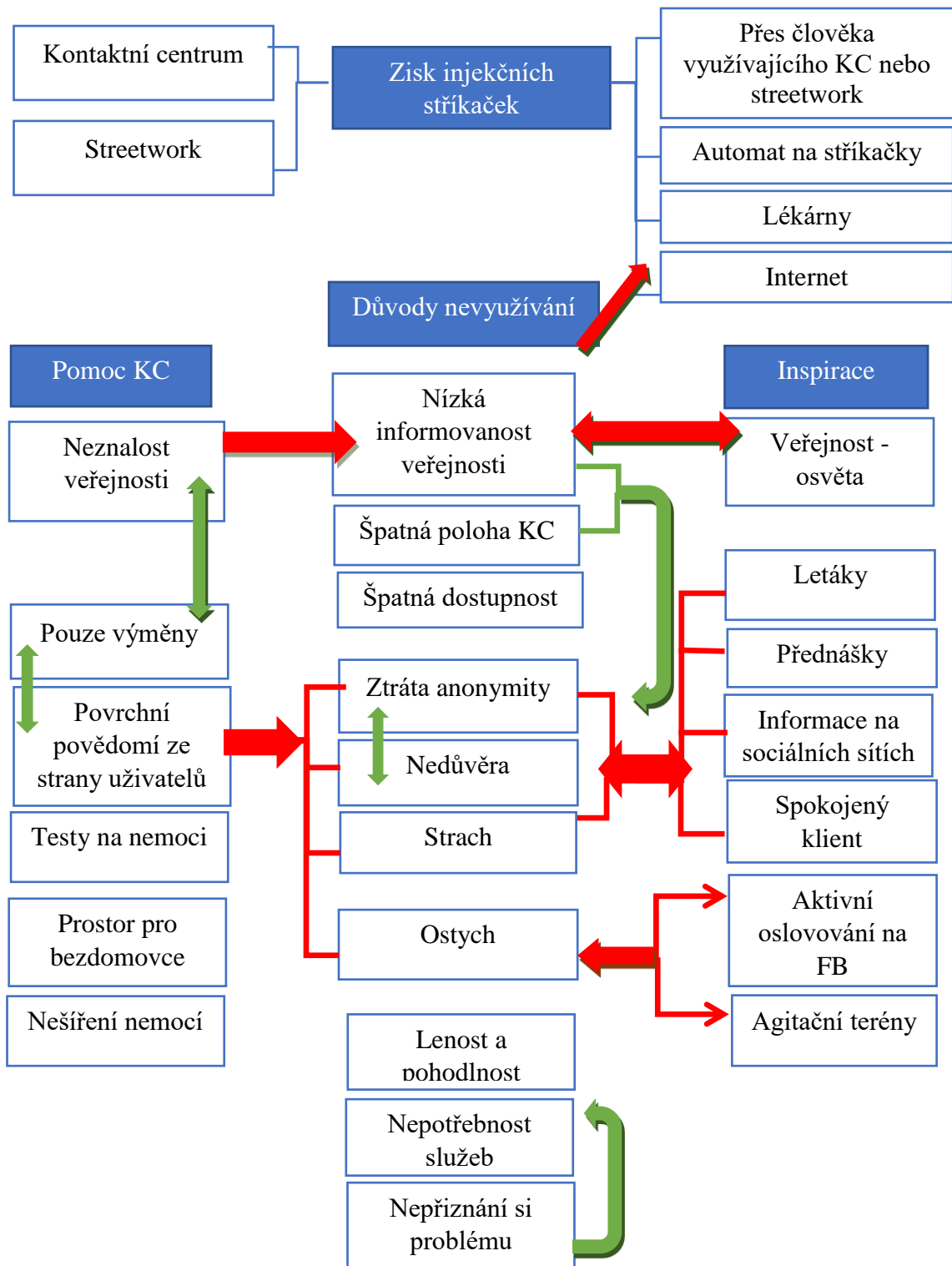
Do druhé oblasti patří již jmenované strachy z odhalení a jeho následků, které mohou, ale také nemusí být reálné. Respondenti tyto obavy označovali také jako jistou paranoii. Jako další bariéry respondenti jmenovali strach z neznámého, nedůvěru nebo ostych, na základě kterého Kontaktní centrum nevyužívají. Právě tuto oblast jsou pracovníci Kontaktních center schopni nejvíce ovlivnit a zvýšit tak pravděpodobnost, že některý z dosud neochotných uživatelů opravdu dorazí. Respondenti jmenovali celou řadu možností, jak je možné s těmito důvody pracovat. Primárně se všichni shodli na šíření informací, například formou letáků na místech, kde se uživatelé vyskytují nebo kde je

pravděpodobné, že by tudy mohli projít. Jako užitečné jim připadají přednášky ve školách, v rámci kterých se mladí experimentátoři a uživatelé mohou prvně setkat s informací o činnostech Kontaktního centra, stejně tak s tvářemi a osobami pracovníků, může tedy dojít k jakémusi prvnímu oťukání. Vzhledem k době sociálních sítí, kde řada lidí tráví mnoho času, vidí respondenti smysl také v šíření informací prostřednictvím Facebooku. Jako nápomocné jsou také vnímány pozitivní recenze od uživatelů, kteří služeb Kontaktních center využívají. Ostych lze dle respondentů nabourat aktivním oslovováním v anonymně vnímaném prostředí Facebooku nebo agitačními terény Kontaktního centra, kdy dochází k setkání pracovníků s cílovou skupinou tváří v tvář přímo v prostředí, kde se uživatelé návykových látek pohybují.

Třetí oblastí jsou motivy klientů, které bohužel pracovníci nejsou schopni ovlivnit. Patří sem lenost a pohodlnost některých jedinců z řad cílové skupiny či jejich nezájem o dané služby – zpravidla z důvodu, že tyto služby uživatel návykových látek v současné době nepotřebuje, nebo z vnitřního přesvědčení, že by do Kontaktního centra nikdy nešel. Zde může být souvislost s neztotožněním se s vlastní rolí uživatele návykové látky, která je popsána podkategorií – kódem *nepřiznání si problému*.

Zelenou šipkou jsou znázorněny vztahy, které mohou u jednotlivých respondentů působit současně a zvyšovat tak jejich neochotu přijít, i přesto, že využití služby vnímají jako pro ně užitečné. Někteří uvedli, že špatně zvolené místo, kde se Kontaktní centrum nachází, spolu s neinformovaností veřejnosti o různorodosti poskytovaných služeb, vyvolává obavy z možných následků toho, že je někdo z blízkého okolí spatří a zjistí či si domyslí, že jedinec jde do Kontaktního centra, zamezuje jejich vstupu do služby. Tímto se opět vracíme k neinformovanosti, tentokrát ale samotných uživatelů drog.

Obrázek č. 2: Diagram vztahů mezi kategoriemi a kódy



Zdroj: Vlastní výzkum

5 Diskuse

Tato diplomová práce je zaměřena na mapování faktorů, které ovlivňují motivaci uživatelů návykových látek k využívání služeb Kontaktního centra na malém městě. Konkrétně se zabývá důvody, které vedou uživatele drog k rozhodnutí nevyužívat služeb Kontaktního centra na malém městě, i přesto, že by jim Kontaktní centrum mohlo být užitečné. V roce 2003 byla vytvářena analýza potřeb klientů nízkoprahových zařízení v Praze, v jejímž rámci byly zjišťovány důvody pro nevyužívání nízkoprahových služeb cílovou skupinou. Dotazováno bylo celkem 20 respondentů, kdy 19 z nich odpovědělo, že mají ve svém okolí někoho, kdo nevyužívá služeb žádného z nízkoprahových programů, přičemž počet těchto přátel, o kterých dotázaný respondent hovořil, se pohyboval v rozmezí 1 až 20 (Miovská, 2005).

Zastavíme-li se u termínu „malé město“, dle Pellyho a Tichého (2008-2011) jde spíše o termín popisující zvláštní, neanonymní „maloměstské“ prostředí dané lokality, než o geografickou nebo demografickou rozlohu města. Pro účely výzkumu v této práci jsme si však přesto definovali malé město prostřednictvím počtu jeho obyvatel, konkrétně jako město, ve kterém žije do 25 tisíc obyvatel. Tato definice vycházela rovněž ze zkušeností autorky této diplomové práce v pozici pracovníka Kontaktního centra jak na malých městech, tak ve městě krajském. Uživatelé drog v krajském městě jsou otevřenější kontaktům se službou a pracovníky. Mimo jiné se také tolik nezaobírají otázkou anonymity v tom slova smyslu, že jim nevádí potkat v Kontaktním centru jiné uživatele návykových látek. Možná si troufneme říci, že službu z části využívají pro to, aby si zde uspokojili potřebu sociálních kontaktů, ať už s pracovníky nebo s komunitou spoluuživatelů drog. Naopak uživatelé drog pohybující se na malých městech, pokud vůbec služeb Kontaktního centra využívají, dbají na to, aby zde nebyli viděni, a to často ani ostatními členy komunity uživatelů návykových látek. O tomtéž hovoří i Němec (2003), který rovněž na základě svých pracovních zkušeností jak z měst malých, tak z města krajského pocítil, jak velkou roli hraje při práci s uživateli drog prostředí, ve kterém se klient pohybuje, a to jak velikost města, tak i jeho samotná atmosféra. Jiříková (2014) ve své práci zmiňuje, že zvýšená opatrnost uživatelů plyne z toho, že většina z nich pochází přímo z dané lokality, ve které drogy užívá, a málokterý uživatel drog je natolik smířen se svou rolí uživatele drog a nemá problém veřejně se k této roli přiznat či hlásit.

Randák v závěrečné zprávě Kontaktního centra Prevent Strakonice z roku 2019 popisuje drogovou scénu na tamním malém městě jako dlouhodobě velmi uzavřenou a vlastními specifiky se řídící (např. kontakty se službou zajišťuje jeden klient, který zásobuje HR materiálem zbývající komunitu uživatelů v rámci sekundárního výměnného programu). Autor (tamtéž) dále hovoří o kontaktování mladých uživatelů návykových látek jako o velkém tématu pro tamní Kontaktní centrum (Závěrečná zpráva 2019 – KC ST, © 2020).

Němec (2003) doplňuje, že v lokalitách, kde působil, se nachází většina neinformovaných, mnohdy velmi mladých a dosti riskujících experimentátorů, kteří dosud nejsou v kontaktu se žádnou z adiktologických služeb. Navázání kontaktu a motivace k následné spolupráci s těmito uživateli drog by mělo být v centru zájmu pracovníků Kontaktních center (Němec, 2003). A jak už bylo uvedeno více výše, tato problematika je v mnohých Kontaktních centrech velkým a opakujícím se tématem.

Tito experimentální uživatelé drog kontakty s pracovníky Kontaktních center a dalších nízkoprahových zařízení nevyhledávají z důvodu potřeby skrývání svého drogového problému a touhou zůstat v anonymitě (Škuta, 2010). Věk respondentů tohoto výzkumu, kteří nikdy služeb Kontaktního centra nevyužili nebo s ním mají pouze jednorázovou zkušenost, potvrzuje, že v komunitě uživatelů, kteří nevyužívají služeb Kontaktního centra, je značná část právě mladých uživatelů návykových látek.

Polemizovat bychom také mohli s faktem, o kterém píše Nečas a Mravčík (2011), a to, že populace injekčních uživatelů drog ve většině západní části Evropy celkově stárne, zatímco jiné části kontinentu vykazují relativně vysoké počty mladých uživatelů.

Hulík v rozhovoru pro Metro.cz z roku 2018 rovněž mluví o stárnoucí klientele z řad uživatelů návykových látek. Zmiňuje, že tento trend trvá už od 90. let a organizace se svou nabídkou služeb stárnou spolu s klienty. Mladí uživatelé návykových látek sice také jsou, ale nastavení služeb, které primárně vyhovuje starší generaci, mladou generaci tolik nepřitáhne. Proto se mnohé organizace aktivně zaměřují právě na ně, ať už prostřednictvím programů určeným přímo této skupině uživatelů návykových látek, nebo třeba intervencemi vedenými přes internet (Hýř, 2018). Chomyová a Grohmannová (2017) také píše o zvyšujícím se průměrném věku klientů, který v roce 2016 činil 31,4 roku. Z praxe z Kontaktních center na malém městě, kde je průměrný věk klienta cca 34 let, tento trend jen potvrzují. Mladí uživatelé se ve vlnách objevují, ale domnívám se, že zpravidla pouze ve fázi, kdy experimentují s injekční aplikací drog,

nebo celkově jen ve fázi svého života, kdy s drogou experimentují. Pokud u drogy zůstávají, preferují spíše alternativní způsoby užívání jako například užití nosem, což potvrdil i jeden z našich respondentů. O mladých uživatelích se dozvídáme také od starších generací uživatelů, kteří využívají služeb Kontaktních center a kteří mnohdy právě této mladé generaci zajišťují sekundární výměnný program, ať už prostřednictvím indigenního programu, o kterém jsme psali v teoretické části práce, nebo rovněž výše popsaného sekundárního výměnného programu či v rámci vrstevnické podpory dle metodického pokynu ECDC a EMCDDA. Těmito způsoby je možné možné těmto mladým uživatelům alespoň nějakým způsobem zprostředkovat služby (Nečas, Mravčík, 2011). Klasický indigenní program tak, jak ho popisujeme v teoretické části práce, nikdo z našich respondentů nezmínil jako způsob, prostřednictvím kterého se dostává k injekčnímu materiálu. To můžeme zdůvodnit tím, že v lokalitách, ve kterých jsme se pohybovali, indigenní program momentálně neprobíhá.

Další skupinou, která nechce využívat služeb Kontaktních center, o které se respondenti zmiňují, jsou matky s dětmi. Tyto ženy nechtějí využívat výměnného programu ze strachu, že přijdou o své dítě. Prapůvod tohoto strachu vznikl v minulosti, kdy některá Kontaktní centra testovala na návykové látky v moči pro potřeby třetí strany, nejčastěji pro Odbor sociálně-právní ochrany dětí. I přesto, že všechny strany byly podrobně informovány o nastavení této služby, jako je princip mlčenlivosti, matky uživatelky téměř zmizely ze služeb. Princip mlčenlivosti znamená, že nejsou podávány důvěrné informace o uživateli služby třetí osobě bez souhlasu daného uživatele. Tento princip byl prolomen pouze v případě důvodného podezření ze zanedbání povinné péče o dítě na základě pověření k sociálně-právní ochraně dětí. Přestože se nastavení služeb změnilo a mnohá Kontaktní centra již službu testování na návykové látky v moči nezprostředkovávají, a tudíž nejsou v kontaktu se sociálně-právním odborem, strach přetrvává. O tom se zmiňuje také jeden z respondentů našeho výzkumu, který má matky uživatelky ve svém okolí.

Tento pohled může budít dojem nedostatečné informovanosti o službách a o celkovém fungování Kontaktních center. Dle odpovědí našich respondentů tomu tak z části skutečně je. Jak uživatelé, tak široká veřejnost vědí, že Kontaktní centrum zajišťuje výměnný program injekčního materiálu. Co se týče dalších možností a služeb, které je v Kontaktním centru možné využít, moc netuší. Tato dezinformovanost jak mezi laickou veřejností, tak i v řadách samotných uživatelů návykových látek, pak nahrává vzniku

různých strachů, na základě kterých se uživatel drog rozhodne službu nevyužít. Stejného názoru je i Němec (2003), který tvrdí, že mnoho uživatelů drog neví o existenci Harm Reduction programů v jejich městě a mnoho z nich nemá ponětí o existenci programů Harm Reduction ani obecně. Tato tvrzení však vyvrací studie Analýza potřeb klientů nízkoprahových zařízení v Praze v roce 2003, z níž vyplynulo, že dotázaní respondenti se domnívají, že vědí dostatečné množství informací o službách. Nejčastějším zdrojem informací pro ně byli kamarádi - uživatelé. Tento způsob šíření informací se osvědčil i Němcovi (2003), který píše o osvědčeném způsobu získávání nových klientů ve své praxi. Nový klient se dostal do kontaktu se službou skrze doprovod stávajícího klienta služby, anebo službu vyhledal na základě doporučení. Na malém městě je však potřeba ještě mnoho předem vynaloženého úsilí (Němec, 2003).

Jako další vhodné a účinné způsoby, jak šířit informace o službách Kontaktních center, se ukázaly především informační letáky. Tento názor podpořila i studie z roku 2003, jejíž respondenti toto téma rozšířili o šíření základních informací o výměně injekčního materiálu do škol (Miovská, 2005). V našem výzkumu se respondenti shodovali na období zmíněné formy, avšak předáváním informací prostřednictvím besed ve školách cílených na žáky zhruba od 13 let výše. Němec (2003) také vnímá pozitivní vliv besed. Besedy však praktikuje pro studenty ve věkové kategorii od 15 let, přičemž jde o jeden hodinový blok, v jehož rámci studentům představí filozofii Harm Reduction a podá základní informace o infekčních chorobách (Němec, 2003). Co se týče délky besedy, v našem výzkumu se ukázal jako vhodnější dvacetiminutový blok, a to s ohledem na udržení pozornosti studentů. Dalšími doporučením je, aby přednáška proběhla bez přítomnosti učitele, jelikož studenti pak ztrácejí odvahu se doptávat. Studenty více zaujme interaktivní forma přednášky. Způsob předávání informací by určitě neměl být odrazující, nýbrž poukazující na možná rizika a důsledky. Studenti by se měli dozvědět, že je důležité, aby o problematice závislosti mluvili, a hlavně že je s kým se o tom bavit. Na konci přednášky je vždy žádoucí zanechat kontakt na jednotlivá zařízení a jeho pracovníky, na které se mohou v případě potřeby obrátit. Respondent z našeho výzkumu kladl také důraz na to, že během besedy se studenty dochází k „otukávání“ pracovníků, kdy právě zde dochází k prvnímu kontaktu s potenciálními klienty a pokud pracovník na studenty zapůsobí pozitivně, zvyšuje se pravděpodobnost, že v případě potřeby dorazí do služby. Němec (2003) doplňuje, že tito potenciální klienti zde mají možnost prověřit si pracovníka, aniž by hned museli přiznat své užívání drog.

Jak v rámci besed, tak v průběhu dalších aktivit ze strany pracovníků Kontaktních center hraje důležitou roli osobnost těchto pracovníků. Dle Janíkové (In Kalina, 2008) je osobnost pracovníka tím nejmocnějším a často i jediným nástrojem, který při práci s klientem máme. Z výzkumu plyne, že první dojem, který pracovník na uživatele drog udělá, hraje podstatnou úlohu v tom, zda se dotyčný bude do služby vracet. Mezi další důležité faktory, které ovlivní návrat uživatele do služby, patří bezesporu zachování pro klienta bezpečného prostoru, tedy netlačení na uživatele a zbytečné nevyzvídaní. V metodický pokynu ECDC a EMCDDA se píše o vytváření „user-friendly“ atmosféry, která je zde chápána jako respekt k přání klientů a důstojné jednání (Nečas, Mravčík, 2011).

Důvodů, které vedou uživatele návykových látek k rozhodnutí nevyužívat služeb Kontaktních center na malých městech, je celá řada. Mezi nejrozšířenější, ke kterým se zároveň Kontaktní centrum může nějakým způsobem postavit a ovlivnit je, můžeme zařadit důvody jako je strach, ztráta anonymity, nedůvěra nebo ostych. Tuto teorii podporuje i Němec (2003), který jako nejdůležitější vnímá také práci s klientovými strachy, obavami a neinformovaností. Autor (tamtéž) doplňuje, že díky skutečnosti, že se na malém městě téměř všichni znají, anebo alespoň ten pocit, je příčinou abnormálních obav spolu s tabuizováním drogového problému. Kameníková (2019) ve své bakalářské práci píše o nezájmu uživatelů drog o služby Kontaktních center, a to z důvodu, že dotyční nevnímají své užívání jako problém či riziko. Toto je skutečnost, která se objevila i v našem výzkumu. Z jedné strany někteří uživatelé služeb Kontaktního centra nevyužívají proto, že si nepřipouštějí svou závislost a se současným stylem života jsou spokojeni. Nahlíženo z druhé strany, pokud by služeb Kontaktního centra využili, museli by pravděpodobně svůj problém přiznat. Představa přiznání se může v některých vyvolávat pocit ostychu. Uživatelé se často vyhýbají kontaktu se službou do poslední chvíle, protože jim to může připadat trapné a ponižující. Nevědí, jak kontakt s pracovníkem proběhne a co od něj mohou vlastně čekat. Ve hře bývá také strach z toho, že se o nich a o jejich užívání návykových látek bude vědět. Principem nízkoprahové práce je zachování anonymity, což se klient v rámci kontaktů s pracovníky dozvídá spolu s informací o identifikaci klientů nikoliv prostřednictvím jména, ale specifického kódu, které požadovanou anonymitu podporuje (Janíková; In Kalina, 2015).

Kontaktní centra na malých městech byla mnohdy založena právě z důvodu potřeby započítí práce se „skrytou populací uživatelů drog“ v dané lokalitě. Počátky této práce byly složité, pracovníci si zpravidla prošli obdobími „čekání na klienty“, přičemž si uvědomili důležitost a možnosti pro-aktivního způsobu své práce přijetím reality, že je nutné hledat cestu ke klientům v případě, kdy klienti nepřicházejí (Libra, 2003). Librova slova postupem let přetrvávají, což nám potvrzují slova Hulíka, vedoucího terapeutické komunity Němčice, o aktivním způsobu kontaktování uživatelů například prostřednictvím internetu. Výše řečené potvrzují také data z našeho výzkumu, která ukazují, že existuje sorta uživatelů drog, kteří teprve zpracovávají svůj ostych a sbírají odvahu k prvnímu oslovení Kontaktního centra. V této fázi může hrát důležitou roli právě anonymní prostředí internetu a aktivní oslovování například na Facebooku či jiných sociálních sítí.

Stereotypy, které se v adiktologických službách nesou a existuje domnění, že je tomu tak i mezi klienty, jako je například stereotypní názor, že Kontaktní centrum je určené pro nejvíce marginalizované osoby, náš výzkum vyvrátil. Ukázalo se, že toto není mezi uživateli, kteří nevyužívají služeb Kontaktního centra, téma, a určitě není důvodem, kvůli kterému služeb Kontaktního centra nevyužívají. Rovněž klienti Kontaktních center, kteří mají ve svém okolí uživatele, kteří služeb nevyužívají, nám tento fakt jen potvrdili. Jiříková (2014), která se ve své práci zabývá specifiky nízkoprahových adiktologických služeb na malém městě z pohledu sociálních pracovníků, může výstupy našeho výzkumu dovysvětlit teorií, že uživatelé na malých městech jsou v poměrně slušném sociálním i zdravotním stavu a vymykají se tak všeobecně rozšířené představě o uživatelích drog jako o někom, kdo je na samém dně všeho. Naše data jsou v rozporu s výsledky Škuty (2010), který ve své bakalářské práci zjistil, že někteří uživatelé nechtějí využívat služeb Kontaktního centra proto, že uživatele drog, kteří docházejí do Kontaktního centra, považují za „odpad“. Tento nesoulad si vysvětlujeme specifiky klientely v místech, kde byly výzkumy prováděny. Škuta své šetření prováděl na území hlavního města Prahy, kde se díky lepším možnostem jak stran dostupnosti drog, tak díky rozmanitějším možnostem při uspokojování základních životních potřeb člověka, kumuluje široké spektrum uživatelské komunity. Libra (2003) k tomuto dodává pouze to, že denní praxe Kontaktních center ve velkých městech je charakteristická velkým počtem příchozích, pro které Kontaktní centrum slouží právě jako prostředek k získání základního „zdravotního, sociálního a potravinového servisu“.

V našem výzkumu se objevilo také využívání výdejního automatu jako způsobu získávání injekčního materiálu. Tuto variantu preferovali ti respondenti, kteří jako důvod nevyužívání služeb Kontaktního centra uváděli neochotu či dokonce nechut' potkávat se a mluvit s cizími lidmi. Automat splňuje potřeby uživatele drog, což je získání čistého injekčního materiálu, aniž by musel přijít do kontaktu s pracovníky Kontaktního centra či lékárníkem, pokud by volil například variantu nákupu jednorázových injekčních stříkaček v lékárně. Zároveň automat naplňuje myšlenku Harm Reduction. Metodický pokyn ECDC a EMCDDA doplňuje informaci, že tato forma zajišťuje maximální anonymitu a je tudíž atraktivní především pro mladé uživatele drog, navíc je bez časového omezení (Nečas, Mravčík, 2011). Fakt, že se uživatelé drog dostanou k čistému injekčnímu materiálu i v době, kdy jiné možnosti nejsou dostupné, je bezesporu nezměrnou výhodou výdejních automatů. Záměrem tohoto projektu dle Janouškovce (2008) bylo právě rozšíření stávající nabídky Harm Reduction služeb. Co se týče časového omezení, dle informací, které máme, může být provoz upraven dle potřeb konkrétního provozovatele. Výdejní automat, který je provozován při Kontaktním centru ve Strakonicih, takové časové provozní omezení má. Pro bližší představu, automat stojí před vchodem do Kontaktního centra. Současné nastavení je takové, že automat je v průběhu provozní doby Kontaktního centra pro zájemce uzamčen. Takovéto nastavení vzniklo na základě zkušeností daného centra, kdy se stávalo, že uživatelé raději využili automat, než aby přišli do kontaktu s pracovníky Kontaktního centra. Mohli bychom se zde diskutovat o správnosti daného rozhodnutí, ale dle našeho mínění s tímto rozhodnutím souhlasíme. Argumentů bychom mohli uvést hned několik. Uvedeme zde dva základní, které podložíme literaturou. K využití výdejního automatu je nutné mít peníze, na základě kterých automat injekční stříkačky a příslušný materiál vydává (Nečas, Mravčík, 2011). Vzhledem k obrazu, jaký o uživatelích drog převládá ve společnosti, která je vnímá jako osoby sociálně na dně, by se dalo předpokládat, že Kontaktní centrum bude vnímáno jako vhodná varianta získání potřebného materiálu, jelikož poskytuje služby bezplatně. V případě našich respondentů však peníze nehrály roli. Respondenti si raději injekční stříkačky zakoupí, ať už v automatu nebo jiným způsobem, než aby se vystavili ztrátě anonymity nebo již zmiňovanému kontaktu s cizí osobou. Druhým argumentem je, rovněž dle metodického pokynu ECDC a EMCDDA, že výdejní automaty nedokáží vynahradit přímý kontakt s pracovníky služeb, stejně tak nezprostředkovávají plný sortiment služeb, který se dostane osobě, která využije služeb Kontaktního centra (Nečas, Mravčík, 2011). Co ale

automaty mohou, je být jakýmsi prvním krokem před vstupem do služeb Kontaktních center. A to tím, že vnesou do povědomí uživatelů drog název organizace, která tyto automaty provozuje (Nečas, Mravčík, 2011).

Potenciálním třetím argumentem by mohl být názor Janouškovce (2008) o existenci rizika, že výdejní automat zapříčiní úbytek klientely Kontaktního centra z důvodu, že uživatelé drog upřednostní anonymní a bezkontaktní službu před výše nastaveným prahem Kontaktního centra. Krom omezení provozu výdejního automatu tomuto jevu částečně brání i fakt, že jde o zpoplatněnou službu (Janouškovec, 2008), i přesto, že náš výzkum neuvádí absenci financí jako motivaci k využití služeb Kontaktních center. Vzhledem k tomu, že dosud neexistuje studie, která by se tomuto jevu přímo věnovala, neuvádíme tento problém jako argument.

Výdejní automat se zdá jako ideální řešení především pro mladé a nezkušené uživatele návykových látek nebo pro ty, kteří se neidentifikují s rolí injekčního uživatele, jelikož užívají pouze sporadicky. Bohužel pro ně je v současné době v České republice v provozu pouze jediný automat, a to ve Strakonících. A naštěstí je zde prostor pro jednotlivé aktivity ze strany Kontaktních center, prostřednictvím kterých mohou změnit názor „skryté populace“ na Kontaktní centra. Možnosti a příklady těchto aktivit jsme se také v průběhu výzkumu snažili zjistit od samotných uživatelů drog, kteří se prozatím zdráhají služeb Kontaktního centra využít.

Inspirace pro pracovníky Kontaktních center na malých městech, která ze strany respondentů zazněla, pro nás nebyla zcela nová a neznámá. Mnohé ze zmiňovaných aktivit pracovníci Kontaktních center již léta praktikují, což potvrzuje i další zde citovaná literatura. Přínos vnímáme, mimo potvrzení toho, že Kontaktní centra na malých městech kráčejí správnou cestou, zejména v respondenty navržených lehkých obměnách stávajících aktivit, o kterých jsme se rozepsali jak ve výzkumné, tak v teoretické části práce. Zaznívaly také nové, inspirativní nápady, jak co nejlépe oslovit potenciální klienty, kteří na službu nejsou dosud navázáni a prozatím se z jistých důvodů zdráhají službu využít, i přesto, že o jejím využití přemýšlejí. Na základě našich poznatků jde opravdu o nové nebo velmi „čerstvé“ a prozatím ne zcela ozkoušené způsoby oslovování skryté populace uživatelů návykových látek, které jsou však aktuálně pouze na bázi experimentu a zjišťování, zda a nakolik budou funkční – jedná se zejména o poskytování informací v anonymně vnímaném prostředí Facebooku.

V tomto prostředí je možné šířit informace o službách Kontaktních center, které se ukázaly jako absentující, a to formou tematických příspěvků. Data, která jsme získali, v souladu se světovými výzkumy poukazují na skutečnost, že většina populace na Facebooku tráví značnou část dne. Jako druhý vhodný způsob práce se sociálními sítěmi se ukázalo aktivní oslovování potenciálních klientů. Zde si můžeme pohrávat s myšlenkou, zda a na kolik je to etické. Výzkum však ukazuje, že tyto obavy mít nemusíme. Budeme-li se držet doporučení, o kterých respondenti mluvili, je rozhodnutí vstoupit či nevstoupit do kontaktu se službou čistě jen na uživateli, který byl takto osloven. Toto prostředí dokáže být natolik anonymní, že ve většině případů s tím uživateli nemají problém a pokud ano, první krok ze strany Kontaktního centra mohou zcela ignorovat. Z řad pracovníků nízkoprahových adiktologických služeb, kteří s aktivním oslovováním v anonymním prostředí Facebooku již experimentují, prozatím slyšíme pouze pozitivní zkušenosti a potvrzení názoru, že jde o jeden z relevantních způsobů, jak lze službám přivést nové klienty.

Před samotným psaním diplomové práce jsme očekávali větší zájem uskutečnění rozhovorů ze strany respondentů. Ve fázi mapování vhodných respondentů, kteří byli v první fázi výběru vytipovávaní z řad klientů oslovených Kontaktních center, nás překvapil jejich prvotní zájem. S jednotlivci byl domluven konkrétní termín a hodina, na který však nedorazili. Následovaly pocity mírného zklamání, zároveň však pochopení situace vzhledem k charakteru cílové skupiny. Náhradní termíny rozhovorů se však podařilo domluvit a rozhovory uskutečnit. Po této zkušenosti jsme si jen znovu připomněli, že práce s aktivními uživateli je dosti náročná, tato klientela velmi často nezvládá dodržovat to, na čem se s další osobou domluvila, zejména vlivem užívání drog a způsobu svého života z tohoto užívání vyplývajícího. Co funguje spíše než domluvy na konkrétní čas a místo v budoucnosti, je využití principu „tady a teď“, což ale není v daný okamžik vždy vhodné a uskutečnitelné.

Cílem práce bylo zmapovat motivy, které vedou uživatele drog k rozhodnutí nevyužívat služeb Kontaktního centra. Myslíme si, že tento cíl by naplněn, výstupy výzkumu korespondují s teoriemi citovaných autorů. Jsme si ale vědomi skutečnosti, že získané poznatky nejsou zcela vyčerpávající, a to z důvodu omezeného počtu respondentů. Potvrdilo se také to, že mezi „skrytou populací uživatelů“ patří velká část mladých uživatelů návykových látek. Co se však v rámci našeho výzkumu nepodařilo, bylo oslovit a získat k rozhovoru matky-uživatelky, které byly hodně zmiňované klienty

Kontaktních center jako osoby, které služeb Kontaktního centra využívat nechtějí. Způsob, jak se k nim dostat, kromě techniky sněhové koule, nás bohužel nenapadá. Snad možná prostřednictvím aktivního oslovení na Facebooku?

V rámci výzkumu se, vedle zjišťování důvodů, které odrážejí uživatele drog od využívání služeb Kontaktních center na malých městech, podařilo také získání a další zkoumání nápadů, které by mohly ovlivnit rozhodování cílové skupiny uživatelů drog směrem k využití Kontaktních center. I když to původně nebylo v plánu, nevnímáme to jako pochybení. Jsme toho názoru, že obě věci spolu vzájemně souvisejí a mají vést ke společnému cíli, kterým je primárně vyšší motivovanost uživatelů drog k využití Kontaktních center na malých městech. Výzkum rovněž poukazuje na fakt, že některé motivy uživatelů drog, které vedou k rozhodnutí služeb nevyužívat, nejsou pracovníci Kontaktních center schopni ovlivnit.

V rámci rozhovorů s uživateli drog bylo druhotným cílem, aby byli dotyční respondenti seznámeni s jednotlivými službami, které Kontaktní centra poskytují a s celkovým fungováním těchto zařízení.

Výstupy této diplomové práce vnímáme jako užitečné pro pracovníky Kontaktních center na malých městech, kterým můžou sloužit buďto jako inspirace pro další práci nebo jako potvrzení správnosti toho, co již dělají.

6 Závěr

Tato diplomová práce mapuje faktory ovlivňující motivaci uživatelů návykových látek k využívání služeb Kontaktního centra na malém městě. V teoretické části práce jsme se zabývali základními pojmy z oblasti závislosti, základními metodami práce s uživateli návykových látek a jednotlivými nízkoprahovými programy určenými pro tuto cílovou skupinu, které v rámci České republiky fungují. Na samém počátku jsme zformulovali základní výzkumnou otázku, která zní následovně: **Jaké jsou důvody, které odrážejí lidi užívající návykové látky od využívání služeb Kontaktního centra na malém městě?** Tuto základní výzkumnou otázku jsme dále členili do následujících dílčích otázek a v průběhu rozhovoru na tyto otázky následovně odpověděli:

Jak vnímá komunita uživatelů drog Kontaktní centra?

Zde se odpovědi respondentů různily. Mohli bychom zde ale použít dvojí rozdělení, kdy uživatelé, kteří mají osobní zkušenost s Kontaktním centrem, ač třeba jednorázovou, hodnotí tuto službu velmi pozitivně. Naopak uživatelé, kteří služeb Kontaktního centra nikdy nevyužili, si o něm nezřídka vytvářejí vlastní fantazie, mnohdy dosti paranoidní, které způsobují bloky k jeho využití.

V čem konkrétně vnímá komunita uživatelů drog užitečnost/neužitečnost Kontaktních center pro ně samotné?

Velká část uživatelů drog nemá povědomí o tom, s čím vším může být Kontaktní centrum svým klientům užitečné. Vyjma výměnného programu mnozí nevědí, jaké služby Kontaktní centrum nabízí. Tyto nevědomosti vyvolávají mezi uživateli drog celou řadu pocitů, o kterých můžeme hovořit jako o bariérách pro vstup do Kontaktního centra směřujících k následnému rozhodnutí nevyužít některé z poskytovaných služeb.

Vnímá komunita uživatelů drog bariéry ve využívání služeb Kontaktních center?

Neznalost veřejnosti o činnostech Kontaktních center vyvolává u uživatelů drog bariéry ve využívání Kontaktního centra. Stejně tak podstatná je neznalost uživatelů drog, zde můžeme vyčlenit tři oblasti bariér, které vedou klienty k rozhodnutím nevyužívat služby Kontaktního centra. Tyto oblasti dělíme dle míry, s jakou je reálné, aby je pracovník Kontaktního centra mohl ovlivnit. Do první můžeme zařadit neinformovanost veřejnosti o nabízených službách Kontaktním centrem. Tato informace je pro uživatele stigmatizující v momentě, kdy sociální okolí o jeho užívání neví. Rovněž sem můžeme

zařadit i špatné umístění Kontaktního centra, které s předchozím souvisí právě v oné stigmatizaci osob vcházejících do budovy, kde se Kontaktní centrum nachází. Druhou oblastí mohou být již jmenované strachy z odhalení a jeho následků, které mohou, ale také nemusí být reálné. Dále také strach z neznámého, nedůvěra nebo ostych. Do třetí oblasti můžeme zařadit lenost a pohodlnost či nezájem o dané služby z toho důvodu, že je daný uživatel drog v současné době nepotřebuje, nebo z vnitřního přesvědčení, že by do Kontaktního centra nikdy nešel. Což může souviset i s neztotožněním se s rolí uživatele návykových látek.

Je něco, co by Kontaktní centra mohla dělat jinak?

Vzhledem k odpovědím na výše uvedené výzkumné otázky by Kontaktní centra měla primárně reagovat na neinformovanost jak potenciálního klienta, tak široké veřejnosti. Jako efektivní forma zvyšování informovanosti se ukázalo šíření informací prostřednictvím letáků, informací sdílených na Facebooku nebo také skrze přednášky ve školách. Respondenti poukazovali také na relativně novou a ne zcela vyzkoušenou proaktivní formu práce, kterou je aktivní oslovování potenciálních klientů na Facebooku. Tato aktivita je vnímána jako první krok k uživateli, který o využití některé ze služeb Kontaktního centra přemýšlí, ale vzhledem ke svému převládajícímu ostychu se ještě neodvážil službu kontaktovat či navštívit. Velký důraz ze strany uživatelů je také kladen na osobnost pracovníka a na to, jakým způsobem první kontakt s tímto pracovníkem a celkově službou Kontaktního centra proběhne.

Výzkumná část diplomové práce byla zpracována prostřednictvím kvalitativního výzkumu. Samotný výzkum byl realizován pomocí metody dotazování, konkrétně technikou polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovory byly realizovány s uživateli návykových látek, kteří využívají služeb Kontaktních center na malých městech sporadicky a s uživateli, kteří služeb Kontaktních center nevyužívají vůbec. Všichni oslovení žijí na malých městech, ve kterých přímo působí Kontaktní centrum, nebo v přilehlých obcích, ve kterých se tato služba nenachází. Malé město jsme pro potřeby tohoto výzkumu definovali jako město, ve kterém žije do 25 tisíc obyvatel. Rozhovor byl uskutečněn se šesti respondenty. Analýza dat byla vyhodnocena metodou s prvky zakotvené teorie, která nám poskytla ucelenější závěry našeho výzkumu.

Věkové složení respondentů, které se podařilo oslovit, stejně tak informace získané od respondentů, potvrzují fakt, že „skrytá populace uživatelů“, neboli ta část uživatelů

návykových látek, která nevyužívá služeb Kontaktního centra, zahrnuje především generaci mladých uživatelů a matek uživatelů.

Z výzkumu vyplynulo, že faktory při rozhodování, zda uživatel návykových látek služeb Kontaktního centra využije či ne, se liší jedinec od jedince a stejně tak i lokalita od lokality. Tudíž nelze vytvořit jednotnou teorii. Přesto mají mnoho společného, a tím je nedůvěra, strach a neinformovanost. Toto je však oblast, se kterou pracovníci Kontaktních center mohou pracovat a do jisté míry ji ovlivnit. Na druhé straně zde však existuje i oblast, která jde mimo pravomoci a možnosti pracovníků Kontaktních center, tato oblast tkví ve vnitřním nastavení jednotlivých uživatelů návykových látek. To je fakt, se kterým se bohužel pracovníci musí smířit a přijmout jej.

Výstupy této diplomové práce mohou být užitečné pro pracovníky Kontaktních center na malých městech, kterým mohou sloužit buďto jako inspirace ke změně či modulaci způsobu své práce, popřípadě jako potvrzení dosavadní dobré praxe.

7 Seznam literatury

1. *A Review of the Evidence-base for Harm Reduction Approaches to Drug Use*, 2003. [online]. [2019-11-30]. Dostupné z: <http://neilhunt.org/pdf/2003-evidence-base-for-hr-hunt-et-al.pdf>
2. BALIAN, R., WHITE, CH., 2010. *Harm Reduction at Work: A Guide for Organizations Employing People Who Use Drugs*. New York: Open Society Foundations. 67 s. ISBN 978-1-891385-38-3.
3. DE REGENBOOG GROEP, © 2011. *Peer Involvement* [online]. Amsterdam: Peer Involvement [cit. 2020-03-02]. Dostupné z: <http://www.peerinvolvement.eu/index.php>
4. DOBIÁŠOVÁ, D., BROŽA, J., 2003. Motivační trénink. In: KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR. s. 283-289. ISBN 80-86734-05-6.
5. BRACKERTZ, N., 2007. *Who is Hard to Reach and Why? Swinburne: Institute for Social Research*. [online]. [2019-12-15]. Dostupné z: <http://www.sisr.net/publications/0701brackertz.pdf>
6. FLEISCHMANN, O., 2006. Drogy a závislost na drogách. In: FLEISCHMANN, O. et al. *Vybrané psychologické aspekty terénní sociální práce*. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně, s. 67-68. ISBN 80-7044-769-9.
7. HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál. 440 s. ISBN 978-80-262-0982-9.
8. HERZOG, A., 2013. *Nízkoprahové zaměstnávání*. [online]. Česká asociace streetwork. [cit. 2020-03-03]. Dostupné z: https://archiv.streetwork.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=4403
9. HERZOG, A., 2016. Harm reduction v se vyplatí! In: HANKOVÁ, O. et al. *Sborník snižování škod a drogy*. Praha: SANANIM z. ú., s. 9-17. ISBN 978-80-904536-9-2.
10. HRDINA, P., 2002. Externí terénní pracovníci. *Éthum*. 34, 66-76.
11. HRDINA, P., 2003. Harm Reduction – Snižování poškození drogami. In: KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR. s. 265. ISBN 80-86734-05-6.
12. HUNT, N., 2003. *Forward Thinking on Drugs. A Review of the Evidence-base for Harm Reduction Approaches to Drug Use*. [online]. [2019-12-15]. Dostupné z: <https://www.hri.global/files/2010/05/31/HIVTop50Documents11.pdf>

13. HÝŘ, M., 2018. *Rozhovor: Pokud berete drogy v šedesáti, jste za exota* [online]. [cit. 2020-05-18]. Dostupné z: https://www.metro.cz/rozhovor-pokud-berete-drogy-v-sedesati-jste-za-exota-pct-/praha.aspx?c=A180419_185302_praha-metro_hyr&galerie
14. CHOMYOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., 2017. Drogová situace v České republice v roce 2016. In: *Zaostřeno*. Praha: Úřad vlády ČR. s. 16. ISSN 2336-8241.
15. International HIV/AIDS Alliance, 2015. *Good Practice Guide for Employing People Who Use Drugs*. [online]. HIV and AIDS Data Hub for Asia Pacific. [cit. 2020-03-03]. Dostupné z: http://aph.org.ua/wp-content/uploads/2016/08/Employment_Guide_final_2_original.pdf
16. ISLAM, M. M., CONIGRAVE, K. M., 2007. *Assessing the Role of Syringe Dispensing Machines and Mobile Van Outlets in Reaching Hard-to-reach and High-risk groups of Injecting Drug Users (IDUs): a Review*. In: *Harm Reduction Journal*. 4:14. doi: 10.1186. ISSN 1477-7517.
17. JANÍKOVÁ, B., 2008. Harm Reduction: Časné intervence v nízkoprahových službách. In: KALINA, K. et al. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, s. 99-109. ISBN 978-80-247-1411-0.
18. JANÍKOVÁ, B., 2015. Harm reduction. In: KALINA, K. et al. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada. s. 272-285. ISBN 978-80-247-4331-8.
19. JANÍKOVÁ, B. et. al., 2018. *Seznam a definice výkonů drogových služeb. Revize 1.2* [online]. Praha: Úřad vlády ČR [cit. 2020-04-03]. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/1656/824/Seznam_a_definice_vykonu_verze%201-2_2018-08-17_fin.pdf (pracovní materiál bez ISBN; platná verze)
20. JANOUŠKOVEC, V., 2008. *Evaluace procesu programu NON STOP 24. Výdejní automaty na harm reduction materiál*. Praha. Bakalářská práce. 1. LF a VFN UK
21. JANOUŠKOVEC, V., MRAVČÍK, V., 2009. Výdejní automaty na harm reduction materiál. Souhrn poznatků a první zkušenosti v ČR. In: *Zaostřeno na drogy 3*. Praha: Úřad vlády ČR. 8 s. ISSN 1214-1089.
22. JIŘÍKOVÁ, A., 2014. *Nízkoprahové adiktologické služby na malých městech*. Praha. Diplomová práce. PF UK.

23. KAJANOVÁ, A., DVOŘÁČKOVÁ, O., STRÁNSKÝ, P., 2017. *Metodologie výzkumu v oblasti sociálních věd*. České Budějovice: ZSF JU. 108 s. ISBN 978-80-7394-639-5.
24. KALINA, K., 2003. Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelům drog. In: KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR. s. 78-82. ISBN 80-86734-05-6.
25. KALINA, K., 2003. Etika pracovníků a práva klientů. In: KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR. s. 149-153. ISBN 80-86734-05-6.
26. KAMENÍKOVÁ, K., 2019. *Kontaktní centra a nové drogy*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JU.
27. Kontaktní centrum Prevent ČB, © 2008. *Principy* [online]. [cit. 2019-12-01]. Dostupné z: <http://kccb.prevent99.cz/principy>
28. LAURENTOVÁ, H., 2016. Vrstevnický a stabilizační program XTP SANANIM. In: HANKOVÁ, O. et al. *Sborník snižování škod a drogy*. Praha: SANANIM z. ú., s. 55-60. ISBN 978-80-904536-9-2.
29. LIBRA, J., 2003. Nízkoprahová kontaktní centra. In: KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR. s. 165-171. ISBN 80-86734-05-6.
30. *Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů (MKN): MKN – 10, 2020*. [online]. ÚZIS. [cit. 2020-05-05]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/klasifikace/mkn>
31. MILLER, W. R., ROLLNICK, S., 2012. *Motivational Interviewing: Helping People Change*. 3. issue. United States: Guildford Publications. 482 s. ISBN: 9781609182274.
32. MIOVSKÁ, L. et al., 2005. *Analýza potřeb klientů nízkoprahových zařízení v Praze v roce 2003*. Praha: Úřad vlády ČR. 79 s. ISBN 80-86734-44-7.
33. MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
34. MRAVČÍK, V., 2004. *Účinnost programů výměny sterilních jehel a stříkaček při snižování rizika nákazy HIV/AIDS mezi injekčními uživateli drog*. Praha: Úřad vlády ČR. 83 s. ISBN 80-86734-74-9.

35. MRAVČÍK, V., 2006. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2005*. Praha: Úřad vlády ČR. 98 s. ISBN 80-86734-99-4.
36. MRAVČÍK, V., 2012. *Hledání rovnováhy – koncepce protidrogové politiky v České republice*. Praha: Úřad vlády ČR. s. 33-34. ISBN 978-80-7440-066-7.
37. MÜLLEROVÁ, P., MATOUŠEK, O., VONDRÁŠKOVÁ, A. 2005. Sociální práce s uživateli drog. In: MATOUŠEK, O. et al. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, s. 211-226. ISBN 80-7367-002-X.
38. NEČAS, V., MRAVČÍK, V., 2011. *Prevence a kontrola infekčních nemocí u injekčních uživatelů drog. Metodický pokyn ECDC A EMCDDA*. Praha: Úřad vlády ČR. ISBN 978-80-7440-064-3.
39. NĚMEC, M., 2003. Klient terénního programu na malém městě. *Adiktologie*. 3 (2), 46-49. ISSN 1213-3841.
40. NEŠPOR, K., CSĚMY, L., 1996. *Léčba a prevence závislostí. Příručka pro praxi*. Praha: Psychiatrické centrum Praha. 203 s. ISBN 80-85121-52-2.
41. OCHRANA, F., 2019. *Metodologie, metody a metodika vědeckého výzkumu*. Praha: Karolinum. 148 s. ISBN 978-80-246-4200-0.
42. PELLY, J., TICHÝ, L., 2008-2011. Specifika terénní práce s mládeží na malém městě. In: KLÍMA, P. et. al. *Kontaktní práce: Analogie textů České asociace streetwork*. 2. vydání. Praha: Česká asociace streetwork. s. 141-143. ISBN 978-80-254-4001-8.
43. Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek (F10-F19), 2018. [online]. ÚZIS. [cit. 2019-11-30]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/cz/mkn/F10-F19.html>
44. *Programy nízkoprahového zaměstnávání*, 2016. [online]. Česká asociace streetwork. [cit. 2020-03-03]. Dostupné z: https://archiv.streetwork.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=5221&site=cas
45. REICHEL, J., 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3006-6.
46. RHODES, T., HEDRICH, D., 2010. *Harm Reduction: Evidence, Impacts and Challenges*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. ISBN 978-92-9168-419-9.

47. RICHTEROVÁ TĚMÍNOVÁ, M., 2008. Systém péče a jeho složky. In: KALINA, K. et al. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, s. 369-386. ISBN 978-80-247-1411-0.
48. RÖHR, H., 2015. *Závislost: jak jí porozumět a jak ji překonat*. Praha: Portál. 176 s. ISBN 978-80-262-0927-0.
49. SOUKUP, J., 2014. *Motivační rozhovory v praxi*. Praha: Portál. 152 s. ISBN 978-80-262-0607-1.
50. ŠVARÍČEK, R., ŠEĐOVÁ K., et al., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.
51. VAVRINČÍKOVÁ, L., 2008. Pomoc versus kontrola při práci s uživateli a uživatelkami drog. In: JANEBOVÁ, R. et al. *Sociální práce mezi pomocí a kontrolou*. Hradec Králové: Gaudemus, s. 152-158. ISBN 978-80-7041-118-6.
52. VĚTROVEC, M., 2009. Práce na motivaci ke změně chování s klienty na ulici. In: KLÍMA, P. et al. *Kontaktní práce: antologie textů České asociace streetwork*. 2. vydání. Praha: Česká asociace streetwork. s. 189-197. ISBN 978-80-254-4001-8.
53. WILDEMUNTH, B. M., ZHANG, Y., 2009. Unstructured Interviews. In: WILDEMUNTH, B. M. *Applications of Social Research Methods to Questions in Information and Library Science*. Westport, CT: Libraries Unlimited, s. 222-231.
54. Zákon č. 40/2009 Sb., Trestní zákoník, 2009. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 11. 382 s. ISSN 1211-1244.
55. Zákon č. 108/2006 Sb., o Sociálních službách, 2006. [online]. [cit. 2018-10-28]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 37, s. 1272. ISSN 1211-1244. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=108/2006&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy
56. ZATŘEPÁLEK, J., 2017. Pohled adiktologů na sociální práci a drogy v nízkoprahových programech pro uživatele drog (terénních programech a kontaktních centrech). In: HANKOVÁ, O. et. al. *Sociální práce a drogy*. Praha: SANANIM z.ú. s. 35-36. ISBN 978-80-904536-6-1.
57. *Závěrečná zpráva 2019 – KC ST*, © 2020. [online]. Kontaktní centrum Prevent Strakonice. [cit. 2020-05-18]. s. 1-10. Dostupné z: <https://www.prevent99.cz/kcst/>